

Titelblad:

Specialets titel: Behandlingsgaranti og liberalisering af den danske hospitalssektor.

Udarbejdet af:



Lars Thrane
Studienr.: 2003-1372

Vejleder: Christian A. Larsen

Antal anslag: 120.959

Antal sider:

Forord

Dette speciale har været en lang rejse og har budt på mange udfordringer i processen. En af de mere positive oplevelser jeg har haft med specialet, har været at det har givet mig en forbedret indsigt i et område af velfærdssamfundet som jeg ikke havde før. Men processen har også bidraget til, at jeg har lært at strukturere et længere projektforsløb til en anden god gang og i den forbindelse vil jeg sige tak til min familie, fordi jeg har brugt mange lange aftener på bekostning af samværet med jer. Jeg vil også gerne benytte lejligheden til at takke min vejleder, Christian A. Larsen for en motiverende og faglig vejledning, som bibeholdt mig på sporet.

Abstract

The danish welfarestate over the recent years, has experienced an increasing liberal form, when we look at the hospitalsektor. This is emphasized by the fact, that the private hospitals have expanded their activities with a corresponding drop in activities at the public hospitals. The reason for this development are among other things, caused by the legislators policy concerning an warranty of treatment and health insurances supplied with a tax deduction.

The policy is apparently towards the public demands, because they prefers the healthcare system to stay at a public and political ownership, which has asked the main question for this thesis:

Why is the hospitalsektor liberalized and causing an increasing number of private hospitals, when the public opinion is preferring the healthcare system to remain as a public health caresystem, with principals of equality and free access?

The thesis is limited to focus on a certain legislation, named Warranty Treatment at 1 month. The analyse will focus on the political decision process and political changes, which caused this particular suggestion added on the political decision-agenda. The theory I have used as an explanation is John W Kingdons, *political streams* and Poul A Sabatier & Hank C Jenkins-Smith *Advocacy Coalition Framework theory*.

The data I use for the analyse is build on a comparison of two legislation rules with the same subject of warranty treatment. This is used to characterise the decision process in Folketinget. Other type of data is a coding and summerized number of articels in the newspapers with the Warranty Treatment subjekt. The collection of articles ended up on 731 articles from four selected newspapers. On top of that, I have made an small question survey for the members of parlaments in the health commission in Folketinget.

The thesis will answer the main question from theory and from collected data. An coupling is made by som working question in the analyse, where I have focused on different agendas among people, among politicians and in the media combined with the problems in the hospital sector.

Resume

Det danske velfærdssamfund har de senere år bevæget sig mod en større liberalisering, når man ser på udviklingen indenfor hospitalssektoren. Dette understreges ved, at man kan konstatere en udvidelse af privathospitalernes aktivitet og en tilsvarende faldende aktivitet på de offentlige hospitaler. Årsagerne til denne udvikling kan bl.a. tilskrives regeringens politik med *behandlingsgarantier* og *skattebegunstigede sundhedsforsikringer* og udvikling går tilsyneladende imod befolkningens holdning om at bevare det offentlige sundhedsvæsens domæne og stiller således specialets problemformulering:

Hvorfor liberaliseres hospitalssektoren, således at antallet af privathospitaler øges, når der er folkelig opbakning til et offentligt sundhedsvæsen med lige og fri adgang?

Specialet er afgrænset til at fokusere på baggrunden for behandlingsgarantien på 1 mdr. og ser på de *politiske* beslutningsprocesser og forandringer, som førte til at dette forslag kom på dagsordenen. Dette gøres via John W. Kingdons *political streams* teori og Poul A Sabatier & Hank C. Jenkins-Smith *Advocacy Coalition Framework* teori som afsæt til at forklare baggrunden.

Empirien i analysen bygger på en sammenligning af to lovforslag om behandlingsgaranti i Folketinget, til at karakterisere den politiske beslutningsproces. Derudover er der indhentet 731 artikler fra 4 udvalgte aviser om *behandlingsgaranti* til at analysere mediernes dagsorden og jeg har også udfærdiget en mindre mailbaseret spørgeundersøgelse til alle medlemmerne af det nuværende sundhedsudvalg i Folketinget.

Specialet vil besvare problemformuleringen ud fra ovenstående teori og indsamlet empiri på området. Dette kobles sammen via en række relevante arbejdsspørgsmål i analysen som er rettet mod forskellige dagsordener hos hhv. befolkningen, politikerne og medierne, samt de problemer der kan konstateres i hospitalssektoren.

Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE	5
PROBLEMFELT	6
PROBLEMFORMULERING:	6
OVERSIGT OVER SPECIALET	7
DESIGN	9
UDDYBNING AF PROBLEMFORMULERINGEN	10
AFGRÆNSNING	12
INFLUERENDE VARIABLER PÅ PROBLEMSTILLINGEN	14
RELEVANS	16
TEORI	19
KINGDON	19
SABATIER & JENKINS	21
ANALYSESTRUKTUR	26
ANALYSE	32
VÆLGERNES DAGSORDEN	39
REGERINGENS DAGSORDEN	42
FORSLAGSSTRØM	44
PROBLEMSTRØM	50
MEDIERNES DAGSORDEN	52
POLITIK SOM LÆRING I KOALITIONER	59
KONKLUSION	64
LITTERATUR	65
BILAG 1 OPTÆLLING AF MEDIER	68
BILAG 2 TALER I 1. OG 2. BEHANDLING AF L 50 OG L 64	69
BILAG 3 SPØRGSMÅL TIL SUNDHEDSUDVALGETS MEDLEMMER:	71

Problemfelt

I dansk politik bliver velfærden ofte placeret højt på den politiske dagsorden. Dette gør sig især gældende ved valgkampe til Folketinget og en af forklaringerne kan være, at den offentlige velfærd berører mange menneskers hverdag igennem folkeskolen og hospitalerne. Men den offentlige velfærd handler også om ideologi og giver på den måde en sammenhæng til de konkrete problemer i samfundet.

Hvis man skal karakterisere et velfærdssamfund kan dette gøres ud fra en forestilling om, at alle borgere har en fri og lige adgang til de offentlige institutioner. Ydelserne som man modtager i institutionerne, eller via overførsler skal gives uden forskelsbehandling og endelig anser man sociale rettigheder sidestillet på samme højde som borgerlige frihedsrettigheder. Dette ideal beskrives også som et *universelt* princip og er historisk defineret af T.H. Marshall i *Citizenship and Social Class* fra 1950. Princippet om lige og fri adgang er stærkt forankret i det danske velfærdssamfund og bygger på, at den enkelte borger ikke skal betale af egen lomme for at gå i folkeskole eller til den praktiserende læge. Når man ser på befolkningens holdning til velfærden viser spørgeundersøgelser også at velfærden ønskes bevaret (Andersen.: 2005).

At befolkningen bakker op om velfærden står dog i kontrast til regeringens politik, når man ser på udviklingen i hospitalssektoren. Dette område har over de senere år oplevet en stigende *liberalisering*, hvor privathospitalerne ekspanderer på bekostning af de offentlige hospitaler og har ført til specialets problemformulering:

Problemformulering:

Hvorfor liberaliseres hospitalssektoren, således at antallet af privathospitaler øges, når der er folkelig opbakning til et offentligt sundhedsvæsen med lige og fri adgang?

Oversigt over specialet

I nedenstående afsnit er der gengivet specialets valg af teori og metoder. Afsnittet opridser kort de mest centrale elementer i specialet og sidst i afsnittet har jeg opstillet et design af specialet.

Spørgsmålet:

Problemformuleringen i specialet stiller spørgsmål til *baggrunden* for liberaliseringen og indeholder en afgrænsning ved primært at fokusere på de *politiske* årsager til udviklingen. Spørgsmålet er rettet mod regeringens politik og tager afsæt i lovforslaget om *behandlingsgaranti på 1 mdr.* som blev fremsat af daværende sundhedsminister, Lars Løkke Rasmussen i 2006. Behandlingsgarantien er anset i specialet som den primære *årsag* til at hospitalssektoren i disse år liberaliseres og indeholder et paradoks. Paradokset består i, at regeringen tilsyneladende fører en politik som tilsyneladende går imod befolkningens holdning til det offentlige sundhedsvæsen.

Konklusionen:

Besvarelsen af problemformuleringen er, at regeringens politik på dette område er et møde af strømme, hvor alternativerne ikke formåede at udgøre en trussel. Desuden var forslaget i overensstemmelse med vælgernes ønsker på området og dette til trods for mediernes og de institutionelle aktørers modstand.

Forslaget om behandlingsgaranti var også en læring af tidligere behandlingsgaranti og blev fremsat fordi nye subpolitiske aktører fik magt og indflydelse på sundhedspolitikken i Danmark.

Teorivalg.

Specialet analyserer baggrunden for dette forslag ved at bruge to udvalgte teorier som forklaring. Den første teori besvarer problemformuleringen ved at benytte John W. Kingdons *anarkiske* beslutningsmodel. Denne teori ser politiske beslutninger foranlediget af et møde imellem forskellige strømme i og uden for det politiske miljø og kobler disse strømme sammen med et problem, efterfølgende. En anden teori som også benyttes er Hank C. Jenkins-Smith og Paul A. Sabatiers *Advocacy Coalition Framework*. Denne teori tilskriver, at forskellige koalitioner lærer af tidligere politik er afgørende for politikken forandring og forholder sig mere bredt orienteret til politiske forandringer. Teorierne og deres anvendelse er uddybet i de relevante teoriafsnit og bruges som analytiske tilgange til at besvare problemformuleringen.

Metodevalg.

Specialets bruger overordnet en *deduktivt* design i analysen. I dette valg foreligger præmissen for en undersøgelse, at der først opstilles en eller flere teoretiske antagelser, som efterfølgende valideres ved at observere empiriske fænomener i samfundet. Reglen for den deduktive tilgang, er at *hvis* teorierne er sande skal bestemte fænomener optræde (Devaus; 2003). Denne metode til at besvare problemformuleringen er *en* tilgang som jeg har valgt ud fra en praktisk analytisk tilgang og virker hensigtsmæssig til at besvare problemformuleringen.

I analysen er der desuden benyttet flere underliggende metoder på forskellige delkomponenter. Disse er illustreret i nedenstående boks 1 :

Boks 1

Metodevalg	
Sammenligninger:	Analysen sammenstiller to forslag om behandlingsgarantier som er behandlet i Folketinget i 2002 og 2006. Disse er L 64 forslag om behandlingsgaranti på 2 mdr. og L 50 forslag om behandlingsgaranti på 1 mdr.
Tidsstudier:	Analysen inddrager mediernes gengivelse af behandlingsgarantien i perioden fra 2001 – 2006, hvor udviklingen <i>over tid</i> er i fokus.
Spørgeundersøgelser:	Analysen har inkluderet en mindre mail-baseret spørgeundersøgelse til Folketingets sundhedsudvalg. Metoden til spørgeundersøgelsen bruger en åben eksplorativ tilgang, hvor respondenter er blevet bedt om at vurdere og uddybe udvalgte spørgsmål.
Kvantificering:	Analysen bruger i vid udstrækning <i>kvantitative</i> metoder som afsæt. Der lægges vægt på hvor mange gange konkrete fænomener optræder.
Kombination af flere metoder:	Optælling og kvantificeringen er kombineret med <i>kvalitative</i> tilgange, hvori dokumentstudier af konkrete lovforslag indgår.

Ved at benytte ovenstående metoder i analysen har jeg søgt, at uddybe og nuancere besvarelsen af problemformuleringen.

Empiri

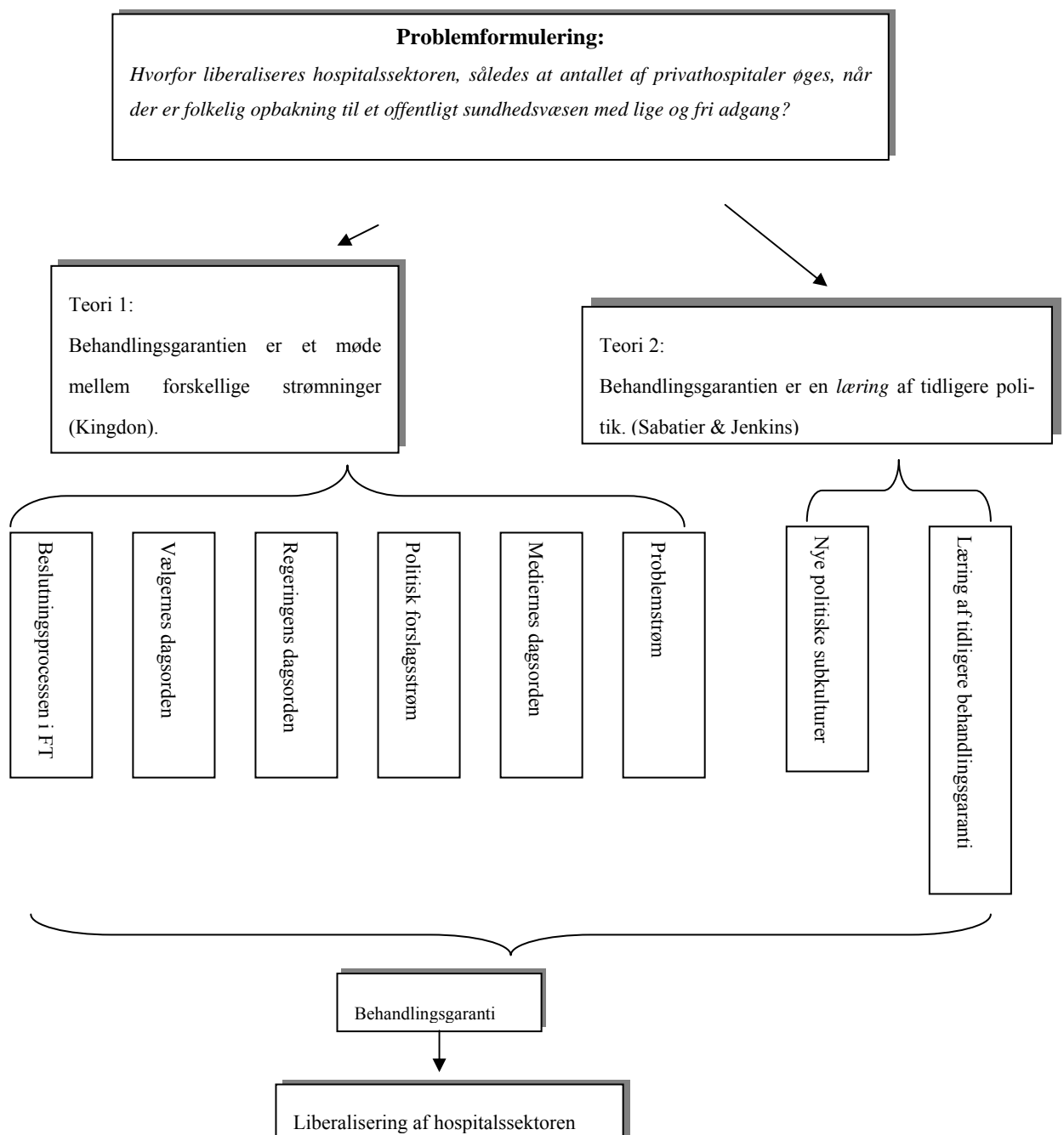
Specialet fokuserer på to konkrete lovforslag som benævnes som L 50 og L 64. Disse forslag, deres fremsættelser og behandlingsprocesser er fundet via Folketingets hjemmeside og indgår i analysen

som en sammenligning. Analysen inkluderer også mediernes dagsorden ved at se på 4 udvalgte aviser via Infomedias hjemmeside. Der indgår ligeledes i analysen en mindre mail-baseret spørgeundersøgelse til samtlige medlemmer af Folketingets sundhedsudvalg.

Analysens sammenhæng

Teorien og empirien kobles sammen i analysen via en række arbejdsspørgsmål. Arbejdsspørgsmålene er stillet ud fra teoretiske antagelser og har til hensigt at bidrage til en samlet vurdering.

Design



Ovenstående design tjener som hjælp til at beskrive hvorledes specialets struktur er tænkt. Ser man på problemformuleringen indeholder den teorierne, som efterfølgende indeholder en række undersøgsmål.

Undersøgsmålene fra de to teorier udspringer af relevante empiriske data som er udvalgt i specialet og antages at have en påvirkning af liberaliseringen. I figuren er der en pil fra behandlingsgarantien og til liberaliseringen.

