

Den økonomisk ansvarlige læge i krisetider: Konstituering af lægerollen i 1930'erne og 1970'erne

Sarah Wadmann & Kirstine Zinck Pedersen

I professionssociologien er professioners kontrol af deres virke længe blevet forstået i modsætning til bureaukratisk og økonomisk kontrol. Nyere studier argumenterer imidlertid for, at særligt New Public Management reformer har ført til en hybridisering eller opløsning af en sådan dikotomi. I denne artikel undersøger vi lægers samfundsøkonomiske ansvar i to væsentlige perioder i velfærdsstatens udvikling, hvor økonomisk recession har været med til at problematisere styringen af sundhedsvæsenet og lægernes rolle. I 1930'erne finder vi, at lægernes rolle redefineres med udvidelsen af sygekassesystemet, der stadfæstede lægegerningen som et offentligt embede og påbød lægerne at mediere borgernes og statens økonomiske interesser. I 1970'erne udfordres den klassiske lægerolle yderligere med krav om øget omkostningsbevidsthed, administrativt overblik og socialmedicinsk udsyn. I begge perioder reagerer lægerne på ansvarstildelingen ved at efterspørge tydeligere regulatoriske rammer og politisk prioritering, som kan guide deres professionelle vurderinger, når de pålægges at forvalte offentligt finansierede sundhedsydelser. Vores analyse viser, at velfærdsstatens udvikling og professionsdannelsen er gensidigt konstituerende, og at lægerne også før New Public Management påtog sig samfundsøkonomisk ansvar og kalkulative praksisser, som en udvidet men integreret del af deres lægefaglige embede. Studiet bidrager dermed til at nuancere den klassiske professionssociologiske forståelse af forholdet mellem stat og profession.

Nøgleord: styring, professionsdannelse, økonomisk ansvarliggørelse, lægerollen, velfærdsstaten.

Introduktion

Reformer i den offentlige sektor følges ofte af diskussion om professionelle roller og dømmekraft. I professionssociologien ses professioners autoritet traditionelt som uløseligt forbundet med deres autonomi og kamp for at fastholde retten til at udøve professionel dømmekraft, når de mødes af statslige styrings- og kontrolmekanismer (Currie et al., 2012; Friedson, 2001). Professionel dømmekraft

forstås dermed som en modsætning til bureaukratisk styring, med associerede dikotomier såsom kontrol-autonomi, rutinearbejde-kreativitet, regler-skøn. Nyere studier udfordrer dette analytiske skel (Bezes et al., 2012; Bezes, 2016; Numerato et al., 2011). Professionssociologiske studier har peget på, at professioner ofte medvirker aktivt i udviklingen af styringsteknologier, som typisk forbindes med bureaukratisk kontrol

(Andersson & Liff, 2018; van de Bovenkamp et al., 2014; Wadmann et al., 2019; Wallenburg et al., 2019) og foreslår, at new public management (NPM) reformer har bidraget til at skabe 'hybride' professioner og udviske forskelle mellem professionel og bureaukratisk kontrol (Evetts, 2011; Kurunmäki, 2004; Noordegraaf, 2007; Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2016). Imens er der i neo-weberianske og governmentality-inspirerede analyser argumenteret for, at der er behov for en mere nuanceret forståelse af professionernes rolle i statslig kontrol (Johnson, 1993; Miller & Rose, 1993; Rose, 1993), og hvordan vilkårene for udøvelse af professionel dømmekraft formes af statslig regulering såvel som professionelle normer for god embedsførelse (du Gay & Pedersen, 2020; Pedersen, 2018; Zacka, 2017).

For at bidrage til en nuanceret forståelse af forholdet mellem professioner og statslig styring stiller nærværende studie skarpt på et specifikt aspekt af statslig styring og professionelt virke. Ansporet af den aktuelle debat om økonomisk prioritering i sundhedsvæsnets og lægers ansvar for omkostningskontrol (Det Etske Råd, 2018; Wadmann, 2017) undersøger vi, hvordan læger over tid er blevet konstitueret som økonomisk ansvarlige agenter i den danske velfærdsstat.

Analysen fokuserer på to tidspunkter i velfærdsstatens udvikling, hvor økonomisk recession har bidraget til at problematisere sundhedsvæsnets styring og aktivere lægerne i løsningen af problemerne. Første nedslag er i 1930'erne, hvor der skete væsentlige ændringer i relationerne mellem stat, befolkning og den lægelige profession. Den omfattende socialreform i 1933 gjorde op med almisse- og skønsprincippet og indførte et retsprincip, som gav mindrebemidlede ret til offentlig støtte uden at miste valgretten (Jacobsen & Larsen, 2017, s. 329). Med vedtagelsen af Lov om Udøvelse af Lægegerning (herefter Lægeloven) fik lægerne samtidig ret og pligt

til at forvalte offentlige ressourcer. Næste nedslag er i 1970'erne. Med vedtagelsen af lov om offentlig sygesikring i 1971 blev sygekassesystemet erstattet af fuldt skattefinansieret sygesikring og forvaltningsansvaret for sundhedsvæsnets blev samlet under amtskommunerne. Det offentligt finansierede sundhedsvæsen blev konsolideret som en vigtig del af velfærdsstaten (Kaspersen & Nørgaard Knudsen, 2015). Samtidig opstod imidlertid en opfattelse blandt centrale beslutningstagere af, at velfærdsstaten var økonomisk uholdbar, og en kritisk debat om lægernes økonomiske ansvar fulgte (Jacobsen & Larsen, 2017, s. 461).

Metodisk tilgang

Studiet bygger på analyse af diskurser om lægers samfundsøkonomiske ansvar i to primære kildetyper, som begge giver indsigt i politiseret debat om sundhedsvæsnets udvikling og lægernes rolle i relation hertil: 1) Nationale politiske dokumenter samt 2) fagpolitiske indlæg i Ugeskrift for Læger (herefter Ugeskriftet), der siden 1839 har været et vigtigt kommunikationsorgan og diskussionsforum for Lægeforeningens medlemmer. Ud fra historiske studier af velfærdsstatens, sundhedsvæsnets og den lægelige professions udvikling i Danmark (Jacobsen & Larsen, 2017; Kaspersen & Nørgaard Knudsen, 2015; Pedersen, K. Z., 2008; Pedersen, O. K., 2011; Vallgård, 1992; Vallgård, 2016) har vi først identificeret lovtekster, redegørelser og betænkninger, som i denne sekundære litteratur er fremhævet som væsentlige for debatten om sundhedsvæsnets styring i 1930'erne og 1970'erne. Vi har gennemlæst og kodet de nationale, politiske dokumenter for at identificere såvel kontinuitet som diskursive forskydninger i den måde, som lægernes økonomiske ansvar er blevet italesat på., men også søgt at have blik for kontinuitet. For at opnå indsigt i lægernes reaktioner på den

økonomiske ansvarliggørelse søgte vi dernæst efter ledere, debatindlæg og mødereferater i Ugeskriftet. Eftersom Ugeskriftet ikke er elektronisk søgbart før 2002, hånd søgte vi de årgange, som blev publiceret samme år som væsentlige nationale, politiske dokumenter blev offentliggjort. I 1930erne udvalgte vi årgange, som blev publiceret samme år, som

Lægelovskommissionen blev nedsat og betænkning afgivet af Kommissionen Angaaende Lægers Retsstilling blev offentliggjort. I 1970erne udvalgte vi årgange publiceret samme år som offentliggørelsen af Perspektivplan I og II samt Sundhedsprioriteringsudvalgets betænkning. Oversigter over primære kilder fremgår af Tabel 1 og Tabel 2.