Uddybning af problemformuleringen

I problemformuleringen anvendes en række begreber, som i det efterfølgende afsnit er uddybet. Forklaringen af begreberne viser hvordan problemet ses og hvilke afgrænsninger der anvendes via disse begreber.

Liberalisering

Der spørges i problemformuleringen, hvorfor hospitalssektoren liberaliseres. Dette centrale begreb beskriver den pågældende udvikling i hospitalssektoren meget rammende, fordi der *reelt* kan konstateres en udvikling med *flere* privathospitaler og *færre* offentlige hospitaler. I nedenstående tabel er denne udvikling illustreret i perioden 2003 – 2005 som er de seneste opdaterede data fra sundhedsstyrelsen.

Tabel 2 forholdet imellem offentlige og private hospitaler v. ambulante kontakter og antal sengedage

År	Antal ambulante kontakter		Udvikling 2003 - 2005 i %	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
2003	1647465	38649		
2004	1761037	54694		
2005	1822963	71478	10,65	84,94
	Antal sengedage, indlagte		Udvikling 2003 - 2005 i %	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
2003	5415780	133243		
2004	5266719	103862		
2005	5127042	134000	-5,33	0,57

Kilde: Sundhedsstyrelsen - Offentlig / privat - 2003-2005

I tabel 2 viser udviklingen, at de ambulante kontakter på de offentlige hospitaler stiger med knap 11 pct. Men privathospitalernes antal ambulante kontakter stiger med hele 85 pct. hvilket understreger udviklingen. Antallet af sengedage på de offentlige hospitaler falder med godt 5 pct., hvorimod antallet af sengedage på privathospitalerne stiger med godt 0,5 pct.

Tallene skal ses i lyset af en *generel* effektivitetsstigning på såvel offentlige og private hospitaler som helhed. Dette forventes at betyde færre indlæggelser og færre dage pr. indlæggelse generelt og give flere ambulante besøg. Et ambulante besøg, er hvor patienten ikke er indlagt på hospitalet.

Ovenstående tabel 2 dokumenterer liberaliseringen og slår man ordet op i ordbogen defineres det 'som en afskaffelse eller formindskelse af offentlig regulering' (Gyldendals leksikon, 2007). Man kan også forklare udviklingen ved, at de offentlige hospitaler og privathospitalerne er aktører på det *samme* marked og konkurrerer om de *samme* patienter. Liberaliseringen er derudover også karakteriseret ved, at ressourcerne der tilføres privathospitalerne ikke er 'nye' ressourcer, men er ressourcer, som alternativt kunne anvendes på de offentlige sygehuse.

Lige og fri adgang

I problemformuleringen bruges formuleringen *lige og fri adgang*. Dermed menes, at det er tale om en *gratis* ydelse for patienten og tidligere var princippet om »gratis« adgang ligeledes gældende for VK regeringens egne doktriner¹. Men princippet om fri, lige og gratis behandling i sundhedsvæsenet, forefindes ikke i den nuværende Sundhedslov, hvor formuleringen i stedet hedder, at alle skal have en "*let og lige adgang til sundhedsvæsenet*" (Sundhedsloven; §2). Denne ændring i lovgivningen viser en central kerne i specialets problemstilling og indikerer, at regeringen er ved at ændre et bærende universelt princip for det danske sundhedsvæsen. Når jeg anvender termen *lige og fri adgang* er det med baggrund i, at det offentlige sundhedsvæsen stadig er et vederlagsfrit område for den enkelte patient uanset ændringen i loven. At borgerne ikke vil betale mere for de offentlige ydelser og har en fortsat tiltro til at den offentlige velfærd ses i flere undersøgelser (surveybank.aau.dk; 2005, Epinion, 2006 undersøgelsen).

Undersøgelserne understreger, at på trods af ændringen i Sundhedsloven foretrækker borgerne stadig et offentligt reguleret system uden vederlag for behandlinger.

Afgrænsning

Specialet forholder sig primært til de politiske beslutninger som fører til liberaliseringen af hospitalssektoren. Dette retter fokus mod Folketinget og regeringen, som de øverste ansvarlige for hele det sundhedspolitiske område og jeg har valgt at studere politik på denne måde ud fra en traditionel tilgang til et politisk studie. Historisk betragtet er Max Weber² anfører for denne metode og Weber hævder, at staten er den øverste politiske myndighed og har legitimiteten til at fordele værdierne i et samfund og de politikere som administrerer staten og de underliggende institutioner, har derved *magten* og *muligheden* for at fordele værdierne i samfundet (Østerud; 2003). Denne måde at anskue problemstillingen på, har jeg valgt, fordi hospitalssektoren i større og større grad oplever en stærkere centralstyring fra statens side på det økonomiske område og på aktivitetsområdet. Hertil bør det nævnes, at også kommunalreformen har ført til øget centralstyring, idet at regionerne modsat de gamle amter efterfølgende har fået reduceret deres magt ved ikke at have selvstændig skatteud-

¹ Aftale om strukturreformen, s 33, juli 2004

² (1864- 1920)

skrivning.

Endelig skal det også understreges, at der i undersøgelsen fokuseres på liberaliseringen af hospitalssektoren ud fra nedenstående afgrænsning. I nedenstående figur 3 er afgrænsningen af genstandsfeltet illustreret via krydset i skemaet.

Figur 3 Udbydere og finansieringspart mellem offentligt – privat mix

Finansieringspart	Udbydere / Producent	
	Offentlig	Privat
Offentlig		X
Privat		

Specialet fokuserer dermed på den del der vedrører finansieringen fra de offentlige kasser til de private udbydere/ producenter. Dermed afgrænses specialet fra andre former for behandlings- og finansierings-mix som kunne tænkes. Eksempelvis kunne det stigende antal danskere med en *skattebegünstiget sundhedsforsikring* også være interessant og ville placere et kryds fra en privat finansieringspart til en privat producent. Af hensyn til specialets fokus og ønske om at ikke at brede sig for meget ud har jeg valgt at fokusere på det område som er illustreret via krydset i figur 3.

Afgrænsningen af specialets genstandsfelt er yderligere afgrænset ved, at jeg har fokuseret på centrale regler som har særlig effekt på liberaliseringen. Én af disse regler er *behandlingsgarantien*³, som i gældende lov indeholder en ventetidsfrist på 1 mdr. Denne gældende lov er en yderligere indskrænkning fra en tidligere lov om behandlingsgaranti som var på 2 mdr. og grundlaget for netop at vælge behandlingsgarantien skyldes et ekspertudsagn fra professor Kjeld Møller Pedersen fra Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet. Han påpeger *behandlingsgarantien* som

³Ifølge bekendtgørelse nr. 1085 af 2007 med virkning fra 1. okt. 2007 har alle patienter ret til efter en måned, at vælge frit hvilket sygehus de vil behandles på. 1 måneds ventetid beregner man fra datoen, hvor sygehuset i din hjemregion modtager en henvisning fra din læge, og frem til den dato behandlingen kan starte. I beregningen medregner man ikke perioder, hvor du gennemgår et undersøgelsesforløb. Dog medregner man ventetid udover 2 uger til hver enkelt diagnostisk undersøgelse (fx røntgenundersøgelser og scanninger), der indgår i undersøgelsesforløbet.
(Kilde: Retsinfo)

en af hovedårsagerne til den udvikling vi ser indenfor hospitalssektoren.

Genstandsfeltet i specialet er også afgrænset i tid, ved at jeg har fokuseret på hændelser i perioden fra 2001 – 2006.

Influerende variabler på problemstillingen

Når jeg har valgt at fokusere på de *politiske* årsager til problemet må man ikke glemme, at der ligger en række influerende variabler som isoleret og i kombination ligeledes påvirker udviklingen og er uddybet i nedenstående afsnit.

Hvis man ser *befolkningen* som variabel, kan man udpege en række faktorer som gør sig gældende overfor efterspørgselen af hospitalsbehandlinger. For det første er en øget information og adgang til viden om behandlinger blot *en* af de faktorer som givetvis påvirker befolkningens behov for at opsøge behandling. Ved at benytte internettet og indsamle viden om f.eks. ventetider bliver den enkelte bedre i stand til at opsøge behandlinger selvstændigt og betyder at nogle borgere i forhold til tidligere opsøger behandlinger uden for den lokale region, fordi man kan læse om det på nettet

En anden væsentlig faktor i befolkningen handler om uddannelse og andre socioøkonomiske faktorer og betyder at befolkningen bl.a. igennem forbedrede uddannelsesniveauer opnår en forbedret livssituation og derved mindre efterspørgsel efter sundhedsydelser osv. Denne faktor modsvarer dog i nogen grad af den såkaldte velstandseffekt. Denne variabel bygger på, at øget velfærd betyder større anvendelse af ressourcer fra den enkelte til sundhed uanset om det er igennem en sundhedsforsikring, eller via privatfinansierede behandlinger. OECD kalder denne tendens for 'velstandseffekten', som groft sagt betyder at anvendelse af ressourcer i større grad kanaliseres over mod at få et bedre helbred (OECD *review*; 2007).

En tredje faktor som også påvirker borgernes efterspørgsel efter behandling kan findes i befolkningens livsstil og adfærd. Deri ligger faktorer som f.eks. rygning, alkohol og motion som kan påvirke efterspørgselen og anvendelsen af sundhedsydelser helt generelt. Dermed vil en sundere livsstil i teorien føre til en mindre efterspørgsel generelt. Faktorer som demografiske ændringer i befolkningen antages også at have en effekt på efterspørgselen af sundhedsydelser, hvor en stigende gennem-

snitlig alder i befolkningen vil føre til større efterspørgsel af behandlinger.

Disse ovenstående faktorer dækker langt fra hele området, når man skal vurdere den kompleksitet, som forefindes i hele årsags – virkningsforholdet på hospitalssektorens udvikling, men kan åbne en diskussion af hele genstandsfeltet.

Relevans.

Sundhedspolitikken i Danmark har mange hensyn at tage. For det første skal man sikre, at alle patienter behandles efter klare objektive kriterier og uden forskelsbehandling. Dette ansvar står politikerne for, som skal varetage kontrollen af de øverste ansvarlige myndigheder og politikerne står også med ansvaret for, at driften og styringen af hospitalerne foregår forsvarligt og betyder, at politiske beslutninger og deres konsekvenser *altid* bør drøftes bredt af samfundsøkonomiske og etiske hensyn.

Samfundet stiller med rette ikke bare krav til hospitalerne, men også til de politikere som administrerer dette område. Bag lovgivningen i hospitalssektoren ligger en række beslutningsprocesser, som er truffet af forskellige aktører og efter forskellige hensyn. Hvert af disse hensyn bør komme frem i lyset, fordi man på denne vis kan vurdere hvilket hospitalsvæsen vi ønsker os i Danmark på sigt og hvis man ser på de politiske beslutningsprocesser kan det politiske grundlag granskes analytisk.

En granskning af beslutningsprocesserne er relevant, fordi samfundet og vælgerne som helhed har bedst gavn af, at politiske beslutninger hviler på et velkvalificeret beslutningsgrundlag. Når man vurderer politiske beslutningers karakteristika kan man se dem som *symbolske* handlinger, hvor det handler om at vise handling for handlingens skyld uden at der nødvendigvis er et substantielt indhold. Man kan også se politiske beslutninger som regulære problemløsninger i samfundet, hvor politikerne agerer analytisk efter at få alle relevante alternativer på bordet og derefter træffe den mest velegnede beslutning for samfundet. Denne model for problemløsning kaldes også for den rationelle beslutningsmodel, som først var anført med Herbert Simons *Administrative Behaviour* fra 1945. Simon betingede at politiske beslutninger skal nedtone ideologi, men skal i stedet fokusere analytisk og konkret på de bedste løsninger for samfundet som helhed. En af de gode ting ved den rationelle beslutningsmodel, er at man søger at minimere de uheldige effekter af politiske beslutninger og har klare veldefinerede problemstillinger, samt veldefinerede roller hos de politiske aktører.

Endelig kan man også vurdere politiske beslutningsprocesser som rene skraldespandsmodeller, hvor

alt og intet kan forekomme. I denne model er præmissen at problemstillingen er uklar, at løsningen ikke hænger sammen med problemet og aktørerne som deltager i processen dyrker deres egeninteresser uden hensyntagen til problemstillingen. Modellen kaldes også for en *anarkisk* beslutningsmodel, eftersom anarki er uforudsigeligt. Den anarkiske model benyttes også i specialet til at anskue problemstillingen og ud fra et studie af 90ernes sundhedspolitik som er fundet med Karsten Vrangbæks studie fra 2004, under titlen *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne?* Konkluderes det at »...*Ventetidsgarantier bliver dermed symbolske meldinger, som har begrænset direkte anvendelighed og effekt i feltet, fordi de udførende niveauer har begrænsede handlemuligheder, reagerer negativt, eller fordi der skabes utilsigtede sideeffekter... Vi kan dermed sige, at den centrale politiske proces i nogle tilfælde synes at have en egen dynamik og egen logik, som virker på egne præmisser og med en vis løskobling i forhold til de udførende niveauer i sektoren. "Hønen" og "hovedet" er ikke altid i nær forbindelse og der træffes på centralt hold beslutninger som enten ignoreres eller får utilsigtede sideeffekter i feltet. Hønen løber så at sige videre uden direkte relation til, hvad der sker i det (i denne sammenhæng) afhuggede hoved* « (Vrangbæk; 2004). Karsten Vrangbæk analyserede den socialdemokratiske regerings sundhedspolitik på ventetidspolitikken.

Hvis vi springer frem i tiden til vk regeringen, kan man på nuværende tidspunkt konstatere at liberaliseringen i hospitalssektoren har ført til en social slagside. I en undersøgelse fra AE rådet den 28. april 2008, konkluderes det, at *"Når det gælder offentligt betalte behandlingsforløb på de private sygehuse, har de svage grupper også en lavere benyttelse end andre. Men forskellen er ikke så udtalt. Alle har da også i princippet ret til at benytte det udvidede frie sygehusvalg, hvis ventetiden på et offentligt sygehus bliver for lang, men de ressourcestærke er bedre til at udnytte denne mulighed"* (AE rådet; 2008). AE rådet påpeger i undersøgelsen at de ressourcestærke synes at udnytte valgfriheden bedre i kraft af liberaliseringen, hvilket *kan* være et problem for andre grupper i samfundet.

Andre mere uafhængige forskningsinstanser som Statens Institut for Folkesundhed bekræfter at nogle grupper i samfundet er *bedre* til at få kvalitet i behandlingen på hospitalerne. SIF påpeger, at chancen for at få en bypassoperation eller en ballonudvidelse, *stiger* hvis man som hjertepatient har en høj månedsløn. Statens Institut for Folkesundhed har i undersøgelsen undersøgt over 39.000 patienter, som fra 1996 til 2004 blev indlagt for første gang med en blodprop i hjertet. Ifølge undersøgelsen var der ingen social skævhed, når det drejede sig om akutte hjertebehandlinger, men i forhold til planlagte ballonudvidelser og bypassoperationer. Her havde patienter med en høj indkomst

18 pct. større sandsynlighed for at komme i betragtning til hjertebehandling. Statens Institut for Folkesundhed har ikke selv en forklaring på, hvorfor der er så stor social forskel, men det er uomtvisteligt at man kan spore en ulighed ved behandlinger på et hospital. Ifølge næstformanden i Hjertereforeningen, Peter Clemmensen skyldes forskellen flere faktorer. *"Det er bekymrende, at der er så stor social skævhed i tilbuddet af livreddende behandlinger. Men det skyldes nok, at ressourcestærke personer er mere pågående i deres krav til sundhedsvæsnet, er mere velformulerede, og sætter oftere spørgsmålstejn ved beslutningerne. Fra tidligere undersøgelser ved vi, at både kvinder og ældre patienter bliver fravalgt til den korrekte behandling. Derfor er det en stor udfordring at skabe lighed, og vi bør presse regionerne til at sørge for, at alle borgere får den bedst mulige behandling,"*

Ud fra ovenstående citater og undersøgelser er der al mulig grund til at være på vagt overfor afledte effekter af liberaliseringen, eftersom de svage grupper ikke udnytter mulighederne. Dette har samfundets interesse, fordi man af politiske, økonomiske og etiske årsager ønsker et samfund med en hospitalssektor der formår at behandle *alle* patienter efter objektive kriterier. I de benævnte undersøgelser viser der sig, at være en skævhed i behandlingen af patienterne som følge af andre hensyn end objektive kriterier. Dette er i modstrid med samfundets krav til de offentlige hospitaler og frygtes forværret som følge af en øget liberalisering.