Tabel 1. Oversigt over primære kilder fra 1930erne

Nationale politiske dokumenter

- Backer, K.H. & A. Skovgaard (red.). 1949. Lov nr. 72 af 14. marts 1934 om Udøvelse af Lægegerning med kommentarer og henvisninger. I: Social-Medicinske Love. Udvalgte og bearbejdede med henblik på deres betydning i social-medicinsk praksis. København: Forlaget for Videnskabelig Litteratur. 1. hæfte.
- Indenrigsministeriet. 1931. Betænkning afgivet af Kommissionen Angaaende Lægers Retsstilling. København: J.H. Schultz A.-S.
- Hilmar J. Fredericia. 1934. Lov om Folkeforsikring. Ændringerne fra Tidligere Lovgivning. København: Levin & Munksgaard
- Rigsdagen. 1933. Lov om Folkeforsikring. København: Lovtidende for Kongeriget Danmark.

Fagpolitiske indlæg publiceret i Ugeskrift for Læger

- Effersøe. 1931. Forsikringsvæsen. Ugeskrift for Læger. Vol. 93. nr. 4.
- Kuhn, J. 1931. Leder. Ugeskrift for Læger, vol. 93, nr. 1
- Kuhn, J. 1931. Lægestanden. Ugeskrift for Læger, vol. 93, nr. 36, s. 888-890.
- Kuhn, J. (red.). 1933 Lægelov-kommissions-betænkningen IV. Udkast til Lov om Udøvelse af Lægegerning. Kap. IV. Betaling for Lægehjælp. Ugeskrift for læger, vol. 93, nr. 34. S. 859-865
- Kuhn, J. 1934. Lægeloven. Ugeskrift for Læger, vol. 96, nr. 12, s. 333-336.
- Riising. 1931. Lægen som patientens advokat. Ugeskrift for Læger. Vol. 93, nr. 3.
- Tvedegaard. 1931. Ulykkesforsikringsattester (+ redaktionens svar). Ugeskrift for Læger, vol. 93, nr. 14

Tabel 2. Oversigt over primære kilder fra 1970erne

Nationale politiske dokumenter

- Betænkning fra Wechselmann-udvalget: Den stedlige social- og sundhedstjenste, udgivet af Den almindelige danske lægeforening, trykt i Ugeskrift for læger 1973, vol. 135, nr. 12, s. 657-671
- Budgetministeriet, 1974. Særtryk af Perspektivplanlægning: PPI&II. København: Samfundslitteratur.
- Indenrigsministeriet, 1977. Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygehusbehandling og sygdomsforebyggelse, Sundhedsprioriteringsudvalget, Betænkning nr. 809, København.

- Aaberg, C. 1973. Hospitalsmodernisme. Ugeskrift for Læger. Vol. 135, nr. 9, s. 507-512
- Almind, G. 1977. Hygiejnekomiteen og fremtiden. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 1, s. 34
- Amdrup, E. 1977. En ældre behandlers bekymringer. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 43, s. 2600-2602
- Gauguin, J. 1977. Fremtidens prægraduate lægeuddannelse. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 6, s. 378-379
- Hansen, M.K. 1977. Formandens skriftlige beretning. Redegørelse for foreningens virksomhed siden november 1976. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 44, s. 2665-2670
- Henningsen, N. 1973. Så kom den nye sygesikring. Interview med Lægeforeningens Jørgen Fog. Ugeskrift for læger. Vol. 135, nr. 21, s. 1038-1041
- Henningsen, N. 1977. Rigshospitalet set med lægerådsformandens øjne. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 50 s. 3013
- Kock-Henriksen, P. 1977. Nationaløkonomiske konsekvenser af den poly-umættede fedt-boom. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 41, s. 2479-2480
- Pedersen, B.S. 1977. Økiatri og forvaltningsmedicin – nogle kommentarer. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 43, s. 2598-2600
- Pedersen, JT & Bærentsen, H. 1977. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 7, s. 328-429
- Plenge, A. 1973. Korrespondancer. Ugeskrift for Læger. Vol. 135, nr. 25A, s. 1363
- Roesdahl, H. 1977. Forslag til besparelse af landets ressourcer. Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 40, s. 2420
- Sonne-Holm, S. & Sørensen, C.H. 1977. Idrætsskaders samfundsøkonomiske betydning, Ugeskrift for Læger, vol. 139, nr. 43, s. 2596-2598
- Øster, A. 1973. Skiftetjeneste begrundet i arbejds-hygiejne og samfundsøkonomi. Ugeskrift for Læger. Vol. 135, nr. 3, s. 165-166

Teoretisk rammesætning og forskningsspørgsmål

Teoretiske forståelser af relationen mellem profession og stat svinger fra de-professionalisering via statslig bureaukratisering af autonome professioner (fx Ritzer & Walczak, 1988) til forståelser af professionelle som strateger, der formår at adoptere og omforme styringsteknologier til deres egen fordel (Ackroyd, 1996; Andersson & Liff, 2018; Kirkpatrick et al., 2005; Levay & Waks, 2009). Mellem disse yderpunkter er 'hybriditet' blevet et populært begreb i professions-sociologiske beskrivelser af, hvordan skellet mellem bureaukratiske og professionelle roller er blevet mere udflydende (Blomgren & Waks, 2015; Kurunmäki, 2004; Noordegraaf, 2007; Noordegraaf, 2016) og begreber såsom 'organiseret professionalismisme' (Evetts, 2011;

Noordegraaf, 2011) har vundet indpas i beskrivelser af, hvordan professioner i stigende grad involveres i organiseringen og styringen af den offentlige sektor. I professionslitteraturen forbindes de ændrede relationer mellem profession og stat ofte med nyere NPM-reformer. En række governmentality-inspirerede studier repræsenterer imidlertid et mere radikalt brud med den dikotome forståelse af stat og profession. Etableringen af professionelle jurisdiktioner, organisationer og ekspertiser forstås her som historisk forbundet med velfærdsstatens udvikling af politiske programmer til udøvelse af social kontrol (Brante, 1999; Johnson, 1993; Miller & Rose, 1993; Rose, 1993). Det betyder, at professionaliseringsprocesser er direkte koblet til statsformationen i en form for "symbiotisk" udvikling (Johnson, 1993, s. 151). Govern-

mentality-perspektivet gør dermed effektivt op med professionssociologiens idé om staten som en prekonstitueret enhed, der opererer uafhængigt af autonome professioner (Johnson, 1993, s. 145).

For bedre at forstå de mekanismer, som bidrager til en økonomisk ansvarliggørelse af lægerne i velfærdsstaten, trækker vi desuden på organisationsteoretisk og governmentality-inspireret litteratur om introduktion af kalkulative praksisser og økonomiske rationaler i professionelle organisationer til synliggørelse af såvel samfundsmæssig, organisatorisk og individuel performance (Miller & Power, 2013, s. 585; Pflueger, 2016). Det analytiske udgangspunkt i disse studier er, at økonomiske styringsrationaler og -teknologier er med til at konstituere organisationer som økonomiske enheder og professionelle som økonomiske agenter – med et givent handlerum for rationel beslutningstagning (Miller & Power, 2013, s. 579). I tråd med denne tænkning undersøger vi i denne artikel den gensidige udvikling af lægerollen og velfærdsstaten med dets offentligt finansierede sundhedsvæsen, og vi undersøger, hvordan lægernes virke bliver inddraget i og del af den økonomiske styring af væsenet.

Med dets fokus på politiske rammebetingelser giver den governmentality-inspirerede litteratur en velegnet teoretisk ramme for at analysere økonomisk ansvarliggørelse af professionelle som en del af statsapparatets og bureaukратиets funktion. Imidlertid er der i denne litteratur en tendens til at overse, hvordan professionel agens også bidrager til at forme styringsteknologierne og deres effekter (McKee, 2009). For at forstå, hvordan lægerne bidrager til konstitueringen af deres roller og ansvar i velfærdsstaten, supplerer vi derfor analysen af sundhedspolitik med et blik på professionelle reaktioner på statslige styringsambitioner. Opsummerende anlægger vi et teoretisk perspektiv, hvor stat og profession ses som gensidigt konstituerende, idet

professionel ekspertise kan mobiliseres som en del af udbredelsen og udøvelse af politisk og økonomisk styring fremfor at udgøre en modpol hertil. Med udgangspunkt i denne teoretiske ramme har vi formuleret følgende spørgsmål, som har struktureret analysen af kildematerialet:

- *Hvad italesættes af politisk-administrative beslutningstagere som væsentlige økonomiske problemer, og hvordan aktiveres lægestanden i formuleringen og løsningen af disse problemer?*
- *Hvilke økonomiske rationaler og kalkulative teknikker mobiliseres for at holde læger økonomisk ansvarlige, og hvordan bidrager de til at konstituere læger som økonomisk ansvarlige aktører?*
- *Hvordan reagerer lægerne på forsøgene på økonomisk ansvarliggørelse?*

Historisk analyse: Økonomisk ansvarliggørelse i krisetider

Lægen mellem stat og borger: Sygekassernes rekonstituering af lægerollen i 1930'erne

Med vedtagelse af lov om folkeforsikring i 1933 fik borgerne ret og pligt til at indgå i sygekassesystemet (Fridericia, 1934), der var vokset frem som frivillige forsikringsfællesskaber i sidste halvdel af 1800-tallet (Vallgård, 2016, s. 159). Sygekassesystemet betød, at betaling for konsultation og behandling blev varetaget via sygekasserne. Taksterne blev fastsat gennem aftaler mellem lægernes og sygekassernes organisationer. I bemærkninger til Lægeloven beskrives den centrale fastsættelse af takster som et brud med etableret praksis, hvor:

"Læger ved deres Honorarberegning tager Patienternes Økonomiske Kaar i Betragtning,

saaledes at Lægerne af de mere velhavende Patienter tager noget højere Betaling, men til Gengæld yder mindre velstillede Lægehjælp til en lav Betaling og undertiden ganske gratis” (Kuhn (red), 1933, s. 860).

At være en økonomisk ansvarlig læge krævede således ikke længere hensyntagen til patienters individuelle betalingssevne. Lægernes økonomiske ansvarlighed blev i stedet koblet til forvaltningen af kollektive ressourcer, idet lægernes professionelle vurderinger blev set som et vigtigt virkemiddel til at undgå snyd med sociale ydelser. Eksempelvis blev lægerne forpligtet til at give deres *”uforbeholdne Udtalelse angaaende Invaliditetens Beskaffenhed og dens Betydning for Invaliden”*, når Invalideforsikringsretten skulle udmøntes (Fridericia, 1934, s. 30). Det satte lægerne i en position, hvor de via deres lægefaglige vurderinger skulle mediere mellem hensyn til borgernes behov samt privatøkonomiske interesser og fællesskabets økonomiske bæredygtighed. Hermed blev lægernes disponeringer et væsentligt statsligt anliggende, og der blev iværksat arbejde for at formalisere lægernes rettigheder og pligter i forhold til borgere, stat og de sociale forsikringsfællesskaber.

Formaliseringen af lægernes økonomiske ansvar via autorisation og attestansvar

Nedsættelsen af Kommissionen Angaaende Lægers Retsstilling (herefter Lægelovskommissionen) i 1928 samt vedtagelsen af Lægeloven i 1934 medførte øget formalisering af lægernes ansvar. I Betænkning afgivet af Lægelovskommissionen italesatte Indenrigsministeriet et behov for at kodificere bestemmelser om lægegerningen, fordi eksisterende *”brudstykkevis[e] regler”* var *”lidet tidssvarende”* og indeholdt *”såre lidet”*, som kunne bidrage til et *”betryggende Samarbejde mellem Lægerne og Administrationen”* (1931). For at sikre et sådant samarbejde foreslog Kommissionen

flere tiltag, som efter en langstrakt proces blev stadfæstet i Lægeloven i 1934. To væsentlige ændringer var krav om lægelig autorisation samt lovfæstning af lægelige ansvarsområder og pligter, som tidligere var reguleret via kollegiale normer og bestemmelser.

Kravet om *lægelig autorisation* etablerede statslig kontrol med retten til at udøve lægegerning. Ændringen blev italesat som en naturlig forlængelse af det statslige ansvar på sundhedsområdet og en økonomisk nødvendighed idet, der:

”indenfor visse Grænser altid [vil] være en Risiko for, at det offentlige eller Forsikringen til syvende og sidst kommer til at bære de økonomiske Byrder, der bliver Følgerne af en ukyndig Behandling” (Indenrigsministeriet, 1931, s. 13).

Lægelig autorisation krævede en lægevidenskabelig embedseksamen, aflæggelse af lægeløftet over for det lægevidenskabelige fakultet og – som noget nyt – en *”skriftlig forsikring”* til Sundhedsstyrelsen om, at lægen *”samvittighedsfuldt vil opfylde sine pligter”* (Backer & Skovgaard, 1949, s. 15-16). Forsikringen til Sundhedsstyrelsen blev begrundet med, at den ’offentligt autoriserede’ læge skulle stå til ansvar ikke blot over for lægekollektivet, men også over for ’det offentlige’:

”Tanken med – foruden lægeløftet overfor fakultetet – at lade de medicinske kandidater afgive en skriftlig forsikring overfor sundhedsstyrelsen er den, at den offentligt autoriserede læge også overfor det offentlige bør aflægge løfte om, at han samvittighedsfuldt vil opfylde sine lægepligter. Der tænkes [...] særlig på, at lægen i hele sin adfærd skal undgå alt, hvad der ikke stemmer med den hæderlighed og pålidelighed, som en autoriseret læge må udvise, f.eks. ikke for vindings skyld anvende uvederhæftige helbredelsesmetoder” (Backer & Skovgaard, 1949, s. 20-21).

Ved at afkræve lægens ord på, at han vil le agere hæderligt og pålideligt, søgte den statslige administration således via autorisationen ikke blot at ansvarliggøre lægerne for befolkningens generelle sundhed men også at forpligte dem på samfundets økonomi.

Med vedtagelsen af Lægeloven blev lægers ansvar og pligter kodificeret i lov. Lægernes pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed over for 'samfund' såvel som 'medmennesker' var allerede blevet formuleret i Lægeløftet i 1815. Lægelovens kapitel 2 understregede imidlertid, at denne pligt også omfattede økonomiske hensyn:

"En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v." (Backer & Skovgaard, 1949, s. 69).

Lægers pligt til at udstede lægeattester blev også udvidet og formaliseret. Lægelovskommissionen begrundede formaliseringen med, at socialreformerne medførte stigende efterspørgsel på lægeattester (Indenrigsministeriet, 1931, s. 43). Ansvar for attestudstedelse hvilede på en forventning om, at lægen kunne sætte sig ud over sin personlige relation til patienten og foretage 'uhildede' og 'objektive' vurderinger:

"det er menneskelig forstaaeligt, om en Læge, der gennem længere Tid har behandlet en Patient, ved Afgivelse af Attest om denne i for høj Grad kommer til at handle i Patientens Interesse; det bør derfor fremholdes for Lægen, at han ved Afgivelse af Attester skal bestræbe sig for at afgive et objektivt Skøn" (Indenrigsministeriet, 1931, s. 43).

Som omdrejningspunkt for lægens mediering mellem individets og fællesskabets økonomiske interesser blev lægeattesten en vigtig styringsteknologi, som virkede ved at lade læ-

gens 'objektive skøn' fungere som garant for en retfærdig fordeling af de fælles ressourcer.

For at håndhæve lægernes ansvar fik de centrale sundhedsmyndigheder mulighed for at påtale forsømmelser, som tidligere var kollektivt reguleret (Backer & Skovgaard, 1949, s. 14). Læger kunne blandt andet holdes juridisk ansvarlige for at afvise patienters forsøg på "*fordrejelse af forhold og kendsgerninger*" (Backer & Skovgaard, 1949, s. 79) og kunne stilles til ansvar for "*Skødesløshed ved Afgivelse af Attester*" (Indenrigsministeriet, 1931, s. 43).