Teori

Dette afsnit har til hensigt at gengive specialets teoretiske afsæt. I denne gengivelse uddybes der hvilket grundlag jeg har lagt vægt på for at anvende Kingdon og Sabatier & Jenkins-Smiths teorier. Teoriernes fordele og ulemper diskuteres ligeledes og der skitseres også hvilke alternative teorier der kan anvendes for at besvare problemformuleringen.

Kingdon

En af specialets hovedteorier er John W Kingdons teori fra 1984. Denne teori ser politiske beslutninger foranlediget af et tilfældigt møde af forskellige *politiske strømme*, som på et givent tidspunkt mødes og gør en beslutning mulig i et 'window of opportunity'. Et kendetegn ved Kingdons teori bygger på at den forudgående beslutningsproces *før* en beslutning, ofte er præget af tilfældighed og uforudsigelighed og bliver af denne årsag også karakteriseret som *anarkisk* beslutningsmodel (Hansen, 1992). Anarkiet i denne sammenhæng er karakteriseret ved ikke at have klare fronter og magtstrukturer og Kingdons model blev karakteriseret af March & Olsens begreb som en 'garbage can model'. Denne er beskrevet med følgende citat: "*Suppose we view a choice activity as a garbage can into which various problems and solutions are dumped by participants. The mix of garbage in a single can depends on partly the labels attached to the alternative cans; but it also depends on what garbage is being produced at the moment, on the mix of cans available, and the speed which garbage is collected and removed from the scene*" (March & Olsen; 1976 I Parsons; 1995).

Dagsordenfastsættelsen

Et af de centrale elementer som Kingdon fokuserer på er med afsæt i den politiske dagsorden. Kingdon definerer en dagsorden med »*The agenda, as I conceive of it, is the list of subjects or problems to which governmental officials, and people outside of government closely associated with those officials, are paying some serious attention at any given time*« (Kingdon, 1984). I denne formulering, kan alle emner i princippet indfinde sig, men han tilkendegiver nogle specifikke krav til et emne, som går på, at det skal være politisk muligt at gennemføre – det skal løse et konkret problem og endelig skal et emne sættes på dagsordenen på det rette tidspunkt. Kingdon laver også en distinktion imellem flere dagsordener med regeringens dagsorden, beslutningsdagsorden, alternati-

ver og de mere specialiserede dagsordener. Adskillelsen imellem de forskellige dagsordener hænger sammen med emnernes betydning i det politiske system og er rent analytisk en hjælp til at undersøge forskellige emners vej op igennem beslutningsprocessen. Når et emne på et tidspunkt når helt op på dagsordenen kaldes stedet og tidspunktet for 'window of opportunity', hvor »*A problem is recognised, a solution is developed and available to the policy community, a political change makes the right time for policy change, and political constraints are not severe* « (Kingdon; 1984).

Hvis man ser på de forskellige strømme som skal mødes, er der først problemstrømmen, som er den forklares med følgende sætning: "*For a condition to be a problem, people must become convinced that something should be done to change it*" (Kingdon; 1984). Dette betyder, at der i samfundet skal findes et problem, som befolkningen skal se som et problem og derfor politisk afkræver handling. Problemerne kan f.eks. være med indikatorer, rapporter eller andre data og kan også optræde som begivenheder, f.eks. ulykker, personlige erfaringer og symbolik i strømme af problemer.

En anden strøm, som Kingdon også anser som relevant handler om forslagsstrøm, der er en slags 'primeval soup' hvor eksperter ideer ligger og flyder rundt og venter på at blive optaget af de politiske beslutningstagere. I strømme af politiske løsningsmuligheder er der en nogle væsentlige kriterier til de forskellige ideer, som skal være opfyldt for at de har en chance på den politiske dagsorden. For det første skal ideerne være teknisk mulige at gennemføre, de skal være i overensstemmelse med den de dominerende værdier i samfundet og de skal kunne optage fremtidige indskrænkninger, som de skal operere indenfor. Disse værdier sætter på denne vis rammerne for alternativerne til den ledende dagsorden (Parsons; 1995). En sidste strøm Kingdon peger på, er den politisk strøm, hvor offentlighedens mening og holdninger indgår. Derudover er der partier, andre politikere og interessegrupper også med og i denne del har jeg lagt særlig vægt på mediernes dagsorden.

Valget af Kingdons teori synes at være anvendelig overfor en konkret enkeltstående beslutningsproces, som dette speciale bygger på. Kingdons teori synes også at være relevant med baggrund i, at se politiske beslutninger i sammenhæng med medierne og strømninger i offentligheden som en helhed. Desuden synes teorien også, at se på politiske beslutninger som et resultat af en forudgående proces, modsat andre teorier som mere ser politik som konsekvens af fænomener i samfundet eller som følge af løsninger af problemer.

Kritik af Kingdons teori

Kingdons teori er afgrænset ved ikke at indfange større politiske bevægelser eller politiske læringsprocesser, som kunne tilskrives at foregå hos f.eks. lobbyister og interesseorganisationer i det nære miljø til de parlamentariske beslutningstagere. Denne del af kritikken har jeg søgt imødekommet ved at anvende *Advocacy Coalition Framework* teorien fra Sabatier & Jenkins-Smith fra 1993. Deres teori indtager i langt højere grad den del af politikken. Et andet forhold som Kingdon ligeledes heller ikke synes at håndtere er det forhold, at specielt i dansk politik er tradition for at lave store brede reformer. Eksempelvis kan nævnes pensionsreformen og uddannelsesreformen som bygger på brede forlig på tværs af partierne og reformerne synes med Kingdon at indgå i et større perspektiv for at indfange årsager og anledningerne til disse. Et tredje kritisk forhold ved at anvende Kingdons teori er, at teorien baserer sig på analyse af amerikansk politik og til trods for at begge lande har demokrati er der væsentlige strukturelle forskelle, som bør nævnes. Som eksempel er det amerikanske system bygget op med to kamre med Senatet og Repræsentanternes hus, hvor love skal igennem begge kamre inden godkendelse. Dette åbner for langt flere mulige og tilfældige udfald og har derudover et præsidentembede som en sidste instans der er særdeles magtfuldt. Præsidenten har en meget vidtgående magtbeføjelse og kan nedlægge veto, selvom lovene er vedtaget i begge kamre (Congressional Rules and Procedures; 1993). Tekniske foranstaltninger i det amerikanske system er til forskel fra det danske system en medvirkende faktor til at give mere plads til tilfældigheder og dertil kommer to lande med meget lovgivningsstrukturer, hvilket også har en stor indflydelse på resultatet af en proces.

Kingdons svar på problemformuleringen.

Afslutningsvis kan man anføre, at Kingdons tilgang til at besvare problemformuleringen bygger på, at beslutningen om behandlingsgarantien er et passende politisk forslag i forhold til alternativerne, derudover er behandlingsgarantien også et forslag, som kan kobles på velkendte problemer i sundhedsvæsenet og endelig kom forslaget på det rette tidspunkt. Dette ville være Kingdons besvarelse af problemformuleringen, som jeg uddyber med i analysen.

Sabatier & Jenkins

En anden teori, som forholder sig en del forskelligt fra Kingdon bygger på Hank C. Jenkins-Smith

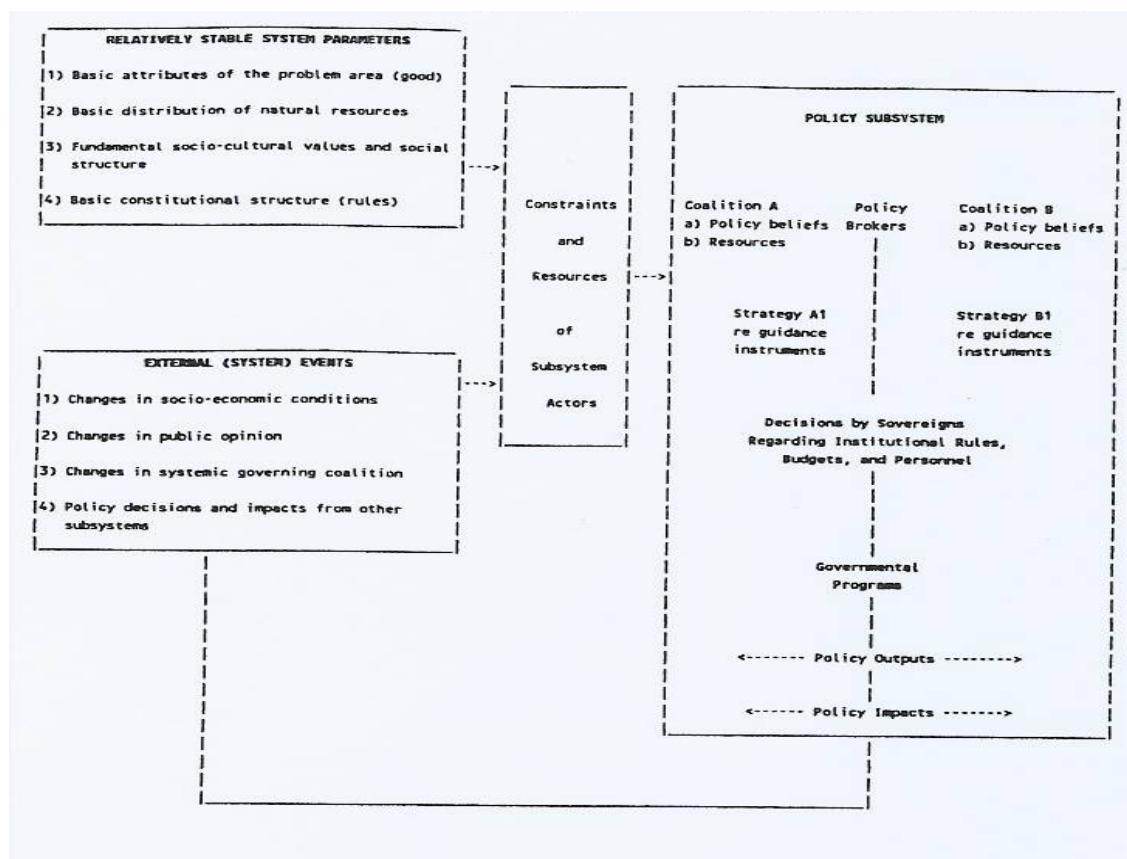
og Poul A. Sabatiers koalitionsteori fra 1993. Denne bygger på, at politiske forandringer er en følge af forskellige koalitioner læring og forandringer i det politiske system.

Politisk læring.

Sabatier & Jenkins-Smiths definitionen på politisk læring er : *'relatively enduring alterations of thought or behavioural intentions that result from experience and which are concerned with the attainment or revision of the precepts of the belief system of individuals or collectivities such as Advocacy Coalition'* (Sabatier, 1993). I dette citat siger teorien, at læringen er under hensyn til de gældende værdier (betegnes også som deep core) og at læringen skal sker igennem individuelle erfaringer eller erfaringer i koalitioner. Sabatier & Jenkins- Smith definerer den politiske forandringsproces som en forhandling imellem forskellige 'policy brokers', som til sidst former et 'guidance instruments' til politiske sager (Sabatier & Pelkey; Sambatier & Jenkins 1993 i Parsons 1995). Den politiske læring der kan føre til forandring, skal indeholde en læring på tværs af værdisystemer (se evt. figuren over teorien efterfølgende). Denne læring forekommer, hvis der opfyldes en række præmisser for problemernes natur, f.eks. at disse skal kunne 'tvinge' de professionelle til at deltage og på samme tid er præget af professionelle normer. Desuden har problemer med *kvantitative* problemstillinger med tilknyttede teori for løsninger, frem for kvalitative problemstillinger en lettere adgang til læring på tværs af systemerne.

Sabatier & Jenkins bruger illustrativt to *subsystemer* , som hver især modvirker hinanden og består af *relative* stabile parametre eks. basale kendetegn ved problemer og varer, basale distribution af naturlige ressourcer, fundamentale kulturelle og sociale værdier og strukturer, samt mere konstitutive regler, hvor i politik forandringen indfinder sig. Hertil kommer et eksternt *subsystem*, som består af forandringer i samfundet og økonomien, forandringer i befolkningens holdning, forandringer i regeringens systematiske koalitioner og påvirkninger fra andre *subsystemer* (Sabatier & Jenkins; 1994). Valget er Sabatier & Jenkins er foretaget ud fra en tilgang der ser politik, som afhængig af tidligere politik på området og ser rollen hos udenomsparlamentariske organisationer og aktører, som væsentlige faktorer for forandring. I nedenstående figur 4 kan man se Sabatier & Jenkins-Smiths model

Figur 4 *Advocacy Coalition Framework*



Kilde: *Evaluating the Advocacy Coalition Framework*, Hank C Jenkins-Smith & Poul A Sabatier, 1994

I ovenstående figur illustreres det, hvordan man på venstre side har de relative stabile parametre, hvor samfundets fordeling af goder og problemer, samt sociokulturelle værdier og strukturer og den konstitutionelle indretning, forefindes. I den anden kasse i figurens venstre side, findes et 'external' system, hvori socioøkonomiske forandringsparametre, samt befolkningens holdning og ændring i det regerende koalitionsystem samt påvirkning fra andre subsystemer forefindes. De to parametre illustreret ved *relative stable system parameter* og *external system events* er illustreret i figuren på figuren og viser en vekselvirkning som gensidigt påvirkninger hinanden.

En fordel ved at anvende *The advocacy coalition framework* teorien bygger på, at den tager højde for det forhold, at politik også bygger på erfaringer fra en tidligere politik. På den måde er politiske beslutninger om forandringer *også* et resultat af tidligere politik på et område og hertil kan lægges at SJ ser politik i en større helhed, hvortil interesseorganisationer som f.eks. patientforeninger synes

at have større og større indflydelse over de senere år.

Sabatier & Jenkins-Smiths svar på problemformuleringen ville være, at forslaget om behandlingsgaranti var en politik som var udviklet på baggrund af læring fra tidligere implementeret politik på området. De ville også anføre, at forandringer i de politiske subsystemer havde en effekt. Forandringen kunne være, at der opstod nye stærke koalitioner i og uden for den politiske sfære. Men 'gamle' subsystemer kunne også få ny magt etc. Derudover ville Sabatier & Jenkins-Smith fokusere på de såkaldte politiske eliter i og omkring det politiske system, som politiske forhandlere.

Kingdon og Sabatier & Jenkins-Smith er udvalgt som primære teorier til at besvare problemformuleringen og danner således ramme om analysen. Ser man på andre teorier indenfor politiske forandringer forefindes imidlertid alternative teoretiske tilgange, hvorved problemformuleringen også kunne besvares. Et uddrag af disse teorier er forklaret i de nedenstående afsnit.

Andre teorier indenfor magt og politik

For det første kan man anlægge en mere klassisk tilgang til magt og politik, som f.eks. er beskrevet af Harold D. Laswell fra 1936. Han ser magt i politik med et elitært syn med formuleringen; ”..*Those who get the most are elite, the rest are mass*” (Laswell; 1936 i Parsons 1995). Laswell ser på magt ud fra hvordan den er *koncentreret* på udvalgte eliter i en regering og forholder sig til aktørerne og motiverne som aktørerne har. Laswell ser magt og politik ud fra et aktørperspektiv, hvor regeringens medlemmer i kraft af deres person implicit sidder med magten. Dette helt enkle og *elitære* syn på politisk magt gør sig stadig formelt gældende i dag og indeholder en legitim tilgang til at studere motiver og magt i politik.

Laswells ville på problemformuleringen argumentere for, at regeringen qua sit parlamentariske flertal har *magt* og mulighed for at gennemføre *deres* egen politik. Laswell ser den politiske magt tilknyttet til aktørernes egne motiver og præferencer m.v. og denne enkle, men dog legitime besvarelse anser magten som koncentreret på meget få hænder, hvor man i det konkrete tilfælde kan forestille sig, at Anders Fogh Rasmussen og Claus Hjort Frederiksen, er de primære magthavere i den danske regering. Disse skulle så sidde med en masterplan for *hele* samfundet på alle områder og kan udstikke retningslinjerne for den øvrige regering. Laswell er *et* interessant bud på svaret, men efterlader dog tvivl om, at en lille inderkreds i regeringen vitterligt er i stand til at opstille mål for hele

samfundet.