Med lægernes "*dobbeltstilling*" som "*både den syges og samfundets tillidsmand*" (Backer & Skovgaard, 1949, s. 83) blev professionen en integreret del af de statslige styringsambitioner. Samlet betød vedtagelsen af Lægeloven, at der skete en betydelig formalisering og centralisering af kompetence til at regulere lægernes virksomhed på statsligt niveau.

Lægerne påtager sig dobbeltrollen som den syges og samfundets tillidsmand

Mens der var eksempler på modstand fra lægestandens side, var viljen til samarbejde mere slående. I den kollegiale debat i Ugeskriftet var der adskillige eksempler på, at lægerne påtog sig dobbeltstillingen som de syges og samfundets tillidsmand. Praktiserende læge Johan Kuhn, der bidrog som sagkyndig i Lægelovskommissionen, konkluderede:

"[Lægen] har i første Række med det syge Menneske at gøre, maa have dennes Ve og Vel for Øje, og egentlig alene dette. At Lægestanden dog i Trit med Udviklingen har formaaet at omforme sit Syn som "privat praktiserende Læge" til ogsaa at føle sig som Medarbejder i Socialforsikringen, er det Arbejde, som Lægestanden har nedlagt under denne Lovs Tilblivelse, Beviset for" (Kuhn, 1934, s. 336).

For Kuhn vidnede Lægelovens tilblivelse altså om, at lægerne havde påtaget sig et ansvar

for at forvalte ressourcerne i forsikringsfællesskabet – men det var ikke uden spændinger. Kuhn beskrev, hvordan lægen ved attestudstedelser måtte dele sin loyalitet mellem patienten og en offentlig myndighed:

"Lægen sættes pludselig midt imellem den Person, som han kender og holder af, og en ham langt fjærnere staaende offentlig Myndighed eller et Forsikringsorgan. Alligevel er det absolutte Krav til ham: Uhildethed. Af sin sympati for Patienten eller mulig Medfølelse overfor, hvad der er overgaaet ham, maa han ikke lade sig forlede til at føle sig som dennes Advokat" (Kuhn, 1931, s. 20).

Flere læger reagerede via læserbreve på den politiske debat om lægers ændrede rolle og særligt om attestudstedelsen, som blev betragtet som *"noget af en Plage"* (Tvedegaard, 1931, s. 371). Nogle læger i Ugeskriftet stillede sig desuden kritiske over for at sætte sig ud over rollen som patientens advokat, men de betvivlede imidlertid ikke vigtigheden af lægeattestens 'absolutte paalidelighed' og 'ukrænkelige' objektivitet. Eksempelvis:

"Det forekommer mig [...] at være mangel paa forstaaelse af lægens sociale og menneskelige opgave, naar det forlanges, at han kun maa staa som et neutralt, indskudt led mellem pt. og forsikringsselskab, men jeg gentager, at selvfølgelig maa lægens advokatoriske arbejde for pt. aldrig i mindste maade rokke lægeattestens absolutte paalidelighed" (Riising, 1931, s. 69-70).

Ugeskriftsredaktionen udtrykte forståelse for lægernes frustrationer over attestarbejdet, men opfordrede lægerne til at tage ansvaret på sig:

"Vi erkender at det moderne Samfundsliv nødvendigvis i stor Udstrækning maa recurrere Lægeerklæringer, og vi maa følgelig fyldestgøre

de Krav, som stilles til os som ansvarsbevidste Attestudstedere" (Tvedegaard, 1931, s. 372).

Lægerne kritiserede dog samtidig de offentlige myndigheder. I deres kommentarer til Lægeloven af 1931 beklagede læge og konsulent i Sundhedsstyrelsen, K.H. Backer, og kon-torchef i Sundhedsstyrelsen, A. Skovgaard, at *"respekten"* for lægeerklæringer undergraves, fordi de *"misbruges"* af myndigheder. De kritiserede, at erklæringerne *"tankeløst forlanges vedrørende bagatelagtige forhold"* og benyttedes af myndighederne som en form for ansvarsfralæggelse:

"det [er] blevet en uheldig vane, at den, der i et eller andet forhold må sige nej til en anmodning eller ansøgning, ofte tilføjer: hvis De kan skaffe en lægeerklæring, skal vi behandle sagen igen. [...] Man kvier sig ved at sige det blanke nej, man skyder lægen frem i forreste række og dækker sig bag ham. Men lægen har endnu sværere ved at sige det blanke nej" (Backer & Skovgaard, 1949, s. 85).

Selvom lægerne var kritiske over for misbrug af attesten, stillede de således ikke spørgsmålstegn ved brugen af lægeattesten i et samfundsøkonomisk styringsanliggende som sådan. Vi ser i stedet, at lægerne efterspurgte øget formalisering og tydeligere arbejdsdelinger for at håndtere den medierende rolle mellem borgere og stat. Skovgaard og Backer beskrev, at der var *"hård pression fra lægernes side gennem deres organisation"* for at få myndigheder til at definere tydeligere bestemmelser om *"under hvilke bestemte forhold man kunne tænke sig at yde noget ekstra eller at dispensere"* (Backer & Skovgaard, 1949, s. 85). Lægeforeningen nedsatte et attestudvalg og indgik i samarbejde med sundhedsmyndighederne om *"Fremskaffelsen af Attester, der er den danske Lægestand værdige"* (Kuhn, J., 1931, s. 20). Dette samarbejde førte bl.a. til indførelsen af *"en lang Række trykte Attest-*

blanketter" for at "skaffe saa faste Former for Attestudstedelsen som muligt" (Indenrigsministeriet, 1931, s. 173), samt mulighed for at begrænse patienters aktindsigt via såkaldte "lukkede" lægeattester (Indenrigsministeriet, 1931, s. 43). Dermed bidrog Lægeforeningen til standardisering af attestformater og informationskrav for at muliggøre lægernes 'objektive' vurderinger og afgrænse den lægelige vurdering fra den forvaltningsmæssige afgørelse. For at kunne forvalte lægegerningen som et – delvist – offentligt embede med dets krav til mediering af økonomiske relationer efterspurgte lægerne altså øget standardisering og tydeligere regulatoriske rammer.

Lægen i det samlede sundhedsvæsen: konstituering af lægen som økonomisk ansvarlig samfundsmediciner i 1970erne

Kort efter ikrafttrædelsen af nye sociale reformer i 1970erne opstod der en politisk opfattelse af, at de offentlige udgifter var ved at løbe løbsk (Jacobsen & Larsen, 2017, s. 461). Med *Perspektivplanlægning 1970-1989* og *Perspektivredøgørelse 1972-1987* (herefter PPI og PPII) i hhv. 1971 og 1973 blev den offentlige forvaltnings størrelse, ressourceforbrug og effektivitet genstand for kritisk granskning og udgiftsvæksten i sundhedsvæsenet blev med PPII udpeget som et særligt problem (Budgetministeriet, 1974).

Centralforvaltningens diagnose var, at den specialiserede, ressourcetunge hospitalssektor var vokset over måde på bekostning af den primære sundhedstjeneste. I Prioriteringsudvalgets betænkning blev det konstateret, at "en stadig øgning af ressourceforbruget i undersøgelses- og behandlingssektoren ikke automatisk giver sig udslag i en stadig øgning af sundhedstilstanden" (1977, s. 25). Problemet var ifølge betænkningen, at "manglende koordination" kunne have forårsaget "ekspansi-

on og overdækning" (1977, s. 25) og "rationelt samvirke" og "rationelle funktionsforskydninger" mellem sundhedsvæsenets dele blev udpeget som løsningsmuligheder (1977, s. 17). Samlet betonedede Prioriteringsudvalget et behov for at "intensivere bestræbelserne på at skabe en helhedsvurdering af sundhedsvæsenet" og fremme "effektiviteten inden for sundhedsvæsenets enkelte dele" (1977, s. 39).

Professionelle interesser i øget specialisering og højteknologisk behandling blev fra politisk hold udpeget som en væsentlig drivkraft bag de stigende sundhedsudgifter. Amdrårdsforeningen hævdede eksempelvis i et debatoplæg i 1976, at lægerne prioriterede dyre og komplicerede behandlinger af sjældne lidelser frem for behandling af mere ordinære og udbredte sygdomme (Jacobsen & Larsen, 2017, s. 460). I Prioriteringsudvalgets betænkning blev det foreslået, at man "ud fra en samlet sundhedspolitisk betragtning" burde "opprioritere den forebyggende indsats", selvom det kunne betyde, at "nye behandlingsmetoder af særlig »forfinet« karakter" måtte udskydes eller opgives (1977, s. 31).

Økonomisk styring gennem øget omkostningsbevidsthed og administrativt overblik

Lægerne forventedes at bidrage til en mere 'rationel' anvendelse af ressourcerne i det samlede, offentlige sundhedsvæsen gennem øget omkostningsbevidsthed og administrativt overblik. I 1970ernes betænkninger blev der italesat et behov for at "fremme omkostningsbevidstheden" hos "sundhedsvæsenets personalegrupper" (Prioriteringsudvalget, 1977). En række styringsteknologier blev mobiliseret for at understøtte dette mål. I hospitalssektoren blev der investeret i informationsinfrastruktur, der kunne understøtte "løbende – såvel faglig som økonomisk – vurdering af undersøgelses- og behandlingsrepertoiret" og sikre "løbende information til de kliniske afdelinger om deres forbrug af undersøgelser og

om de hermed forbundne udgifter" (Prioriteringsudvalget, 1977). Prioriteringsudvalgets betænkning blev også startskuddet til en "mere direkte medvirken fra de fagligt ansvarlige [på sygehusafdelingerne] ved budgetlægningen for hver deres funktionsområde" (1977). Der blev dermed etableret kalkulative praksisser på hospitalerne, som bidrog til at synliggøre økonomiske konsekvenser af de sundhedsfaglige disponeringer, og muliggøre en gradvis decentralisering af budgetansvar til sundhedsfaglige ledere.

I praksissektoren blev lægernes ansvar for at inddrage økonomiske overvejelser i visitationen understreget. I Prioriteringsudvalgets betænkning hed det: "En rationel udnyttelse af sygehusvæsenets højt specialiserede indsats forudsætter således en effektiv visitation såvel til sygehusene, mellem sygehusene som bort fra sygehusene" (1977, s. 16).

Lægernes ret og pligt til at sikre, at "den enkelte patient på det rette tidspunkt visiteres uden omveje til den »rigtige« del af sundhedsvæsenet" blev betonet (1977, s. 42). Det 'rigtige' skulle vurderes ud fra både sundhedsfaglige og økonomiske kriterier idet "den enkelte patient principielt altid kan blive behandlet, hvor den billigste, men samtidig tilstrækkelige behandling kan tilbydes" (1977). Mens lægerne med 1930ernes reformer blev gjort ansvarlige for at mediere mellem borgernes og statens økonomiske interesser og accepterede, at deres 'objektive vurdering' blev benyttet i styringsøjemed, fulgte nu også et ansvar for at mediere mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet ud fra et hensyn til den samlede offentlige økonomi. Dette ansvar krævede ikke blot 'objektive vurderinger' og attest-udfyldelse men omfattende organisatorisk og økonomisk overblik over sektoren samt en villighed til at sammenkoble behandlingsmæssige hensyn med økonomiske styrings-rationaler i beslutningerne om visitation.

Centralforvaltningen anerkendte, at visitationsansvaret stillede store krav til lægernes

"kendskab til opgavefordeling, kapacitet m. v. inden for sundhedsvæsenets enkelte dele" (Prioriteringsudvalget, 1977, s. 42). Foruden sundhedsfaglig ekspertise blev der altså udtrykt forventning om, at lægerne tilegnede sig et omfattende, administrativt overblik. Samtidig blev der med betoningen af forebyggelse italesat et behov for, at uddannelsen af læger og andre sundhedsprofessionelle integrerede nye elementer såsom "sundhedspædagogik" (Prioriteringsudvalget 1977, s. 30).

Lægerne påtager sig rollen som økonomisk ansvarlig samfundsmediciner

I Ugeskriftet beklagede lægerne, at de oplevede en mere kritisk holdning til lægestanden (fx Almind, 1977; Amdrup, 1977), og de udtrykte generelt opbakning til, at udviklingen i sundheds- og socialvæsenet fordrede en gentænkning af lægerollen. Praktiserende læge G. Almind pegede på, at der var opstået en ny, væsentlig udfordring for lægerne, som de burde adressere gennem Lægeforeningen: "Et krav om overblik og planlægning, en overordnet sundhedspolitik" (1977, s. 34). Han uddybede, at "socialreformarbejdet", "væksten i sundhedsudgifterne" samt en stigende sygelighed i befolkningen betød, at det ikke længere er "nok at samle brikkerne, nye må til, og billedet kan blive et andet, end det vi forestiller os i dag" (1977, s. 34). I tråd hermed opsummerede speciallæge i almen medicin, Jacques Gauguin, de nye krav til lægerollen:

"lægen, således som situationen tegner sig i øjeblikket, [bliver] dels mødt med krav om praktiske visitationsfærdigheder, dels krav om terapeutiske færdigheder overvejende inden for det biomedicinske område, men også i mindre grad inden for adfærdsmæssige (psykologiske) og socio-økonomiske områder" (Gauguin, 1977, s. 379).

Mens der blandt nogle læger blev udtrykt kritik af, at kravene til lægerne var blevet så *"mangesidige"* og *"vidtgående"*, at de *"ikke kan honoreres af dem, som udøver faget i dag"* og at *"øget prioritering af samfundsmedicin"* ville ske på bekostning af *"naturvidenskabelige"* kundskaber (Amdrup, 1977, s. 2600), engagerede lægestanden sig aktivt i at muliggøre udvidelsen af lægerollen. Lægeforeningen medvirkede bl.a. til at etablere efteruddannelse, og på hvad der blev beskrevet som *"oversøgte"* efteruddannelseskurser i ledelse og organisation søgte læger bl.a. kundskab om *"organisationsproblemer"* og muligheder for at skabe *"organisationsændring til samfundets bedste"* (Ukendt, 1977, s. 392). I Ugeskriftet slog flere lægelige debattører også til lyd for, at medicinuddannelsen måtte fornys for at styrke lægers *"socialmedicinske"* og *"forvaltningsmedicinske"* kompetencer (fx Gauguin, 1977; Pedersen, 1977). Reformerne, som udviklede velfærdsstaten, medførte altså nye krav til professionerne – og lægerne engagerede sig aktivt i ændringen af lægerollen gennem reformer af lægeuddannelsen.

Lægerne engagerede sig også selv i kalkulative praksisser og mobiliserede argumenter om omkostningseffektivitet – både i kritik af reformerne og som argument for forandringer. Den offentlige sygesikring blev eksempelvis omtalt som et *"snabeldyr, som kommer til at suge kolossale summer af statskassen"* sammenlignet med sygekasserne pga. øget administration (Plenge, 1973, s. 1363). Debatindlæg kredsede om muligheder for at *"spare uden at noget spildes"* (Roesdahl, 1977, s. 2420) og sikre bedre udnyttelse af *"dyre tekniske faciliteter"* via *"skiftetjeneste [skifteholdsarbejde]"* (Øster, 1973, s. 165), og en række analyser blev publiceret i Ugeskriftet med beregninger af samfundsøkonomiske konsekvenser af alt fra reduktion af poly-umættet fedt i 'folkekosten' (Kock-Henriksen, 1977, s. 2479) til forskellige typer idrætsskader (Sonne-Holm & Sørensen, 1977).