Bruger man en mere pluralistisk tilgang til magtbegrebet kan man fremhæve Robert Dahl, som i 1961 skrev værket *'Who governs'*, som var en undersøgelse af magtforholdene i New Haven (Parsons; 1995). Dahl var interesseret i magten hos aktørerne og så på magt som *adfærdsrettet* magt, hvor magt var en relation imellem A og B, hvor A har magt over B når A kan få B til at gøre noget B, ellers ikke ville have gjort (Parsons; 1995). Dahl mener, at magten er mere fordelt på forskellige fraktioner og havde på den måde en mere pluralistisk tilgang til magt. Dahls besvarelse af problemformuleringen ville være, at regeringen har formået at bruge sin parlamentariske magt til at få andre partier til at stemme for forslaget, som ellers *ikke* ville stemme for forslaget. Regeringens magt ligger derved i evnen til at påvirke adfærden hos potentielle modstandere, eller partier med egne dagsordener og Dahls pluralisme handler om magtfordeling imellem grupperinger i samfundet f.eks. erhvervslivet og interesseorganisationer, men partierne i parlamentet kan ligeledes være et eksempel på Dahls tilgang.

En sidste teori som kan fremhæves er ved at se på magt ud fra magt over den politiske *dagsorden*. Her kan nævnes Peter Bachrach og Morton S. Baratz, som i 1962 skrev *'Two Faces of Power'* og Bachrach & Baratz fokuserer på kontrollen over den politiske dagsorden og ikke mindst selektionsprocessen over dagsordenen. Bachrach og Baratz beskrev med deres *'non-decision-making'*, hvorledes den politiske magt er evnen til at holde emner væk fra den politiske dagsorden (Parsons; 1995). I tillæg til BB's dagsordenperspektiv kan man se det med E.E Schattschneiders formulering, som ser magten over alternative emner på dagsordenen, som helt central magtudøvelse og definerer dagsordenkontrol med *"The definition of the alternatives is the supreme instrument of power...He who determines what politics is about runs the country, because the definition of alternatives is the choice of conflicts* (Schattschneider, 1960 i Parsons; 1995). Når man ser på magt som en dagsordenkontrol synes svaret på problemformuleringen med BBs perspektiv at være at regeringen med behandlingsgarantien har en magt over *dagsordenen* til at holde andre alternative emner væk.

I de ovenstående afsnit er der gengivet et nogle af de mere klassiske tilgange til magt og politik, som over tid er udviklet og nuanceret med nyere teorier og giver en række forskellige bud på hvordan politiske forandringer kan anskues. I næste afsnit har jeg opstillet en struktur for analysen, som kobler teorierne med empirien i analysen.

Analysestructur

Specialets fremgangsmåde i analysen benytter sig af en række arbejdsspørgsmål, som knytter sig til de udvalgte teorier. I dette afsnit er formålet at vise, hvordan jeg har knyttet teorierne sammen med den udvalgte empiri og formålet med afsnittet er at illustrere hvorledes specialet hænger sammen.

Den politiske beslutningsproces i Folketinget ved behandlingsgarantien

Analysen indeholder i sin indledende fase en oversigt over behandlingen af lovforslaget om behandlingsgaranti i Folketinget. Et spørgsmål som jeg har stillet til denne del, handler om at se hvilke partier der stemte for og imod behandlingsgarantien og hvilke argumenter der blev anført fra partierne til at stemme for eller imod? Men derudover er spørgsmålet også hvor *intens* debatten har været i Folketingssalen, forstået som antallet af bemærkninger i Folketingssalen fra de enkelte partier? Formålet med at analysere den parlamentariske proces er at kortlægge den sidste fase af *den politiske beslutningsdagsorden* og har til hensigt, at vurdere processen efter Kingdons teori om *anarkisk beslutningsmodel*, hvor alt i princippet kan forekomme og resultatet er uforudsigeligt.

Empirien i denne del kommer fra Folketingets hjemmeside og jeg har optalt og sammenfattet de enkelte folketingsmedlemmers bemærkninger i 1. 2. og 3. behandlingen ved dette forslag i bilag 2. En metode jeg har anvendt til at analysere karakteristikken af beslutningsprocessen er foretaget ved at sammenligne den nuværende lov om behandlingsgaranti med et tidligere forslag om behandlingsgaranti på 2 mdr. Sammenligningen har til formål at vise hvordan de enkelte partier har stemt for eller imod forslagene, men har også været, at kortlægge partiernes 'debatintensitet'. Dette vurderes som indikation på hvordan forslaget om behandlingsgaranti er blevet placeret på den politiske dagsorden. Deri ligger en antagelse om at jo flere bemærkninger der anføres ved behandlingen af et lovforslag desto højere er emnet placeret på partiernes dagsorden, uantastet om de er i regering eller i opposition. Rent praktisk kan man via optællingen også vise, hvor skarpt de politiske fronter er trukket op i beslutningsprocessen.

Vælgernes dagsorden

Et andet forhold som også gør sig gældende i forhold til Kingdons teori, omhandler vælgernes dag-

dagsorden og hvordan vælgerne prioriterer behandling af syge som en offentlig opgave i forhold til andre offentlige opgaver? Jeg har også undersøgt hvilke acceptable rammer for forandringer af hospitalssektoren befolkningen vil acceptere. Disse spørgsmål stilles, fordi Kingdon tillægger 'public mood' en særlig rolle i det politiske spil og anser politikernes evne til at være i tråd med vælgerne, som en væsentlig egenskab for at skabe succesfulde dagsordener. Metoden der er anvendt i denne del bygger på spørgeundersøgelser fra tidligere surveys, som er hentet fra Aalborg Universitets valgdatabase, men er også hentet fra tidligere undersøgelser fra Folketingsvalget i 2005 af Jørgen Goul Andersen, *ibid.*

Regeringens dagsorden

Analysen inddrager regeringens dagsorden, fordi regeringen har fremsat begge lovforslag om behandlingsgaranti. Dette har til formål at diskutere *hvorfor* dette emne kom på regeringens dagsorden netop på det pågældende tidspunkt? Hvilke andre alternative emner er sorteret fra regeringens dagsorden i forhold til andre emner? Men regeringens dagsorden er også tilpasset andre politikområder og politikker, som også diskuteres i dette afsnit.

Afsnittet diskuterer spørgsmål om hvorfor regeringen valgte at bruge *behandlingsgaranti* på dagsordenen. Som metode er denne del i analysen en fortolkning af regeringens politik som helhed og hvilke politiske strømme der præger regeringens politik.

Forlagsstrøm

Sundhedspolitik er ikke givet af en sandhed, men indeholder mange betragtninger som hver især er fornuftige ud fra egne vurderinger. Analysen ser på hvilke alternativer der politisk kan være i spil i forhold til det konkrete forslag i en slags 'primeval soup'. Det centrale aspekt ved denne 'suppe' er at eksperter, organisationer og enkeltpersoner hver især kan have forslag som endnu ikke er indtaget af politikerne, men står til frit til rådighed for politikerne.

Metoden i dette afsnit bygger på en kortlægning af flere eksperters bud på hvordan sygehuspolitikken *også* kunne se ud og kortlægges ved en gengivelse af udtalelser fra diverse eksperter.

Mediernes dagsorden.

Ifølge Kingdon antages medierne at spille en rolle på politikken. Dermed er spørgsmålet om mediernes på den politiske dagsorden interessant at undersøge og i så fald, hvor meget har de haft indflydelse? Analysen har inddraget en kvantitativ analyse af begrebet behandlingsgaranti. Dette er

foretaget via Infomedias hjemmeside, hvor jeg har valgt at optælle artikler fra perioden 2001 – 2006 og artiklerne er optalt og kodet via Infomedia. Søgningen på ordet *behandlingsgaranti* har samlet set givet 713 artikler⁴ og disse er alle er kodet efter en hhv. positiv, neutral eller negativ stemning i forhold regeringen. Som et eksempel har jeg kodet en artikel som kritisk, hvis der i artiklen er en konkret kritik af regeringen, hvori ordet *behandlingsgaranti* indgår. I nedenstående tabel xx er der gengivet de udvalgte medier, samt metoden jeg har brugt til at kode artiklerne.

⁴ Optællingen af alle artiklerne er samlet i bilag 1

Tabel 5 Medier, oplæg og størrelse samt regler for kodning

Aviser	2005 Oplæg i tusinde	Andel Pct.
Jyllands Posten	150	29
Ekstra Bladet	105	21
Berlingske Tidende	126	25
Politiken	129	25
I alt	510	100

Kilde: Danmarks Statistik

Artiklerne er kodet efter følgende regler:

Negativ: Når en artiklens historie viser en kritisk holdning overfor *behandlingsgarantien*, kodes den negativ. Kritikken kan være af teknisk art, af faglig art eller effekten af denne og det afgørende for kodning er, at den viser en kritisk holdning til emnet.

Neutral: Når en artikel kodes neutralt er det ved, at artiklen blot gengiver faktuelle forhold, eller bidrager med lige stor andel positiv og negativ gengivelse af sagen. En neutral kodet artikel indeholder oplysninger om emnet, men tager således ikke 'stilling'.

Positiv: En artikel som kodes positiv indeholder selvsagt en positiv indstilling til behandlingsgarantien. Det kan være patienter eller andre men det er centralt i kodningen, at denne viser en positiv holdning til behandlingsgarantien.

Uden for kategori / invalid: En søgning på ordet behandlingsgaranti vil i nogle tilfælde give uaktuelle artikler om emnet. Disse kan f.eks. være at ordet behandlingsgaranti er brugt i en helt anden sammenhæng (politisk drilleri etc.) eller at det omhandler et andet objekt end behandlingsgaranti i sundhedsvæsenet.

Formålet med optællingen og kodningen af artikler, er at afdække hvor højt emnet er placeret på mediernes dagsorden og hvor intens kritikken af regeringen forekommer i mediernes dagsorden. Et studie som har inspireret til denne metode er fundet med Jacob Gaarde Madsens studie fra 2004, omhandlende ”*Mediernes konstruktion af flygtninge og indvandrerspørgsmålet*” (Madsen, 2004). Han har ligeledes kodet artiklerne på samme vis.

Problemstrøm

I Kingdons teori anvendes begrebet problemstrøm, om de problemer som er genstand for de politiske diskussioner på de konkrete områder. Kingdon ser problemstrømmen som den sidste connection et politisk forslag skal have tilknyttet for, at komme op på den politiske beslutningsdagsorden. Spørgsmålet til denne del handler om, hvilke problemer de politiske forslag kobles op på?

Erfaringer fra tidligere behandlingsgaranti

En del af analysen inddrager også Sabatier & Jenkins-Smiths teori for politiske forandringer og spørgsmålet i denne del handler om hvilke erfaringer man har fået fra tidligere politik på området? Hvordan har man brugt disse erfaringer? Læringen kan ifølge Sabatier & Jenkins-Smiths forekomme på tværs af partikoalitionerne, eller internt i partikoalitionerne, eller som læring i systemet og i den sammenhæng bruges der erfaringer fra behandlingsgarantien på 2 mdr.

Magt og indflydelse fra nye sub- politiske aktører

I forhold til Sabatier & Jenkins-Smiths teori foregår forandringen i politikken bl.a. ved at der opstår nye politiske sub-systemer, eller der kommer nye magtstrukturer. Dette har jeg brugt til at stille spørgsmål om, der i politikken forandring kan findes *nye* eller *forandrede* politiske subkulturer, der påvirker sundhedspolitikken hen imod behandlingsgaranti? Kan der findes nye magtstrukturer ved f.eks. *patientforeningerne* i Danmark? Eller er den politiske magt lokaliseret hos partierne i Folketinget. Én af metoderne der er brugt til denne del er ved en spørgeundersøgelse om patientforeningers magt og indflydelse, til medlemmerne af Folketingets sundhedsudvalg. Denne undersøgelse havde to formål. Dels skulle den give et billede af hvor *meget* og *hvordan* patientforeningerne henvender sig i et undersøgelsesøjemed, overfor medlemmerne. Det andet formål var også, at indhente oplysninger om patientforeningernes magt over de politiske beslutningsprocesser mere generelt. En anden metode som også er benyttet er ved at kortlægge antallet af medlemmer og ressourcerne som patientforeningerne repræsenterer. Dette har vist sig vanskeligt at kortlægge, men som et repræsentativt eksempel har jeg benyttet Kræftens Bekæmpelses udvikling i indsamlede ressourcer og antal medlemmer.

Ovenstående overskrifter og spørgsmål er sammenfattet i den efterfølgende boks 6.

I nedenstående boks er de spørgsmål gengivet under hver overskrift. Efterfølgende kan overskrifterne genfindes i analysen.

Boks 6


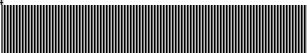



Spørgsmål	Overskrift
Hvem stemte for og imod? Hvordan og hvor meget markerede partierne sig ved behandlingerne af behandlingsgarantierne? Hvilke argumenter blev anført for og imod lovforslaget?	Den politiske beslutningsproces i Folketinget ved behandlingsgarantien.
Hvorfor placerer vælgerne emnet sundhed højt på dagsordenen? Hvordan prioriterer befolkningen behandling af syge i forhold til andre offentlige serviceområder? Hvilke acceptable rammer for forandringer har befolkningen?	Vælgernes dagsorden
Hvorfor kom forslaget om behandlingsgaranti på regeringens dagsorden? Hvorfor kom det på dagsordenen på dette tidspunkt? Hvilke politiske strømme er forslaget i overensstemmelse med?	Regeringens dagsorden
Hvilke alternative forslag til behandlingsgaranti kunne i stedet vælges? (Primeval soup)	Politisk forslagsstrøm
Har mediernes dagsorden haft indflydelse på forslaget? Og i så fald hvor meget?	Mediernes dagsorden
Hvilke problemer blev behandlingsgarantien koblet op på?	Problemstrøm
Hvilke erfaringer er der opsamlet fra tidligere behandlingsgarantier og hvordan har man brugt disse erfaringer?	Læring af behandlingsgarantien
Hvorfor kan patientforeninger påvirke sundhedspolitikken?	Magt og indflydelse fra nye subpolitiske aktører

Analyse

Den første del af analysen beskæftiger sig med beslutningsprocessen i Folketinget i forbindelse med behandlingen af lovforslaget om behandlingsgarantien. Dette har to formål, hvor man på denne måde kan se beslutningsprocessens karakteristik, men jeg har også indledningsvis også spurgt, hvordan partierne stemte for lovforslaget i Folketinget og hvorfor stemte de som de gjorde? Var forslaget fornuftig sundhedspolitik, eller var forslaget uhensigtsmæssig i forhold til sundhedssystemet? Hvilke hensyn og motiver havde regeringen og oppositionen for at stemme for eller imod forslaget om behandlingsgaranti? Og endelig hvor intens har den parlamentarisk debat været i Folketinget i forbindelse med behandlingen af dette forslag?

Disse spørgsmål har jeg søgt svar på og i nedenstående tabel 7er lovforslagene vedrørende behandlingsgaranti illustreret. I tabel 7 vises hvordan de enkelte partier har stemt om forslaget og hvordan de enkelte ordførere og ministre har markeret sig ved behandlingen af lovforslagene. Lovforslaget om 1. mdr. behandlingsgaranti er efterfølgende benævnt som L50 og lovforslaget om behandlingsgaranti på 2 mdr. er efterfølgende benævnt som L 64. Sammenligningen er foretaget ud fra et *kvantitativt* afsæt, hvor jeg har talt antallet af spørgsmål og bemærkninger fra de enkelte ordførere på området.