Mens lægerne engagerede sig i styringen af sundhedsvæsenet ved at opnå større omkostningsbevidsthed og administrativt overblik, gav konkrete forsøg på at dæmpe udgiftsvæksten også anledning til spændinger. Det kom bl.a. til udtryk i en ophedet, offentlig debat om fyringer af yngre læger på Rigshospitalet. Formanden for Yngre Læger udtalte, at *"sparebestræbelser"* påvirkede deres medlemmer *"meget ubehageligt og stærkt"* (Hansen, 1977, s. 2667). I praksissektoren reagerede lægerne også på konkrete forsøg på at kontrollere udgiftsvæksten. I et læserbrev i Ugeskriftet beskrev to praktiserende læger eksempelvis en vanskelig *"linedans"* mellem hensyn til *"sygesikring, lægeetik og patienternes krav"* (Pedersen & Bærentsen, 1977, s. 428):

"Vi må indrømme, at det er overordentlig belastende gentagne gange på hver vagt at argumentere med en patient eller pårørende, om det er rimeligt med besøg eller konsultation. Hver gang skal landets økonomi drages frem, for at folk kan indse det rimelige i at afstå fra et besøg og nøjes med den for samfundet billigere konsultation hos lægen" (Pedersen & Bærentsen, 1977, s. 429).

Trods disse udfordringer ser vi igen, at lægerne tager ansvaret for 'landets økonomi' på sig. Samtidig kritiserede de politikerne for ikke at tage mere økonomisk ansvar. Overkirurg Carl Bülow Aaberg tegnede således et billede af *"hospitalspolitikere"* som *"ganske har mistet omkostningsbevidstheden"* på grund af store byggeinvesteringer (Aaberg, 1973, s. 511). Formanden for Rigshospitalets lægeråd, dr.med. Knud Olesen, udtalte i Ugeskriftet, at de på Rigshospitalet *"loyalt [har] prøvet at spare i de foregående år"*, fordi de var klar over, at *"samfundet er i vanskeligheder"*, og koblede hospitalets økonomiske udfordringer til et fravær af økonomiske analyser (Henningesen, 1977, s. 3014). Han opfordrede derfor politikere og embedsmænd til at tage større

ansvar for indsamling af data og udvikling af metoder og redskaber til økonomisk analyse og styring:

"Da ombygningen af Rigshospitalet blev vedtaget af et enigt folketing, og da udviklingen af hospitalets grenspecialer senere tog fart, skete dette, uden at der opbyggedes et apparat til detaljeret økonomisk analyse af de enkelte funktioner. [...] Når man i dag mangler dette grundlag, må ansvaret vel først og fremmest hvile på politikere og embedsmænd" (Henningsen, 1977, s. 3015).

I praksissektoren lød der også kritik af, at politikere forskød ansvaret for upopulære prioriteringer. To praktiserende læger forklarede i Ugeskriftet, at de havde anmodet sygesikringen om at *"orientere befolkningen om reglerne i overenskomsten, således at patienterne på den måde kan blive mere samfundsbevidste i deres krav"*, men oplevede modstand fra myndighederne:

"det vil man ikke fra det offentliges side. Velsagtens fordi politikerne er bange for at blive upopulære [...]. I stedet lader man nu folk blive sure på lægerne" (Pedersen & Bærentsen, 1977, s. 429).

For at håndtere de vanskelige situationer, som fulgte med den økonomiske ansvarliggørelse, kaldte lægerne ikke på større frihedsgrader, men efterspurgte mere ledelsesinformation og tydeligere regulatoriske rammer. I tråd med anbefalingerne i sundhedsprioriteringsudvalgets betænkning italesatte formanden for lægerne på Rigshospitalet eksempelvis et behov for *"opmanding"* af hospitalernes administration for at muliggøre *"differentierede analyser"* af ressourceforbruget og komme *"urimelig kritik"* til livs:

"Det er nødvendigt, hvis man vil være i stand til at styre udviklingen på en rimelig måde.

Først når man har en præcis analyse kan man foretage rimelige sammenligninger med andre hospitaler" (Henningsen, 1977, s. 3015).

Overkirurg Carl Bülow Aaberg opfordrede til at institutionalisere lægernes økonomiske ansvar gennem oprettelse af stående økonomiudvalg i Lægerådene:

"Virkelige besparelser opnås først den dag, da den enkelte overlæge bliver omkostningsbevidst og – med Administrationen i hånden – går ind for økonomien, som han går ind for sit fag, og bl.a. bekæmper det unødvendige behov, der i dag i et uhyrligt omfang gror op på alle afdelinger. Jeg slår atter til lyd for, at ethvert Lægeråd nedsætter et stående økonomiudvalg" (Aaberg, 1973, s. 511).

Diskussion

Hvad vil det sige at være en økonomisk ansvarlig læge i krisetider? Analysen viser, at svaret på det spørgsmål ændres over tid, og at det er tæt forbundet med konstitueringen af lægerollen i relation til velfærdsstatens offentligt finansierede sundhedsvæsen.

Med 1930ernes sociale reformer blev lægerne via løfter og lovgivning gjort ansvarlige for at mediere borgernes og statens økonomiske interesser. At være en økonomisk ansvarlig læge krævede ikke blot hensyntagen til individuelle patienters betalingsevne, men også fordelingen af fælles ressourcer. Med vægt på moralske kvaliteter såsom 'hæderlighed', 'omhyggelighed' og 'uhildethed' blev styringstiltagene i 1930erne primært rettet mod lægens karakter og dømmekraft. Den økonomisk ansvarlige læge blev konstitueret som et subjekt, der formåede at sætte sig ud over subjektive hensyn til den enkelte patient og bidrage til ansvarlig ressourceforvaltning via 'objektive' vurderinger. Det tydeliggjorde en 'dobbeltstilling' for lægen som 'den syges og samfundets tillidsmand'. Efter 1950-60ernes

økonomiske opsving fordrede 1970ernes krise fornyede forsøg på økonomisk ansvarliggørelse. I takt med at reformer gjorde det muligt at tale om et samlet, offentligt sundhedsvæsen, blev lægernes økonomiske ansvar udvidet til at omfatte fordelingen af ressourcer mellem sundhedsvæsnets mange forskellige dele. Stylingsteknologier i 1970erne omfattede informations- og uddannelsesinfrastrukturer, som skulle understøtte lægernes omkostningsbevidsthed, løfte deres specialefokuserede blik og få dem til at betragte sundhedsvæsnets som en forvaltningsmæssig helhed og patienten som del af sin sociale kontekst. Den økonomiske ansvarlige læge blev dermed konstitueret som et subjekt, der formåede at sætte sig ud over sin klassiske biomedicinske lægefaglighed for også at agere som administrator af samfundets ressourcer via rational sundhedsorganisering og socialmedicinsk helhedssyn.

I begge perioder skete der en genforhandling af relationen mellem læger og stat, som formede både lægeprofessionen og staten. Der opstod nye krav og forventninger til lægerollen, som formede vilkårene for udøvelsen af professionel dømmekraft. Selvom lægehvervet i 1930erne fortrinsvis var et privat erhverv, blev det gennem koblingen til den statslige økonomi også konstitueret som et offentligt embede. Professionelle normer spillede fortsat en vigtig rolle i reguleringen af lægernes virke, men normerne blev i stigende grad formaliseret som lovfæstede pligter. Mens lægerne i 1930erne forventedes at forvalte det samfundsøkonomiske ansvar gennem *sundhedsfaglige* vurderinger som *medicinske* fagpersoner, ændrede dette sig i 1970erne, hvor langt størstedelen af landets læger var blevet offentligt ansatte eller afhængige af indkomst fra den offentlige sygesikring. Den klassiske lægerolle og idéen om neutral ekspertise kom under pres. Lægeprofessionen kritiseredes i offentligheden og lægerne forventedes i stigende grad at

tage roller på sig, som faldt uden for deres klassiske lægefaglighed. Dels forventedes de at integrere organisatoriske og økonomiske betragtninger i deres lægefaglige vurderinger. Dels at kombinere det biomedicinske paradigme med øget viden om forebyggelse og sociale forhold for at reducere presset på det behandelende sundhedsvæsen. Forholdet mellem stat og profession og mellem det politiske og tekniske forandredes således fra, at staten mobiliserede den professionelle ekspertise og autonomi som et redskab i 1930'erne til at styringen i stigende grad foregik ved at professionerne forventedes at indoptage de kalkulative praksisser og økonomiske rationaler, som en del af deres virke. Det er denne udvikling, man inden for governmentality studier har italesat som styring på afstand ('governing at a distance') eller 'advanced liberal modes of rule' (Rose, 1993, s. 295).