Tabel 7 opgørelse over partiernes debatindlæg og stemmeafgivning i ved L50 og L 64

	Parti								Sum	Afstemning
	V	KF	DF	RV	S	SF	EL	KRF		
Taler til 1. beh. af lovforslag L50	23	11	12	10	18	4	9			
Taler til 2. beh. af lovforslag L50	42	0	18	14	28	12	11			
I alt	65	11	30	24	46	16	20	212		
Partier som stemte for L 50									59	
Partier som stemte imod L 50									49	
Taler til 1. beh. af lovforslag L 64	7	3	7	3	11	6	6	1		
Taler til 2. beh. af lovforslag L 64	2	0	3	3	2	0	1	1		
I alt	9	3	10	6	13	6	7	2	56	
Partier som stemte for L 64									94	
Partier som stemte imod L 64									4	
Partier hverken stemte for eller imod									13	

Kilde: ft.dk, egne beregninger

Ser man på ovenstående tabel 7 viser den, at den første lov om behandlingsgaranti, benævnt som L 64 havde et klart flertal bag sig med 94 medlemmer som stemte for og 4 imod, samt 13 medlemmer der undlod at stemme. Det eneste parti som stemte imod var Det Radikale Venstre. SF og Enhedslisten samt Kristeligt Folkeparti valgte hverken at stemme for eller imod lovforslaget – L64 og partierne som stemte *for* L64 bestod af regeringspartierne samt DF og Socialdemokratiet og der var en bred enighed om *målet* i lovgivningen, nemlig at sikre patienternes mulighed for at komme i hurtig behandling. Socialdemokratiet valgte ved dette forslag at tilsidesætte partistrategiske hensyn og stor i stedet sammen med regeringen på dette område. Ud fra denne betragtning kan man konkludere, at Socialdemokratiet ikke *ønskede* at sætte en alternativ dagsorden, men anså i stedet lovforslaget som en fornuftig regel. Man kan ved lovforslaget L 64 tydelig se, at oppositionen ikke stod samlet *imod* regeringen og SF og EL formåede ikke at indtage en holdning til lovforslaget, men valgte i stedet at stemme hverken for eller imod.

Ser man på RV var dette det eneste parti som valgte at stemme imod L 64, uden at skele til den øvrige oppositions holdning eller afstemning.

Argumenterne for og imod

I lovforslaget, som blev fremsat den 29/1 2002 af daværende indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, anføres det at der med forslaget sikres en nedsættelse i ventetiderne til behandling for patienterne via en tilførsel af ressourcer på 1,5 mia. kr. Desuden får patienterne en *ret* til behandling på et privathospital eller et udenlandsk hospital, hvis ikke de offentlige hospitaler kan tilbyde behandling indenfor 2 mdr. (L 64, som fremsat 29/1 2002). Ser man på et parti som normalt ville være i opposition som Socialdemokratiet viste de som de eneste i oppositionen at støtte forslaget. Socialdemokratiet anså ekstra-bevillingerne på 1,5 mia. kr. som et positivt træk og vurderede at ekstra bevillingen var 'i fin tråd' med den politik, den tidligere socialdemokratiske ledede regering førte. Ekstrabevillingen har ved afstemningen også betydet, at afvejningen imellem fordelende og ulemperne ved forslaget har vist, at Socialdemokratiet overvejende så det som et positivt tiltag.

Nogle af de kritiske argumenter var at man frygtede en øget lønspiral og frygt for uhensigtsmæssige prioriteringer af patientmassen på hospitalerne (forklaringen er, at man frygter at de 'nemme' behandlingstyper prioriteret højere på bekostning af 'tunge' behandlinger for at konkurrere om midlerne imellem privathospitalerne og de offentlige hospitaler: red.) (Betænkning 28/2, 2002; Sundhedsudvalgets 2. samling). Argumentationen førte dog ikke til, at Socialdemokratiet stemte imod.

Modsat var det gældende for Det Radikale Venstres holdning til lovforslaget, L 64 som anførte at regeringens lovforslag ville kræve en urealistisk høj produktivitetsstigning på hospitalerne, som de daværende amter *ikke* vurderede mulige at opfylde. Dette anføres at komme som en følge af de ekstra patienter der antages, at følge med behandlingsgarantien. Endelig vurderer RV også som Socialdemokratiet at personalemangel og langsigtet planlægning af hospitalernes prioriteringer kommer i spil ved at indføre en behandlingsgaranti (Betænkning 28/2, 2002; Sundhedsudvalgets 2. samling). Det Radikale Venstre valgte at stemme imod forslaget.

SF og EL som valgte at stemme hverken for eller imod L64 og argumenterer på den ene side for, at det er positivt at der tilføres ekstra midler til sundhedssektoren på 1,5 mia. kr. i forbindelse med lovforslaget. Til gengæld forholder SF og EL sig kritiske overfor de virkninger behandlingsgarantien antages at få på styringsprincipperne af sundhedssektoren, hvor det frygtes at betyde øget centralstyring af hospitalernes aktivitet. SF og EL frygter også en stigende ulighed i patienternes behandlingstilbud som følge af det udvide frie sygehusvalg (Betænkning 28/2, 2002; Sundhedsudval-

gets 2. samling). SF og EL stemte hverken for eller imod

Antallet af bemærkninger ved L64

Når man ser på antallet af bemærkninger og spørgsmål i Folketingssalen ved behandlingen af L 64 viser dette, at Socialdemokratiet havde flest bemærkninger samlet set. Partiet tilkendegav en række kritikpunkter og spørgsmål som 'kritisk støtte' til forslaget. Ser man på Det Radikale Venstres antal af bemærkninger var der ganske få bemærkninger til forslaget. Dette kan måske også delvis forklares ved at ordføreren var fraværende v. 2. behandlingen af lovforslaget. Ser man på Dansk Folkeparti (DF) havde de 10 bemærkninger i alt til lovforslaget L 64 og står som det parti med de fleste bemærkninger efter Socialdemokratiet på dette område. Dette kan afspejles af partiernes antal af medlemmer i Folketinget, men det kan også afspejle de to partiers incitament for 'at vise flaget' overfor befolkningen, med hvert sit afsæt. DF vælger at støtte regeringen, men skal også varetage egne partipolitiske hensyn og DF opnår en selvstændig synlighed i forhold til regeringen ved at deltage i debatten i forhold til oppositionen.

Afstemningen ved L50

Hvis man ser på afstemningen ved L50 viser afstemningsresultatet at 59 medlemmer stemte for dette forslag og 49 var imod dette forslag. Oppositionspartierne var ved L 50 langt mere enige om fælles front imod regeringen ved at stemme imod forslaget og ser man på optællingen af indlæg viser dette, at oppositionen *markerede* sig mere intenst på dette punkt og på denne vis også viste en langt større modstand ved L 50 i forhold til L 64. Ud fra denne betragtning kan man konkludere at oppositionen i langt højere grad søgte at påvirke den *politiske beslutningsdagsorden* ved dette forslag.

En del af polemikken omkring L 50 forklares med, at selve lovforslaget til L 50 var fulgt af et andet lovforslag om elektroniske patientjournaler, som gav anledning til deling af lovforslaget og fornyet 2. behandling. Oppositionen har påpeget denne affære som rod, eller et forsøg på at luske en vigtig lov igennem ved at tilføje den til et forslag som har en stor opbakning og på denne vis trække det igennem og denne procedure har alt andet lige også ført til at der blev fremført flere bemærkninger i Folketingssalen.

Argumenterne for og imod

I argumentationen *for* lovforslaget om behandlingsgaranti på 1 mdr. var følgende bemærkning gæl-

dende »Patienterne er tilfredse med at kunne vælge sig til hurtig behandling. Det er positivt, at patienter med behandlingskrævende sygdomme hurtigt kan få et behandlingstilbud. Det kan konstateres, at alle grupper og aldersklasser i samfundet bruger de muligheder, der er indført med det udvidede frie sygehusvalg (...). Siden den 1. juli 2002 har alle haft ret til udvidet frit valg, hvis ventetiden overstiger 2 måneder. Omkring 100.000 har nu brugt det udvidede frie sygehusvalg. Den positive udvikling styrkes yderligere med 1 måneds behandlingsfrist « (Betænkning afgivet 12/12 2006 i Sundhedsudvalget). I den ovenstående argumentation anføres det fra V, K og DF's side, at både patienternes rettigheder tages op som argument, men forslaget kobles også op på problemer med ventelister.

Ser man på oppositionens bemærkninger til lovforslaget deler vandende sig. Oppositionen (S, SF, EL og RV) stemte samlet imod forslaget. Men i argumenterne anføres det fra Socialdemokratiets og SF's side at » Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti principielt er tilhængere af at nedsætte fristen for, at borgerne får mulighed for at anvende den udvidede frit valg-ordning, fra 2 måneder til 1 måned. På baggrund af regeringens manglende evne til at opfylde den såkaldte behandlingsgaranti for livstruende sygdomme finder Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti imidlertid, at en generel nedsættelse af fristen for den udvidede frit valg-ordning er uhensigtsmæssig på nuværende tidspunkt, idet den risikerer at forværre ventetiderne for behandling af livstruende sygdomme yderligere.

Risikoen opstår, fordi vi lever i en verden med begrænsede ressourcer, og øget ressourceanvendelse på ikke livstruende sygdomme kunne alternativt være brugt til glæde for patienter med livstruende sygdomme, herunder kræftpatienter. Da regeringen ikke har kunnet, eller ikke har ønsket, at fremlægge dokumentation for, at nedsættelsen ikke vil ramme patienter med livstruende sygdomme, kan Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti derfor ikke på nuværende tidspunkt tilslutte sig denne del af lovforslaget. Det har i den forbindelse især været utilfredsstillende, at der ikke har været dokumentation for de interne ventetider og udviklingen i disse ventetider.

Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti vil tilslutte sig en generel nedsættelse af fristen i samme øjeblik, som vi i Danmark har sikret tilstrækkelig korte ventetider for hele behandlingsforløbet, altså inklusive de interne ventetider, for patienter med livstruende sygdomme. En nedsættelse af fristen for den udvidede frit valg-ordning kan i nogle tilfælde være en hjælp, også for patienter

med livstruende sygdomme. Socialdemokratiet og Socialistisk Folkeparti er derfor positive over for en nedsættelse af fristen målrettet patienter med livstruende sygdomme og er i den forbindelse positive overfor en forhandling om muligheden for at indføre den tidligere end regeringens forslag om igangsættelse pr. 1. oktober 2007. (Betænkning afgivet 12/12 2006 i Sundhedsudvalget).

Det Radikale Venstre er også modstandere af lovforslaget, men tilkendegiver en anden argumentation med, at »Det Radikale Venstre er også imod forslaget om 1 mdr. behandlingsgaranti og mener, at det er centralt at sikre korte ventetider i sundhedsvæsenet. Ikke desto mindre er Det Radikale Venstre imod regeringens forslag om at sænke fristen for det udvidede frie sygehusvalg fra 2 måneder til 1 måned. Det lyder besnærende, men det er efter Det Radikale Venstres mening ikke den rette prioritering af de knappe ressourcer. Forklaringen skal søges hovedsagelig i to forhold. For det første har Danmark i dag generelt korte ventetider efter international målestok. En nedsættelse af ventetiderne for alle patienter – også dem med mindre skavanker – er derfor ikke det, der er mest brug for at investere i netop nu.

For det andet har sundhedsvæsenet i stigende grad et alvorligt problem med at rekruttere nok læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale. I dag mangler der næsten 1.000 speciallæger og 1.100 sygeplejersker. På den baggrund grænser det til det uansvarlige at sænke fristen for patienternes ret til frit valg til 1 måned. Den kortere frit valg-frist vil øge behandlingspresset på sygehuse, og konsekvensen risikerer bl.a. at blive længere interne ventetider. Af samme grund mødes forslaget også med betydelig skepsis, både af Den Almindelige Danske Lægeforening, en række patientorganisationer samt eksperter. Det Radikale Venstre ønsker at prioritere ressourcerne anderledes. Regeringens svigt, når det gælder den såkaldte »behandlingsgaranti« for livstruende sygdomme, viser med al tydelighed, at der er brug for at investere i behandlingen af livstruende sygdomme. Meget tyder på, at patienterne her oplever meget lange interne ventetider.

De ovenstående bemærkninger deler modstanden op imellem Socialdemokraterne og SF på den ene side og RV på den anden side, hvor Socialdemokraterne og SF har en generel positiv holdning til at give patienter en ret til at blive behandlet indenfor en tidsbegrænsning, men frygter at bestemte patientgrupper 'betaler' prisen, via 'screaming'. Dermed antager de, at de interne prioriteringer på hospitalerne ikke kan håndtere en generel patientgaranti, men i stedet vælger at jage de 'nemme' behandlinger. Det Radikale Venstre argumenterer for at der mangler personale på hospitalerne og an-

fører at de ressourcer som skal anvendes på behandlingsgarantien *bedre* kan anvendes til andre områder på hospitalerne. Derudover anfører RV også at der er mangel på opfyldelse af tidligere behandlingsgaranti, som et kerneproblem for at vedtage en ny behandlingsgaranti.

Beslutningsprocessernes karakter

Hvis man vurderer selve beslutningsprocessen helt isoleret kan man konkludere følgende. Beslutningsprocessen ved L 50 bar ikke præg af et *anarkisk* forløb, som Kingdons teori anser som centralt element. Dette bygger jeg på, at fronterne i Folketinget i L 50 var klare og veldefinerede efter partiskel og efter hhv. regering og opposition. På den måde var der ingen *uforudsigelighed* i processen, fordi partierne aggerede som 'forventet' og medlemmerne optrådte efter den normale partidisciplin. Modsat forholder processen sig langt mere uforudsigelig ved L 64, hvor Socialdemokratiet valgte noget overraskende at støtte regeringen overfor en opposition, som ligeledes heller ikke stod samlet. Man kan sige, at L 64 ikke havde klare politiske fronter med regeringen på den ene side og oppositionen på den anden side som eksempel. Hvis man ser på beslutningsprocessens karakter kan man konkludere, at Kingdons teori om at processen er kaotisk mest indfinder sig ved L 64.

Holdninger til konsekvenserne af lovforslagene om behandlingsgaranti

Når man ser på argumenterne, som anføres af henholdsvis regeringen og oppositionen ved lovforslagene om behandlingsgaranti anføres der i bemærkningerne, at man er enige om det sympatiske forslag om at nedbringe ventelister og sikre patienter mulighed for en hurtig behandling generelt. Derfor er det ikke *målet* i lovforslaget som partierne i hhv. regering og oppositionen man er uenige om, men snarere midlet til at nå målet. Regeringen anfører, at patienternes rettigheder skal sikres. Oppositionen synes også at patienternes behandling skal sikres, men her stopper enigheden også.

Regeringen har ligeledes med deres ideologiske baggrund også et mål med at udvikle den private sektor og dermed privathospitalerne. En udtalelse fra den nuværende sundhedsminister, Jacob Aksel Nielsen i Altinget.dk bekræfter denne holdning, ved at tilkendegive at andelen af privathospitalernes patientandel for hans skyld ikke har nogen grænse (Altinget.dk; 9. oktober 2008). Dette viser at regeringen gerne ser et privatmarked udviklet som pendant til de offentlige hospitaler med en reel valgfrihed.

Oppositionen forholder sig modsat til denne holdning, hvor de i stedet ønsker at bevare det offentlige sundhedsvæsen. Dette betyder, at oppositionen ikke ønsker at privathospitalerne udvikles på bekostning af de offentlige hospitaler og samlet set forholder oppositionen sig positivt til dele af lovforslaget, men vælger at stemme samlet imod, da man frygter at forslaget ikke vil give en forbedring men tværtimod en forværring af tilstanden i sundhedssystemet.

Et spørgsmål som kan stilles til den politiske beslutningsdagsorden handler også om, at se om emnet er i overensstemmelse med *vælgernes* dagsorden. Deraf følger en antagelse om at den politiske dagsordens succes er betinget af at følge vælgernes dagsorden. Spørgsmålet er hvordan vælgerne forholder sig sundhed og sundhedspolitiske spørgsmål, hvilket jeg har stillet i næste afsnit.

Vælgernes dagsorden

Dette afsnit har som mål at vise hvordan vælgerne prioriterer behandling af syge som et offentligt ansvar i forhold til andre områder. Men afsnittet søger også at forklare *hvorfor* netop sundhed optager vælgerne i så høj grad?

I dette afsnit er formålet at vise, hvordan vælgerne prioriterer holdninger til behandlinger af syge i forhold til andre offentlige serviceområder. Vælgernes dagsorden er antaget at påvirke politikernes dagsorden ud fra devisen at hvis befolkningen finder behandling af syge og sundhedspolitik som særligt vigtigt vil en regering også placere emnet som et centralt 'issue'. Afsnittet har som formål dels at vise vælgerskarens holdning til sundhed generelt, men forholder sig også til de rammer som befolkningen sætter for hvor langt de vil gå i forhold til privatiseringen af sundhedsvæsenet. I afsnittet indgår en række spørgeundersøgelser med de relevante tematikker og én af præmisserne for succes for regeringens dagsorden er, at de konkrete forslag til ændringer på et givent område ligger indenfor bestemte rammer af vælgernes dagsorden

I nedenstående tabel kan man se et uddrag fra *Borgerne og sygehusene- bekymringskultur, individualisering, privatisering*, af Goul Andersen ibid. fra 2004. I tabellen ses det at behandling af syge er antaget som den vigtigste offentlige opgave i forhold til andre offentlige opgaver.

Tabel XX Borgernes syn på det offentlige ansvarsområde

Bør det offentlige have ansvaret for følgende opgaver? At..	Helt sikkert ja	Forment- lig ja	Forment- lig ikke	Helt sik- kert ikke	Ved ikke
Sørge for behandling af syge	83 pct.	14 pct.	2 pct.	1 pct.	0 pct.
Sørge for en rimelig levestandard for de ældre	71 pct.	26 pct.	3 pct.	0 pct.	0 pct.
Skaffe børnepasning til alle, der har brug for det	53 pct.	35 pct.	8 pct.	4 pct.	0 pct.
Skaffe boliger til familier der ikke selv har råd	39 pct.	45 pct.	12 pct.	3 pct.	1 pct.
Kilde: Politisk Forandring (Goul, Andersen, 2003)					

Der kan anføres en række årsager til hvorfor emnet optager en så stor del af befolkningen og ser man på forbruget af sundhedsydelse kan dette delvis forklare årsagerne. En af årsagerne kan skyldes, at knap 90 pct. af befolkningen modtager en eller flere former for sundhedsydelse, leveret af et hospital eller praktiserende læger. Derudover viser tal fra Sundhedsstyrelsen, at hver dansker i 2005 havde 6, 7 kontakter pr. år til lægen. Ser man på udviklingen i antallet af besøg har det været stigende siden 1994 med totalt set 23 pct. Dermed peger forbruget og udviklingen i forbruget af sundhedsydelse mod, at emnet har en meget stor berøringsflade til befolkningen. Dette kan delvis forklare årsagen.

Det handler om liv og død.

En anden og mere substantiel årsag til at emnet er så vigtig for borgerne handler om at behandling af syge også handler om at redde liv⁵. På et alvorligt område som kræft, spiller sygehusene en helt central rolle da patienterne forventer krav om behandling af et professionelt personale med de rette tekniske og medicinske hjælpemidler. Hvert år bliver der konstateret ca. 33.000 nye tilfælde med alle former for kræft og ca. 216.000 personer lever med en kræftdiagnose, hvilket svarer til 4,0 pct. af den danske befolkning (Møller; 2007). Dette tal viser, at antallet af mennesker som rammes af kræft udgøres af en større gruppering, som vil fremme sundhedsbehandlingen i forhold til andre offentlige områder.

Befolkningens acceptable rammer for privatisering af hospitalerne

Den anden betingelse for politikens løsning, er at denne er i overensstemmelse med befolkningens accept og rammer for brugerbetaling og hospitalsvalg. Ser man på befolkningens præferencer for brugerbetaling og frit sygehusvalg fremgår det af en isoleret søgning i surveybanken at 62, 5pct. af

⁵, I Danmark er den hyppigste dødsårsag hjerte-karsygdomme med 24.000 dødsfald om året og 1.000 personer af disse dør inden de bliver 65 (Kilde: Sundhedsrapporten; 2007)

de adspurgte i undersøgelsen foretrækker valgfrihed i hospitalsbehandlingen og 67 pct. af de adspurgte er imod mere brugerbetaling. Disse tal er sammenkoblet i nedenstående tabel som viser et stort flertal på 36,5 pct. der erklærer sig enige i, at der *ikke* bør indføres mere brugerbetaling og at pengene bør følge patienten, så man selv kan vælge. Dermed tilkendegiver de fleste, at de foretrækker *valgfrihed*, men *mindre* brugerbetaling.

Tabel 8 Befolkningens holdning til brugerbetaling og frit sygehusvalg

	Mest enig med A	Mest enig med B	Ikke enig med nogen af parterne	Ved ikke	Total	N=
A-B Brugerbetaling						
A-B Hospitalsvalg						
Mest enig med A	21,5	36,5	3,4	1,1	62,5	1267
Mest enig med B	2,6	25,4	0,7	0,5	29,2	592
Ikke enig med nogen af parterne	0,6	4	1	0,1	5,8	117
Ved ikke	0,4	1,1	0,1	0,9	2,5	50
Total	25,1	67	5,2	2,7	100	
N=	509	1357	106	54		2026

Kilde: Valgundersøgelsen 2001

Row and column percentage

Spørgsmålene i tabellen lyder således:

Brugerbetaling:

A siger: Der bør i langt større grad end nu indføres brugerbetaling i den offentlige sektor.

B siger: Bortset fra enkelte, ubetydelige områder bør der ikke indføres mere brugerbetaling.

Hospitalsvalg

A siger: Pengene bør følge patienten, så patienterne selv kan vælge, om de vil have behandlingen udført på et offentligt hospital eller et privat hospital (f.eks. hvis de står på venteliste).

B siger: Hvis vi begynder at give mulighed for at vælge behandling på privathospitaler, bliver det alt for dyrt for samfundet og kan betyde en forringelse af det offentlige sygehusvæsen.

Derudover viser en nyere undersøgelse fra Zapera i nov. 2007, som er mere direkte rettet mod behandlingsgarantien, at et klart flertal i befolkningen foretrækker en maksimal ventetid og synes også, at det er positivt med 1 mdr. behandlingsgaranti (Zapera; 2007). Man kan sige lidt bagklogt, at behandlingsgarantien er et positivt politiske tiltag, som befolkningen har taget godt imod og kan samtidig markere partiet overfor de andre partier i sundhedspolitikken.

Man kan på baggrund af ovenstående konkludere, at sundhed og sygdom har forrang på vælgernes dagsorden i forhold til andre politiske emner og forslaget om behandlingsgaranti ligger desuden også *indenfor* de rammer som vælgerne kan acceptere for forandringer.

Regeringens dagsorden.

Overskriften henviser til regeringens dagsorden og spørgsmålet er først og fremmest hvorfor forslaget om behandlingsgaranti kom på regeringens dagsorden? Hvorfor kom det på det pågældende tidspunkt? Og ikke mindst er spørgsmålet også hvilke øvrige politikker forslaget er i overensstemmelse med? For det første er regeringens dagsorden betragtet under ét i dette afsnit, da det må antages at Venstre og Konservative har samme opfattelse og politiske overbevisning på dette område.

Grundlaget for at regeringen satte *behandlingsgaranti* på dagsordenen kan tage afsæt i mange forklaringer. For det første er forslaget i forlængelse af en tidligere lignende lovgivning på området. Man havde dermed en erfaring man kunne bygge på og den tidligere behandlingsgaranti, havde en stor opbakning fra flere partier. Dermed var det oplagt at bruge en gammel kending, tilføjet lidt ekstra i det at garantien blev nedsat til 1 mdr. fra 2 mdr.

For det andet kan ideen om behandlingsgaranti ses i forlængelse af Venstres kontraktpolitik, som har været en del af Venstres succes ved flere genvalg. Kontraktpolitikken er et kommunikationsredskab som i dansk politik ikke var benyttet tidligere og er et moderne politisk redskab som kan generere tillid til politikerne fra borgerne. Kontraktpolitikken består af få mål, som vælgerne kan overskue og skal være enkle og målbare, skarpe temaer der skal sikre, at politikerne holder hvad de lover (Jønsson; 2003). Vælgerne kan også efterfølgende gå til politikerne og tjekke at de har opfyldt målene i kontrakten. Kontraktpolitikken er også udslag af Venstres udsagn som »*mennesket frem for systemet*« og løfter om valgfrihed i servicetilbud og budskabet fra Venstre tilbage i 2001 var at borgernes behov og krav skulle i centrum for den offentlige sektor. Samme argumentation bruges også i dag fra daværende sundhedsminister, Lars Løkke Rasmussens som argumenterer for at behandlingsgarantien er en *ret* til patienterne (P1 morgen, 6. nov. 2007). Kontraktpolitikken handler dermed om at politikerne opstiller emner, som lader sig måle og veje og har været anset som én af årsagerne til Venstres succes ved valget i 2001. Ser man på begrebet *behandlingsgaranti* er dette et klart udslag af tankegangen bag kontraktpolitikken, fordi det konkret giver borgerne en ret og kan 'måles og vejes'.

En tredje årsag til at forslaget kom på regeringens dagsorden kan forklares ud fra, at behandlingsgarantien er betinget af en aktør-instrumentel teori, som kaldes New Public Management bølgen. Dette begreb stammer fra amerikanske reformer af den offentlige sektor op gennem halvfemserne og har efterfølgende bredt sig til flere lande (Greve, 2003). New Public Management teorien har også præget en reformiver af den danske offentlige sektor og er i dansk regi udviklet startet under Poul Nyrup op gennem halvfemserne, men er overtaget og videreudviklet under Anders Foghs regeringsperiode med få ændringer. NPM bølgen har fordret, at den offentlige service er styret via efterspørgsel fra brugere, frem for tidligere, hvor det mere var udbudsorienteret og man har fra regeringens side haft som mål, at den offentlige service er styret igennem brugernes krav og efterspørgsel og ikke fra 'ejernes' vurdering af behovet. Hvis man ser på behandlingsgarantien ud fra NPM bølgen ligger den helt i overensstemmelse med den tankegang.

En fjerde årsag til at regeringen satte det på dagsordenen kan forklares som rent ideologiske årsager. Ifølge projektleder ved Dansk Sundhedsinstitut Jakob Kjellberg står det klart, at: *»Sundhedsforsikringerne og det frie sygehus-valg er ikke noget, folk har efterspurgt. De er kommet langsomt snigende, og lige pludseligt er de der. Denne her udvikling med flere private sundhedsløsninger ser ud til at være tiltagende, og derfor bør alle aktivt forholde sig til den. Man bør have valget, om det er et forsikringsdanmark, man ønsker.«* VK-regeringen har bevidst banet vejen for den private sundhedssektor. Det er sket som led i en politik, der er ført med lempe for ikke at skræmme velfærdsdanskerne. Venstres chefideolog beskæftigelsesminister Claus Hjort Frederiksen har sat ord på fænomenet ved at sige *»det, vi har gjort, er at gennemføre liberal politik med små skridt«* (LO's ugebrev, april 2008).

Endelig spørges der til hvorfor emnet kom på dagsordenen på det konkrete tidspunkt. En plausibel antagelse kan være, at emnet i forbindelse med Folketingsvalget den 8 feb. 2005 var forløber for forslaget i og med at Venstre placerede det som ét af deres valgtemaer. På denne måde fik regeringen en fordel ved at gå ud og lancere en ret til vælgerne om hurtigere behandling – og kunne i øvrigt høste fordelende af at samme regering tidligere havde gennemført en behandlingsfrist på 2 mdr. den 12 dec. 2006 blev forslaget om behandlingsgaranti (1 mdr.) fremstillet i Folketinget og kunne nu få en ekstra fordel ved at komme på den parlamentariske dagsorden. Et andet aspekt i forbindelse med tingen af forslaget hænger sammen med, at den der bærer forslaget frem på dagsordenen *også* skal sikre at forslaget kommer helt frem til den politiske beslutningsdagsorden, fordi oppositionen

og andre partimedlemmer ellers vil vurdere ministerens evne til at fremsætte forslagene. Dette hænger sammen med at et forslag ikke bare har sin egen plads, men optager også plads for andre emner i en selektionsproces.

Alternative forslag holdes væk

Når man ser på regeringens dagsorden kan man også forholde sig til de emner som ikke har fundet vej til regeringens. Dette er naturligvis en næsten umulig opgave i den virkelige verden, men man kan sandsynliggøre, at andre emner *kunne* være på regeringens dagsorden med andre forudsætninger. Denne tilgang til at vurderer en dagsorden anføres af Bachrach og Baratz, hvor selektionsprocessen for den politiske dagsorden kommer i spil.

Hertil kan siges, at alternative emner til forslaget ikke skal ses i en rangordnet sammenhæng, men skal vurderes i forhold til *behandlingsgarantien*. F.eks. kan man se mer-bevillinger, som et realistisk alternativt emne, men ekstrabevillinger til de offentlige hospitaler har en negativ effekt på aktiviteten på privathospitalerne. Dette skyldes at hvis de offentlige hospitaler får flere ressourcer ville de kunne behandle flere og derved undgå at sende patienterne til privathospitalerne. Ekstrabevillinger har heller ikke den symbolske effekt på vælgerne som en ”garanti” har. Regeringen ville ikke kunne vinde sympatien hos befolkningen, fordi en merbevilling, blot ville møde endnu større bevilling. Når regeringen bruger behandlingsgaranti får de en mulighed for selvstændigt at sætte dagsorden i forhold til de andre partier, som så i stedet vil diskutere bevillingernes størrelse.

Forslagsstrøm

I forhold til Kingdons teori ligger der i periferien til den politiske dagsorden også en række alternativer som kan stilles af eksperter, organisationer og mange andre i og uden for det politiske system. Disse er ifølge Kingdon benævnt som en slags ’primeval soup’ og denne suppe kan politikerne efter behov så trække på afhængig af timing og egne dagsordener. Alternativernes plads på regeringens dagsorden afhænger af forskellige fordele og ulemper, som de har i forhold til det politiske spil og er ikke afhængig af den omskiftelighed som præger politik og den suppe som flyder rundt, er i princippet fri og uafhængig af de politiske dagsordener.

Hvis man konkret ser på alternativerne til behandlingsgarantien kan regeringen vælge at sætte et

forslag om øgede bevillinger på dagsordenen. Regeringen kan selv foreslå en ekstrabevilling til at skubbe til en udvikling, eller 'rydde' op i ventelisterne og ville på kort sigt give flere behandlinger på sygehusene og flere typer af behandlinger uden at ændre voldsomt på sundhedssystemet. Ekstrabevillinger er et nemt tilgængeligt redskab, som *kan* bruges hurtigt af regeringen og bruges også i kombination med andre tiltag, som f.eks. kræftbehandlingsplaner etc. Ekstrabevillinger kan også ses i oppositionens ændringsforslag til behandlingsgarantien, hvor de foreslår at 1 mdr. ventetidsgaranti fjernes i teksten.

Hvis man skal vurdere kvaliteten af enkelte merbevillinger på at løse problemer med ventelister kan man anføre, at det ofte er en dyr løsning i forhold til de forventede resultater af bevillingen, fordi personalet dermed skal have overtidsbetaling. Derudover har ekstra puljer for at 'rydde' ventelisterne på konkrete områder, en tendens til at trække på personale ressourcer på bekostning af andre områder, som derved må vente og endelig har kortsigtede merbevillinger også en tendens til at blive spist op af på grund af, at øget udbud fører til øget efterspørgsel.

Ekstrabevillinger har også den ulempe i forhold til symbolikken, at den ikke adskiller sig fra oppositionens dagsorden og kan risikere at blive en dårlig sag, fordi bevillinger er uden samme symboliske effekt. Forslaget kan risikere at ende i tab for regeringen, fordi oppositionen straks vil argumentere for at en ekstrabevilling ikke er stor nok. Et andet problem er også, at flere ressourcer til dette område ofte vil give mere efterspørgsel efter sundhedsydelser og betyde, at det vil kræve *endnu* flere midler.

Eksperternes alternativer

Hvis man ser på eksperternes alternativer påpeger disse, at man kan planlægge anderledes på sygehusene. Man kan investere i bedre apparatur, importere læger ifølge Jacob Kjellberg 31/7 2007 (P1 morgen). Han påpeger, at man bør regulere DRG taksterne, som er takseringssystemet alle offentlige sygehuse i dag er underlagt. Dette system blev oprettet i 1993 og prissætter behandlingerne på operationer på sygehusene og varetages af Sundheds- og indenrigsministeriet. I dette *aktivitetsbestemte* system er alle former for operationer i det offentlige sundhedsvæsen finansieret med baggrund i de såkaldte DRG⁶ takster og er et aktivitetsbaseret system, hvor *antallet* af operationer udløser flere offentlige midler. Taksterne i DRG systemet danner grundlag for den interne beregning

⁶ I forbindelse med finansloven for 1998 blev det besluttet at anvende DRG-takster som grundlag for afregning af behandlinger. DRG-takster beregnes ved at knytte omkostninger ved patientbehandling til de enkelte DRG-grupper. Ved DRG-. (Kilde: Sundhedsstyrelsen)

fra kommune, stat og eller andre regioner ved en patientoverførsel til et privathospital og ved at justere på taksternes størrelse kan Sundhedsministeren egenhændigt påvirke sygehusenes incitamenter til at løbe stærkere, eller operere flere patienter. Et af problemerne med den løsning kan være, at sygehuse spekulere i behandlinger som udløser flest DRG-kroner og anklagen fra flere sider af Sundhedsministeren går på, at DRG-taksterne i 2005 honorerede de 'lette' operationer forholdsmæssigt *bedre* i forhold til mere komplicerede operationer. Dermed står de offentlige sygehuse ringere i konkurrence med privathospitalerne, fordi privathospitalerne kan vælge deres udbud af operationer efter de bedste DRG-takster (Dagens Medicin, 2/9 2006). Ser man på udvalgte operationstyper, som især giver patientflow til privathospitalerne er det især indenfor de 'lette' operationstyper og udviklingen er ikke overraskende. I tabel XX kan man således se udviklingen.