Styringsforsøgene formede ikke blot lægeprofessionen, men også staten. Mens lægerne gennem den statslige regulering i 1930erne opnåede monopolbeskyttelse af deres virksomhed, var det tydeligt, at staten også havde brug for lægerne. Mobilisering af lægernes 'neutrale ekspertise' var en forudsætning for den sociale bæredygtighed af et omfordelende social- og sundhedsvæsen. Medicinsk-faglige vurderinger stod som statens og borgernes garant for, at 'snyd' med de fælles ressourcer kunne undgås og en retfærdig fordeling opnås. I 1970erne blev lægernes organisatoriske overblik og evne til at integrere sundhedsfaglige og økonomiske hensyn mobiliseret som en forudsætning for at realisere målet om et rationelt og samordnet offentligt social- og sundhedsvæsen. Lægerne spillede imidlertid også en mere aktiv rolle i udviklingen af det politisk-administrative apparat, idet de reagerede på deres stigende ansvar for den økonomiske styring ved at efterspørge tydeligere regulatoriske rammer, politisk ansvarstagen og bedre vilkår for at varetage deres ansvar. Herved bidrog læger-

ne til udviklingen af et offentligt social og sundhedsvæsen, hvor standarder, indsamling af administrative data, samt udvikling af teknikker til økonomisk analyse og kontrol kom til at spille en stadigt større rolle.

I professionssociologiske studier er professionelles engagement i reguleringen af deres frihedsgrader typisk forklaret med fagprofessionelle interesser (Andersson & Liff, 2018; Kirkpatrick et al., 2005; Levay & Waks, 2009). Denne analyse tyder på, at efterspørgslen efter politisk ageren og administrative rammer fra professionelle også kan være en måde at distribuere ansvar i situationer med vanskelige krydspres. Efterhånden som lægerne blev del af et offentligt finansieret sundhedsvæsen, blev frihedsgraderne til at udøve professionelle skøn uløseligt forbundet med et ansvar for ressourceforvaltning. Når den statslige økonomi var under pres, medførte ansvaret, at lægerne blev stillet overfor vanskelige afvejninger mellem hensyn til individuelle patienter og kollektive omkostninger. I de situationer kunne professionelle frihedsgrader blive en potentiel byrde, fordi lægerne kom til at bære ansvar for rationering. Lægernes efterspørgsel efter regulative standarder kan på den baggrund forstås som en måde at dele ansvar for forvaltningen af offentlige ressourcer.

De dynamikker, vi har beskrevet i 1930'erne og 1970'erne, ræsonnerer med den aktuelle debat om politisk versus fagprofessionelt ansvar for prioriteringer i sundhedsvæsenet

(Pedersen, 2015). I forbindelse med sundhedspolitiske debatter om bl.a. ventelister, dyr medicin og begrænset intensiv-kapacitet findes mange af de samme reaktionsmønstre, som vi identificerer i vores historiske analyse. Lægerne har således kritiseret politiske beslutningstagere for at "spille sorteper videre" (Jacobsen & Larsen, 2017, s. 488), efterspurgt tydeligere politisk-regulative retningslinjer (Straka, 2020), og aktivt støttet oprettelsen af nye administrative instanser, som bidrager til øget standardisering af behandlingsvalg og stiller krav om, at medicinsk ekspertise side-stilles med sundhedsøkonomisk fagkundskab (Wadmann, 2017). Senest i forbindelse med Covid-19 pandemien har læger efterspurgt tydeligere regulering og vejledninger i forhold til prioritering af kapacitetsmæssige ressourcer, såfremt manglende intensivkapacitet bevirker, at der skal træffes beslutninger om, hvilke patienter, der kan behandles (Jessen, 2020). Ved at pege på, hvordan lægerollen over tid er blevet uløseligt forbundet med forvaltningen af offentlige ressourcer, hvilke krydspres dette kan skabe for lægerne, og hvordan deres efterspørgsel efter flere regulative standarder i den kontekst kan forstås som en måde at distribuere ansvar for vanskelige beslutninger, kan denne historiske analyse give et afsæt for bedre at forstå de styringsmæssige mekanismer og de professionelle responser, som er på spil også i aktuelle debatter om fordelingen af knappe sundhedsressourcer.

REFERENCER

- Aaberg, C. (1973). Hospitalsmodernisme. *Ugeskrift for Læger*, 135(9), 507-512.
- Ackroyd, S. (1996). Organization contra organizations: Professions and organizational change in the united kingdom. *Organization Studies*, 17(4), 599-621. doi:<https://doi.org/10.1177/017084069601700403>
- Almind, G. (1977). Hygiejnekomiteen og fremtiden. *Ugeskrift for Læger*, 139(1), 34-34.
- Amdrup, E. (1977). En ældre behandlers bekymringer. *Ugeskrift for Læger*, 139(43), 2600-2602.
- Andersson, T. & Liff, R. (2018). Co-optation as a response to competing institutional logics: Professionals and managers in healthcare.

- Journal of Professions and Organization*, 5(2), 71-87. doi:<https://doi.org/10.1093/jpo/joy001>
- Backer, K. H., & Skovgaard, A. (1949). *Lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning med kommentarer og henvisninger. I Social-medicinske love. udvalgte og bearbejdede med henblik på deres betydning i social-medicinsk praksis.* (1. hæfte ed.). København: Forlaget for Videnskabelig Litteratur.
- Bezes, P. (2016). Michel crozier, the bureaucratic phenomenon. In M. Lodge, E. C. Page & S. J. Balla (eds.), *The oxford handbook of classics in public policy and administration.* Oxford Handbooks Online. doi:DOI: 10.1093/oxfordhb/978019964
- Bezes, P., Demazière, D., Bianic, T. L., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., & Pierru, F. & Evetts, J. (2012). New public management and professionals in the public sector: What new patterns beyond opposition. *Sociologie Du Travail*, 54(1), e1-e52. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sotra.2012.07.001>
- Blomgren, M. & Waks, C. (2015). Coping with contradictions: Hybrid professionals managing institutional complexity. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 78-102. doi:<https://doi.org/10.1093/jpo/jou010>
- Brante, T. (1999). Professional waves and state objectives: A macro-sociological model of the origin and development of continental profession, illustrated by the case of sweden. *Professional identities in transition: Cross-cultural dimensions* (pp. 61-82). Göteborg: Department of Sociology, University of Göteborg.
- Budgetministeriet. (1974). *Særtryk af perspektivplanlægning: PPI&II.* København: Samfundslitteratur.
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2012). Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies*, 33(7), 937-962. doi:<https://doi.org/10.1177/0170840612445116>
- Det Etske Råd. (2018). *Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen.* København: Det Etske Råd. Retrieved from <https://www.etskeraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etske-Temaer/Sundhedsvaesenet/Prioritering/Udtalelse-retfaerdig-prioritering.pdf>
- du Gay, P. & Pedersen, K.Z. (2020). Discretion and bureaucracy. In Evans, T. & Hupe, P. (ed.), *Discretion and the quest for controlled freedom* (pp. 221-236). Cham: Palgrave Macmillan.
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406-422. doi:<https://doi.org/10.1177/0011392111402585>
- Fridericia, H. J. (1934). *Lov om folkeforsikring. ændringerne fra tidligere lovgivning.* København: Levin & Munksgaard.
- Friedson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge.* Chicago: University of Chicago Press.
- Gauguin, J. (1977). Fremtidens prægraduate lægeuddannelse. *Ugeskrift for Læger*, 139(6), 378-379.
- Hansen, M. K. (1977). Formandens skriftlige beretning. redegørelse for foreningens virksomhed siden november 1976. *Ugeskrift for Læger*, 139(44), 2665-2670.
- Henningsen, N. (1977). Rigshospitalet set med lægerådsformandens øjne. *Ugeskrift for Læger*, 139(50), 3013.
- Indenrigsministeriet. (1931). *Betænkning afgivet af kommissionen angaaende lægers retsstilling.* København: J.H. Schultz A.-S.
- Jacobsen, K., & Larsen, K. (2017). *Ve og velfærd: Læger, sundhed og samfund gennem 200 år* (2nd ed.). Copenhagen: FADL's forlag.
- Jessen, B (2020) Det er ikke beslutninger, man skal tage alene om natten på sin vagt. *Ugeskrift for læger*, 11. Maj, p. 902
- Johnson, T. (1993). Expertise and the state. In Gane, M. & Johnson, T. (ed.), *Foucault's new domains* (pp. 139-152). London & New York: Routledge.
- Kaspersen, L. B., & Nørgaard Knudsen, J. (2015). *Ledelseskriser i konkurrencestaten* (1st ed.). Hans Reitzels forlag.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S., & Walker, R. (2005). *The new managerialism and public service professions: Change in health, social services and housing.* Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.