Tabel 9 Værdi af de private sygehuses aktivitet (kr.) for udvalgte ydelser i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg 2006 -2007

	2006	2007	Vækst i pct.
Operation for diskusprolaps	35.474.074	43.737.076	23,3
Hofte alloplastik	11.692.575	19.298.404	65,0
Knæ alloplastisk	16.210.632	35.679.174	120,1
Operation for grå stær	15.966.766	28.558.110	78,9
Mr skanninger	38.763.486	44.852.046	15,7

Kilde. Danske Regioner

I Tabel 9 fremgår de ressourcer som går fra Regionerne til de private sygehuse over et enkelt år på udvalgte operationstyper.

At der konstateres en så høj og ulige vækst i ressourcer som overføres til privathospitalerne kan indikere at privathospitalerne 'creemer' pati-

entmassen efter taksterne og efterlader de offentlige sygehuse med de 'tungere' typer af patientoperationer på en lang række områder. Når privathospitaler selv kan vælge hvilke operationer der udbydes er det *i sig selv* et problem, fordi ressourcerne ikke fordeles efter lægefaglige hensyn, men efter økonomiske hensyn. Jacob Kjellberg påpeger at det er nødvendigt med en opstartsfasen af et privatalternativt, som er økonomisk attraktivt for dem, men siger, at tiden måske er kommet til regulere taksterne Jacob Kjellberg 19/5 2008 (P1 morgen).

Ifølge professor Kjeld Møller Pedersen fra Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet har de offentlige sygehuse også en mulighed for at oprette såkaldte friklinikker. Dette værktøj betyder kort fortalt, at Regionerne opretter klinikker som frit kan tilbyde samme type behandlinger, som privatklinikkerne og derved gå mere i direkte konkurrence, påpeger professor Kjeld Møller

Pedersen og udtaler, at »Friklinikker er jo et effektivt værktøj. Man har haft én i det gamle Vejle Amt siden indførelse af det frie sygehusvalg, og her har man demonstreret, at de er effektive til at holde på patienterne og behandle patienter udefra. Det sammen gælder licitationer, som er en glimrende ide. Sygehusene og regionerne skal selvfølgelig udvise godt købmandskab, og det er sundt at få afprøvet, hvilken pris man kan få løst opgaven til.«(Dagens Medicin; 18/4 2008).

Ansætte flere læger, eller ændre lægernes honorar

Et andet alternativ, der også nævnes af lægefaglige organisationer påpeger at man bør øge optaget på lægefakulteterne og derved efterfølgende ansætte flere læger på sygehusene. Forklaringen er at jo flere læger der ansættes i systemet, vil betyde flere diagnoser og flere behandlinger og skyldes at lægen står helt centralt ved patientens behandlingsforløb. Lægen har i kraft af *viden* om patientens behov og lægens rolle i at *informere* patienten om patientens behov en helt central rolle og er ligeledes den der stiller patientens diagnose og har også monopol i behandlingen. Samlet set, er lægens rolle som agent en altoverskyggende faktor i systemet og er den eneste aktør med denne kompetence. Problemet med at ansætte flere læger er, at uddannelsen til læge tager meget lang tid og gør det næsten praktisk umuligt for politikerne, at planlægge på sigt. Planlægningen af optaget på lægefakultetet er en vanskelig politisk løsning i og med, at konsekvensen af flere studerende på lægefakultetet ikke løser problemer på kort sigt. Ifølge Sundhedsstyrelsen var der i 2005 ansat 11.563 læger på de offentlige sygehuse og dette tal *er* steget med 14,4 pct. siden 2000 (Sundhedsstyrelsen, Løn & Beskæftigelse 2000- 2005). Det vil sige, at løsningen med at ansætte flere læger allerede bruges som redskab. Det er bare ikke tilstrækkeligt i forhold til efterspørgselen.

Endelig kan politikerne også vælge at ændre i de praktiserende lægers *honorar*. Dette forslag er ikke politisk anført, men ligger som et 'stiltiende' accepteret forslag fra lægeforeninger. Honoraret til lægen er et incitament til at tage ekstravagter og flere timer og har vist sig at have en signifikant betydning for efterspørgselen og udbuddet af behandlinger på sygehusene. Lægen står som en central aktør i behandlingssystemet, fordi lægen sidder og derved i en dobbeltrolle som kan *nyttemaksimere* sin situation og forbedre sin indtjening ved at stille flere diagnoser og informere patienten ud fra egne økonomiske interesser. Når lægen foreskriver patienten en diagnose eller behandlingsforløb er det med risiko for, at det *også* gøres efter økonomiske motiver og hensyn og det faktum, at lægerne også agerer efter egne økonomiske hensyn er dokumenteret i tidligere studier, hvor man har analyseret konsekvenser af praktiserende lægers honorering. Dette viste sig ved, at man fandt en

signifikant ændret adfærd i behandlinger og ydelser, givet af ændringer i honoreringen (Krasnik, 1990; Alban; 1999). Man kan således ikke *afvise*, at lægens aflønning har en effekt på ventelister og produktionen i større eller mindre grad, fordi lægerne er helt centrale figurer på patienternes visitation, information og hele diagnose- og behandlingsforløbet. Hvis man forestillede sig, at man politisk ville komme ventelisterne til livs med at hæve lægernes honorar f.eks. vil være, at andre grupper i sundhedssystemet efterfølgende vil kræve mere i løn. Desuden kan man risikere, at man ikke opnår den ønskede effekt, eftersom mange læger antageligvis allerede arbejder mange timer og har mange vagter med de nuværende aflønninger.

Hvis man ser på et lidt mere skjult redskab, som politisk kan anvendes for at hæve aktiviteten er at tillade private klinikker på de offentlige sygehuse. Dette indeholder imidlertid en etisk problemstilling, som består i, at lægerne kan henvise patienterne til de private klinikker, som de enten selv arbejder i efter kl. 16 når de offentlige sygehuse er lukket, eller det er deres kollegaer. Løsningen kan give en mer-aktivitet på kort sigt, men sætter henvisningssystemet i et etisk dilemma og ifølge Sundhedsstyrelsen er den andel af læger som er tilknyttet privathospital og samtidig ansat på et offentligt hospital på 22, 7 pct. af alle privatansatte i 2004” (www.ft.dk)⁷.

Politiske tiltag for præventive behandlinger og øge tilskud til medicin

Politikerne kan ligeledes lave tiltag udenfor selve behandlingssystemet, som påvirker efterspørgslen og befolkningens sundhedstilstand som helhed. Et af disse tiltag går på, at den præventive behandling kan få større opmærksomhed i form af oplysningskampagner, kommunal støtte til mere idræt i skole på arbejdspladser og politikerne kan lave deciderede forbud som f.eks. rygeforbud. Endelig kan politikerne også skruer på moms og skattepolitikken på bestemte typer af madvarer. Problemet med disse løsninger er, at de ofte tager lang tid at se resultaterne af og har ofte sociale slagsider, hvor man ikke får alle grupper i samfundet med på vognen. Det er efterhånden et velkendt fænomen, at sundhed og sygdom har social slagside og såvel præventive behandlinger og kampagner har en tendens til ikke at nå mange socialt dårligt stillede grupper. Ser man på den præventive behandling er dette også rent politisk et vanskeligt område, hvor *effekter* og politiske *mål* ofte indeholder mange faktorer, som gør det vanskeligt at ‘sælge’ som politik. Med andre ord, er der ikke samme appeal i at gå i medierne med et forslag om at styrke den præventive indsats i forhold til selve behandlingssystemet.

⁷ Svar på sp. fra Sundhedsudvalget nr. 118 om L50

En sidste mulighed som her nævnes er, at man kan hæve eller sænke medicintilskuddet, hvor billigere medicinen, alt andet lige vil give færre indlæggelser og færre behandlinger på kort sigt. Problemet med denne løsning, er at mange vil tage unødvendigt medicin som på lidt længere sigt vil give utilsigtede konsekvenser for patienterne, såvel som samfundet. Et større medicintilskud vil ikke nødvendigvis betyde færre behandlinger, da mange også kun indtager det de er ordineret og forholder sig mest til lægens anvisninger.

Sundhedsforsikringer

Ser man på politikernes mulighed for, at basere hele, eller dele af sundhedsydelser på et forsikrings-system uden om det offentlige system er dette også en mulighed. Redskaberne kan være (som nu) at man gør det fradragsberettiget for arbejdsgiverne at give medarbejderne en sundhedsforsikring som et personalegode og som nedenstående tabel viser, er antallet af danskere med sundhedsforsikringer kraftigt stigende de senere år fra 141.000 i 2002 til 612.000 i 2006.

Tabel 9 Sundhedsforsikringer – hovedtal 2002 - 2006

År	2002	2003	2004	2005	2006	2002-2006
						% stigning
Antal forsikrede	141.000	246.000	306.000	473.000	612.000	434%
I statistikken indgår data for TrygVesta, Danica, Skandia, FSP, Pensiondanmark Topdanmark, PFA, Codan, IHI og Møhlholm.						
For enkelte selskaber er statistikken i nogle år baseret på skøn. Langt de fleste danskere har deres sundhedsforsikring gennem deres arbejde. 9 ud af 10 sundhedsforsikringer er betalt af arbejdsgiveren						
Kilde: Forsikring & Pension						

Når man som individ tegner en forsikring er det *under* forventning om, at man kan få behandling hurtigt og som påkrævet hvis uheldet er ude og Sundhedsforsikringer er et *kollektivt* baseret system, som bygger på, at de mange betaler for de få og kan være en fordel, hvis man frygter en lang venteliste eller en manglende behandling. Når så stort et antal danskere vælger at tegne en sundhedsforsikring og betale eller få betalt en forsikring har mange en forventning om at gøre brug af denne på et tidspunkt, eftersom policen er betalt og vil antageligvis påvirke efterspørgselen efter sundhedsydelser på lidt længere sigt.

Problemstrøm

I Kingdons teori er en politik betinget, af at blive knyttet på et problem, hvor han siger, at *"For a condition to be a problem, people must become convinced that something should be done to change it"* (Kingdon; 1984). Med dette kan man anføre, at forslaget om behandlingsgaranti blev en passende løsning, som søgte et problem at blive tilkoblet. Problemet i den sammenhæng er ikke underordnet, men tværtimod et velgennemtænkt afsluttende forhold, som har lige så høj en relevans som selve fremstillingen af forslaget. Problemstrømmen er en strategisk analytisk måde, at se forslagets overlevelse på. I den forbindelse kan der nævnes et hav af problemer, men et konkret problem som jeg har skønnet kunne være en af større opgaver. Netop problemet med ventelister er det redskab som skal overbevise befolkningen om at der er et problem der skal løses med en passende rettidig beslutning indenfor rammerne af politiske acceptable løsninger. I nedenstående diskussion problematikken med ventelisterne diskuteret.

Ventelister

Man kunne nævne et hav af problemer i hospitalssektoren, hvis man åbner en avis. Ikke så sjældent bliver der fremhævet et problem, som kan være personaleforbrug og manglende bevillinger. Der tales også om kvaliteten af behandlinger på hospitalerne og lovforslaget om behandlingsgaranti er især rettet mod, at give patienter en ret til frit at vælge et alternativ til det offentlige system. Ser man på et emne som medierne især beskæftiger sig med, kan *ventelister*, *ventetid* anføres som et altoverskyggende problem. Ventelisteproblematikken er i danske regi en stærk fælles variabel som diskuteres hyppigt i medierne i form af enkeltsager og som gengivelser af hele statistikker. Når medierne bringer ventelisted historier rummer dette både en *symbolik* i medier, som befolkningen hurtigt kan forholde sig til uden forudgående viden og er et konkret fænomen, som regeringen bliver målt på i forhold til deres politik. Man bør dog forholde sig til at ventelisteproblematikken er særdeles kompliceret affære, hvor information til patienter og opgørelse af ventetid i sammenhæng med patienternes adfærd og de praktiserende læger udgør et kompliceret samspil. Derudover er patientmassen en uhomogen størrelse med mange lidelser og behandlingsforløb. Ifølge en rapport fra Institut for Sundhedsvæsen fra 2004 er en venteliste defineret som: *"En venteliste består af de personer, der venter på elektiv (dvs. ikke-akut) hospitalsbehandling"*. Ventelister omfatter primært den del af ventetiden, der finder sted fra og med patienten er blevet henvist af sin praktiserende læge og til den endelige behandling på hospitalet og den mest almindelige proces i forbindelse med elektiv behandling er:

Fase 1: Patienten opfatter sig som syg og beslutter at søge medicinsk behandling → Konsultation hos den praktiserende læge → Fase 2: Den praktiserende læge beslutter at henvise til behandling → Konsultation i ambulatorium etc. → Fase 3: Den visiterende læge beslutter at visitere patienten til ventelisten → Patienten bliver indkaldt til behandling og behandles (Kilde: DSI, 2004).

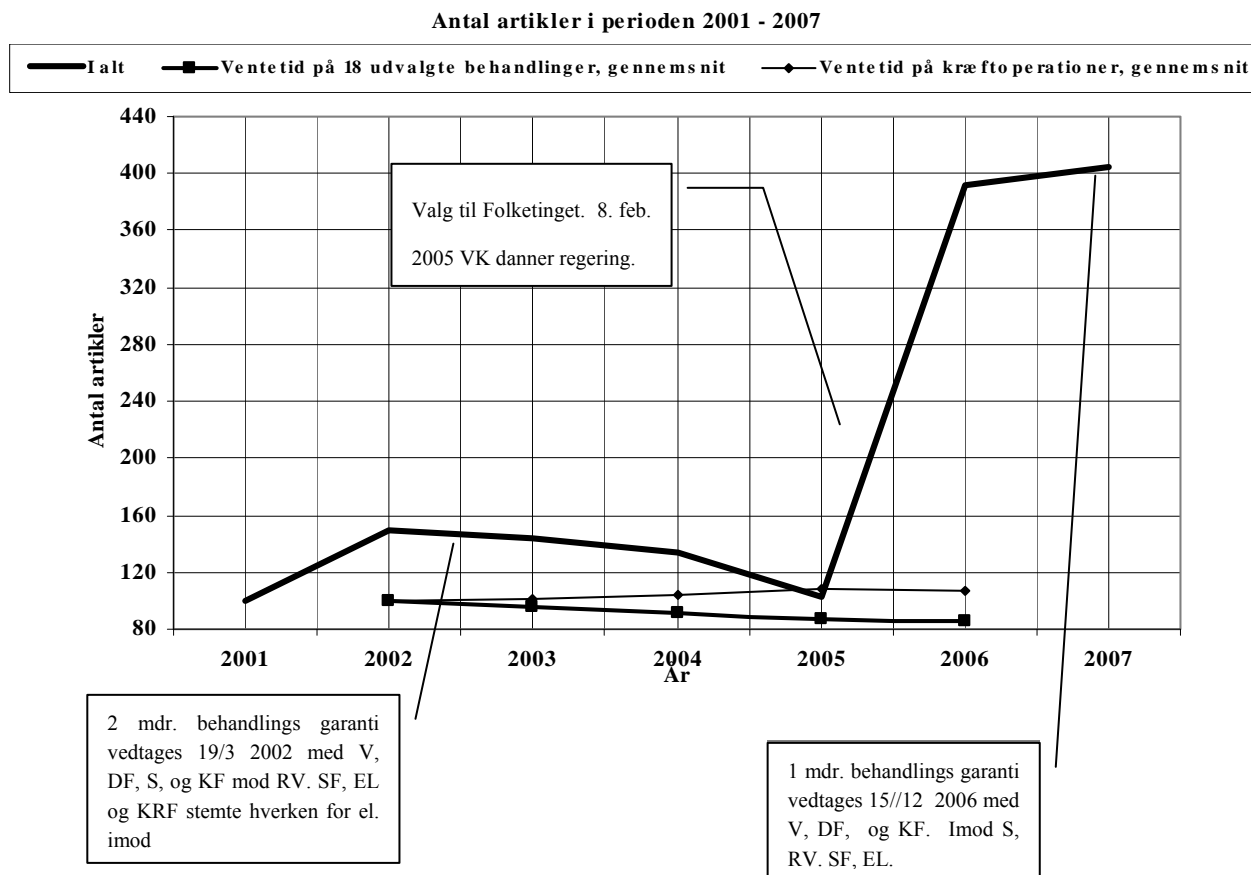
I ovenstående forløb kan patienten selv påvirke *hvor* hurtigt der opsøges læge, men især lægen kan ligeledes påvirke ventelisten, eftersom lægen anviser patienten videre i forløbet. Hvis der derfor er en overordnet behandlingsgaranti, vil det presse lægen og patienten *mere* i forhold til hvis der ikke var en behandlingsgaranti. Tiden til behandling har tidligere været afgjort ud fra patientens helbred, lidelsens alvor og et lægefagligt argument, men med behandlingsgarantien står den enkelte patient uanset lidelsens alvor, med en ret til behandling indenfor 1 mdr. Det vil sige, at sygehusene ikke kan prioritere ressourcerne efter lægefaglige skøn, men er nødt til at tænke i masseproduktion og effektivitet og ikke et lægefagligt skøn. En diskussion af ventelisteproblematikken er meget kompleks og ventelister er ikke en fast homogen pukkel af patienter, men har ofte meget uensartede lidelser og forløb, hvorved at personaleressourcerne er tvunget ud i ekstra hårde prioriteringer, hvor indlæggelsestider og effektivisering har topprioritet *uden* at gå på kompromis med kvaliteten.