- Kock-Henriksen, P. (1977). Nationaløkonomiske konsekvenser af den poly-umættede fedtboom. *Ugeskrift for Læger*, 139(41), 2479-2480.
- Kuhn, J. (1931). Leder. *Ugeskrift for Læger*, 93(1), 20.
- Kuhn, J. (1934). Lægeloven. *Ugeskrift for Læger*, 96(12), 333-336.
- Kuhn, J. (1933). Læglov-kommissions-betænkningen IV. udkast til lov om udøvelse af lægegerning. kap. IV. betaling for lægehjælp. *Ugeskrift for Læger*, 93(34), 859-865.
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3-4), 327-347. doi:[https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00069-7)
- Levay, C., & Waks, C. (2009). Professions and the pursuit of transparency in healthcare: Two cases of soft autonomy. *Organization Studies*, 30(5), 509-527.
- McKee, K. (2009). Post-foucauldian governmentality: What does it offer critical social policy analysis? *Critical Social Policy*, 29(3), 465-486. doi:<https://doi.org/10.1177/0261018309105180>
- Miller, P., & Power, M. (2013). Accounting, organizing, and economizing: Connecting accounting research and organization theory. *The Academy of Management Annals*, 7(1), 557-605. doi:<https://doi.org/10.1080/19416520.2013.783668>
- Miller, P. & Rose, N. (1993). Governing economic life. In Gane, M. & Johnson, T. (ed.), *Foucault's new domains* (pp. 139-152). London & New York: Routledge.
- Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761-785. doi:<https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, M. (2011). Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, 32(10), 1349-1371. doi:<https://doi.org/10.1177/0170840611416748>
- Noordegraaf, M. (2016). Reconfiguring professional work: Changing forms of professionalism in public services. *Administration & Society*, 48(7), 783-810. doi:<https://doi.org/10.1177/0095399713509242>
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2011). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health and Illness*, 34(4), 626-644. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x>
- Pedersen, B. S. (1977). Økiatri og forvaltningsmedicin – nogle kommentarer. *Ugeskrift for Læger*, 139(43), 2598-2600.
- Pedersen, J. T., & Bærentsen, H. (1977). Læserbrev. *Ugeskrift for Læger*, 139(7), 328-429.
- Pedersen, K. M. (2015). *Prioritering i sundhedsvæsenet. hvorfor er det nødvendigt? [priority setting in healthcare. why is it necessary?]*. Copenhagen: Munksgaard.
- Pedersen, K. Z. (2008). *Patientens politiske diskurs-historie*. Copenhagen: CBS: Center for Health Management.
- Pedersen, K. Z. (2018). *Organizing patient safety*. London: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-53786-7>
- Pedersen, O. K. (2011). *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pflueger, D. (2016). Knowing patients: The customer survey and the changing margins of accounting in healthcare. *Accounting, Organizations and Society*, 53, 17-33. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2016.08.002>
- Plenge, A. (1973). Korrespondancer. *Ugeskrift for Læger*, 135(25A), 1363-1363.
- Prioriteringsudvalget. (1977). *Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse*. København: Indenrigsministeriet.
- Riising. (1931). Lægen som patientens advokat. *Ugeskrift for Læger*, 93(3), 69-70.
- Ritzer, G. & Walczak, D. (1988). Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social Forces*, 67(1), 1-22. doi:<https://doi.org/10.1093/sf/67.1.1>
- Roesdahl, H. (1977). Forslag til besparelse af landets ressourcer. *Ugeskrift for Læger*, 139(40), 2420-2420.
- Rose, N. (1993). Government, authority and expertise in advanced liberalism. *Economy and Society*, 22(3), 283-299. doi:<https://doi.org/10.1080/03085149300000019>

- Sonne-Holm, S., & Sørensen, C. H. (1977). Idræts-skaders samfundsøkonomiske betydning. *Ugeskrift for Læger*, 139(43), 2596-2598.
- Straka, R. (2020). Hvem skal have intensivbehandling? regioner vil lave retningslinjer for prioritering. *altinget sundhed*, 30. april. 2020. Retrieved from <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/hvem-skal-have-intensivbehandling-regioner-vil-lave-retningslinjer-for-prioritering?SNSubscribed=true>
- Tvedegaard. (1931). Ulykkesforsikringsattester. *Ugeskrift for Læger*, 93(14), 371-372.
- Ukendt. (1977). -. *Ugeskrift for Læger*, 139(41), 2479-2480.
- Vallgård, S. (1992). *Sygehuse og sygehuspolitik i danmark. et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie, 1930-1987*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Vallgård, S. (2016). Det danske sundhedsvæsen. In Vallgård, S. & Krasnik, A. (ed.), *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (3. udg. ed., pp. 155-218). København: Munksgaard.
- van de Bovenkamp, H. M., de Mul, M., Quartz, J. G. U., Weggelaar-Jansen, A. M. J. W. M., & Bal, R. (2014). Institutional layering in governing healthcare quality. *Public Administration*, 92(1), 208-223. doi:<https://doi.org/10.1111/padm.12052>
- Wadmann, S. (2017). Viden, værdi og omstridt ekspertise: Analyse af den danske debat om lægemiddelprioritering [knowledge, value and contested expertise: An analysis of the danish debate on priority setting in the field of medicine]. *Politik*, 20(2), 32-49.
- Wadmann, S., Holm-Petersen, C., & Levay, C. (2019). 'We don't like the rules and still we keep seeking new ones': The vicious circle of quality control in professional organizations. *Journal of Professions and Organization*, 6(1), 17-32. doi:<https://doi.org/10.1093/jpo/joy017>
- Wallenburg, I., Quartz, J., & Bal, R. (2019). Making hospitals governable: Performativity and institutional work in ranking practices. *Administration & Society*, 51(4), 637-663. doi:<https://doi.org/10.1177/0095399716680054>
- Zacka, B. (2017). *When the state meets the street: Public service and moral agency*. Cambridge, MA: Belknap Press. <https://doi.org/10.4159/9780674981423>
- Øster, A. (1973). Skiftetjeneste begrundet i arbejdshygiejne og samfundsøkonomi. *Ugeskrift for Læger*, 135(3), 165-166.

Sarah Wadmann, Seniorforsker, Afdeling for Styring og Ledelse, VIVE,
e-mail: sawa@vive.dk

Kirstine Zinck Pedersen, Lektor, Institut for Organisering og Arbejde, CBS,
e-mail: kzp.ioa@cbs.dk