Mediernes dagsorden

Når man vurderer politiske forandringer kan dette næsten ikke lade sig gøre uden at indtage medierne i en eller anden grad. Dette skyldes at medierne er et kommunikationsmiddel fra politikerne til borgerne, men medierne er også et selvstændigt fora som ind imellem formår at sætte en selvstændig dagsorden. Formålet i dette afsnit er, at se på medierne som repræsentative for den offentlige debat og kan således betragtes som aktør og arena i den politiske debat og i forbindelse med behandlingsgarantien er det hensigten at illustrere hvordan den offentlige debat har præget stemningen overfor regeringen. Indledningsvis har det været et formål, at illustrere hvor højt behandlingsgarantien har været placeret på mediernes dagsorden.

I nedenstående diagram og den efterfølgende tabel er de samlede antal artikler med ordet behandlingsgaranti gengivet over tid. Dette har jeg kombineret i diagrammet med udviklingen af ventetid til behandling på et hospital i samme periode og er udformet for at illustrere *om* mediernes dagsorden hænger sammen med problemstrømmen. Udviklingen i ventetid indeholder to kurver, hvor den ene er ventetid på udvalgte operationer og den anden kurve er udviklingen i ventetid til behandling for kræft.

Diagram 10 oversigt over antallet af artikler med behandlingsgaranti og ventelisteudvikling.



(Kilde: Infomedia, egne beregninger)

Diagrammet viser en indekseret udvikling på antallet af artikler og udviklingen i faktiske antal af uger på ventelister med afsæt i indeks 100= år 2001. Ser man på kurven med antallet af artikler ses det at det største udsving er i 2006 lige inden behandlingen af forslaget i Folketinget og blev diskuteret meget intenst i medierne, både som valgkampstema og helt op til vedtagelsen af forslaget i 2006. Den seneste debat om behandlingsgaranti førte til markant flere artikler i forhold til den sidste vedtagne behandlingsgaranti og viser, at medierne og den offentlige debat ved den første behandlingsgaranti ikke har været samlet om emnet og derfor ikke har været højt på mediernes dagsorden. Ser man på kurverne med ventelister viser de to forskellige tendenser. Dels er der kurven på kræftområdet som har en stigende tendens under hele perioden, mens det forholder sig modsat for kurven med 18 udvalgte behandlinger, men kurverne med ventetider har samlet set markant mindre udsving i forhold til mediernes gengivelse af behandlingsgarantien. I nedenstående tabel illustreres udvik-

lingen fra diagrammet i en tabel, for at illustrere udviklingen imellem de enkelte år med tal.

Tabel 11 Antal artikler i Infomedia i forskellige medier i perioden 2001 – 2007 og udvikling i ventetider.

Avis	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Sum 2001-2007 pr. avis	Pcr. Forskel 2001 - 2007
Berlingske Tidende	16	18	11	15	12	51	46	169	188
Ekstra Bladet	2	7	10	4	2	23	11	59	450
Jyllands Posten, Morgen	15	26	34	28	16	57	71	247	373
Politiken	17	24	17	20	21	65	74	238	335
I alt	50	75	72	67	51	196	202	713	304
Indeks aviser 2001=100	100	150	144	134	102	392	404		
Vægtet gnmst. efter oplagstal	13	20	19	18	13	51	53		
Ventetid, udvalgte operationer uger		22,9	21,8	20,9	19,9	19,7	20,6		-10
Ventetid kræft operationer, uger		3,4	3,4	3,5	3,6	3,8	3,7		7
Spredning imellem år, artikler								P værdi=	0,000122
Spredning imellem aviser								P værdi=	0,000011

Kilde: Danmarks Statistik, egne beregninger m. Excels dataanalyse
 Bemærk: Det vægtede gennemsnit er beregnet efter avisernes oplagstal, hvert enkelt år. Dermed tæller en artikel i i f.eks. Jyllands Posten med 0,31 og en artikel i Ekstra Bladet med 0,22 i 2001. Spredningen imellem år og aviser er en beregning af forskellen i variansen imellem år og aviser. For ventetider er pct. forskel fra 2002

I tabel 11 kan man se, at udviklingen i ventetider har langt mindre udsving i forhold til medierne og i forhold til de enkelte år. Ventetider for udvalgte operationer ligger i omegnen af 20 uger eller 5 mdr., hvilket afspejler at en ventetidsgaranti på 1 mdr. langt fra er opfyldt, men udviklingen i ventetiden viser en uensartet tendens som kan gå i begge retninger. Modsat forholder det sig indenfor kræftområdet, hvor det viser en *stigende* ventetid på 7 pct. fra 2001 – 2007. Men for kræftområdet viser de gennemsnitlige antal uger at ligge *under* 1 mdr. og viser at en så alvorlig sygdom bliver behandlet hurtigt.

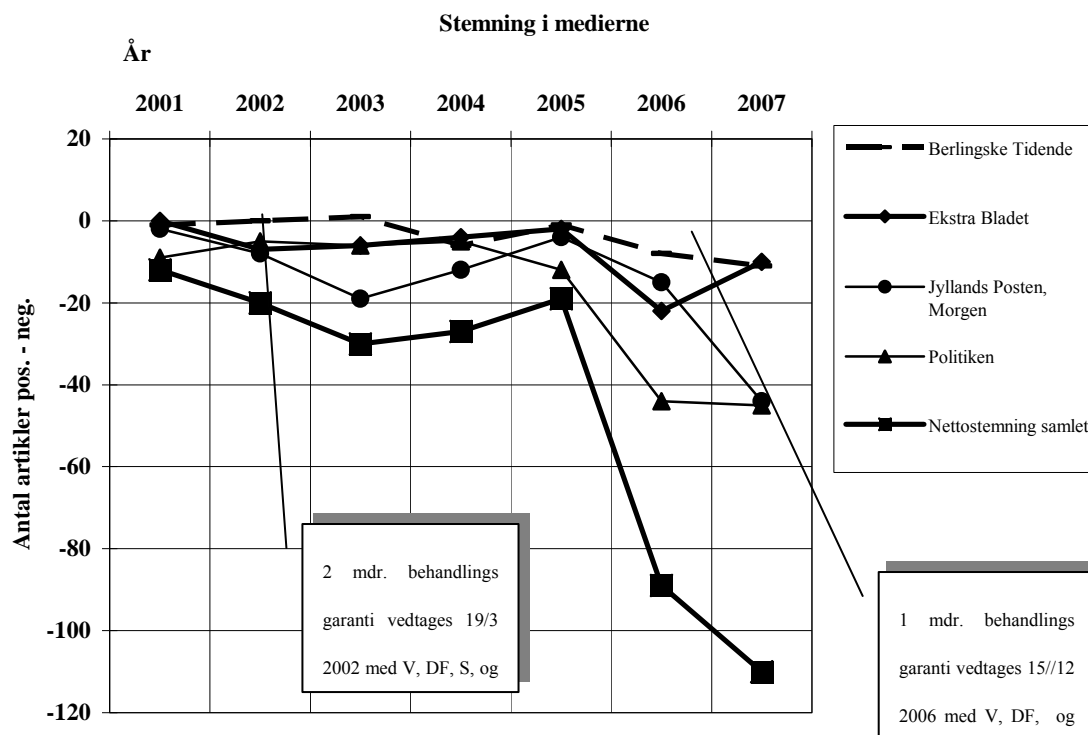
I Ekstra Bladet alene kan man se, at de har skrevet 450 pct. flere artikler i 2007 i forhold til 2001. I tabellen ses det, at samtlige medier har faldende tendens i antallet af artikler i perioden fra 2002 til 2005 med undtagelse af Politiken. Jyllands Posten har bragt flest artikler samlet med behandlingsgarantien og har den største procentuelle stigning (med undtagelse af Ekstra Bladet).

Ser man på mediernes gengivelse af behandlingsgarantien kan man opsummere, at forslaget generelt betragtet kom højere på mediernes dagsorden. Der blev dermed en skærpet opmærksomhed i medierne om forslaget og ser man på FT valget i 2005 blev det for alvor sat på dagsordenen i valgkampen op til vedtagelsen af forslaget.

Udover en optælling af artikler i de fire aviser har jeg også kodet artiklerne efter deres stemning. Dette giver et billede af de forskellige mediers stemning i forhold til *behandlingsgarantien*. Kodningen er foretaget ved det formål at illustrere mediernes holdning og præsentation af holdning til regeringens politik.

I nedenstående diagram ses mediernes stemningen i et indekseret diagram i forhold til behandlingsgarantien.

Diagram 12 Stemning i medier



Tabel 13 Nettostemning af artikler i perioden 2001 - 2007

År	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Avis	Nettostemning						
Berlingske Tidende	-1	0	1	-6	-1	-8	-11
Ekstra Bladet	0	-7	-6	-4	-2	-22	-10
Jyllands Posten, Morgen	-2	-8	-19	-12	-4	-15	-44
Politiken	-9	-5	-6	-5	-12	-44	-45
Nettostemning samlet	-12	-20	-30	-27	-19	-89	-110
Indeks nettostemning 2001=100	100	167	250	225	158	742	917
Artikler i alt m. behandlingsgaranti	50	75	72	67	51	196	202
Procentvise forhold nettostemning / artikler i alt	-0,24	-0,27	-0,42	-0,40	-0,37	-0,45	-0,54
Korrelation imellem nettostemning og antal artikler i alt. P = -0,985089							
Kilde: Infomedia, egne beregninger							

Opgørelsen i diagrammet og tabellen viser, at kritikken i medierne og især fra valgkampen i 2005 viser en stigende kritik med *flere* negative artikler og en mere negativ nettostemning. I selve kodningen gav denne et indtryk af en langt skarpere tone fra bla. oppositionspolitikere, som sætter de ideologiske toner op. Det vil sige, at oppositionen taler om lighed og ulighed i samfundet, hvorimod Venstre og regeringen taler om *ret* til patienterne.

I forhold til valgkampen fra 2005 og frem til forslagets vedtagelse kommer der også flere fagprofessionelle aktører på banen, hvor den ellers regeringsloyale avis med Berlingske Tidende viser en meget rammende overskrift fra 9/ 6 2007 »*Overlæger i fælles kamp mod ny behandlingsgaranti*« og Berlingske Tidende 8/3 2007 »*Patientforeninger, I orden at forskelsbehandle. Drop garantien*«. Dette viser at aktører i systemet og interesseorganisationer i højere grad går til kamp i offentligheden *imod* behandlingsgarantien og der tilkendes en langt større modstand generelt i samtlige aviser i undersøgelsen. Nettostemningen afspejler to ting i medierne, hvis man ser det over perioden 2001 til vedtagelsen af den seneste garanti i 2006. Før det første var kritikken størst ved den seneste behandlingsgaranti og udviklingen fra 2001 indtil 2005 viser først en stigning i de negative artikler for derefter at falde igen og først efter 2005 bliver kritikken for alvor markant, hvor regeringen får den offentlige debat vendt imod sig ved behandlingsgarantien. Den offentlige modstand ved den sidste vedtagne behandlingsgaranti viser en udbredt modstand på alle medier og tendensen i medierne peger imod regeringens forslag på dette område.

Opsummering af analysen i forhold til Kingdon.

Når man ser på forslagsstrømmene, den politiske strøm og problemerne i forhold til behandlingsgarantien kan man anføre, at forslaget om behandlingsgaranti har forfulgt de strømninger som har været i befolkningen og de politiske strømninger. Dette vises ved at behandlingsgaranti *ikke* fører til øget egenbetaling fra befolkningen og *forfølger* et ideal fra befolkningen om en garanteret ventetid. Derudover viser analysen af forslaget om behandlingsgaranti har forfulgt regeringens politiske spor på et ideologisk plan og i den administrative styringslogik af den offentlige sektor med at gøre offentlig service efterspørgselsorienteret. Ser man på *eksperterne* og oppositionen er forslaget om behandlingsgaranti derimod i modvind og har vist, at der i lovprocessen var en stor modstand, som principielt kunne føre til at forslaget ikke blev besluttet. Men problemet i oppositionen og i øvrigt fra de alternative eksperter uden for det politiske liv, er at de *ikke* har været i stand til at sætte en alternativ dagsorden til forslaget. Modstanden fra eksperterne viser sig mere rettet mod de tekniske

problemer i behandlingsgarantien og de problemer som hospitalerne internt har i prioriteringer af patienter. Oppositionen i Folketinget taler derimod om personalemangel og u hensigtsmæssigt resourceforbrug på området, men der er ingen umiddelbare koblinger til eksperternes alternativer og oppositionens modstand. Forklaringen er, at partierne generelt støtter op om en kortere behandlingstid, men er uenige om metoden og udover at oppositionen og eksperterne er imod behandlingsgarantien er det helt centrale, at *alternativerne* aldrig stilles eller virker realistiske i den sammenhæng.

I beslutningsprocessen kan man også via medierne få en fornemmelse om, at der efterhånden kommer flere aktører på banen og giver deres mening til kende. Det kan være læger, patientforeninger og andre relaterede grupper, eller grupper med interesse i sundhedspolitiske problemstillinger.

Ser man på hvilke problemer behandlingsgarantien er koblet op på, viser analysen at regeringen tilkendegiver at behandlingsgarantien også kan løse problemer med ventelisterne. Men her taler realiteterne i ventetiderne på kræftområdet, imod den argumentation. Ser man på den udvikling i ventelisterne generelt har behandlingsgarantien en minimal virkning, men koblingen af behandlingsgaranti til problemer med ventelister, er måske det vigtigste element i den politiske dagsordenfastsættelse. Når man ser på den offentlige debat via medierne viser analysen at forslaget især kommer under kraftig kritik fra 2005 og frem. Dette har givet et pres på regeringens dagsorden og fremprovokerede reaktioner fra oppositionen og de fag- professionelle til at tage modstanden imod forslaget på deres dagsorden. Mediernes dagsorden har ikke haft en påvirkning på det konkrete forslag i Folketinget, men har med al sandsynlighed lagt et større pres på regeringen og presset på forslaget kommer især til udtryk ved det sidste forslag om behandlingsgaranti.

Analysen viser, at man kan tydelige elementer af Kingdons teori. Dette understreges af at forslaget ligger i god jord hos befolkningen, men i modvind hos 'systemet' og de fag – professionelle af flere årsager. Ser man på systemets modstand først lægger behandlingsgarantien en binding på muligheden for at prioritere internt på de offentlige hospitaler efter individuelle organisatoriske forhold, hvor man internt kan handle patienterne med andre hospitaler. Ser man på en anden del af systemet med afsæt i regionerne er problemet med behandlingsgarantien, at de skal betale penge til privathospitalerne som man alternativt kunne bruge i regionen til at behandle patienterne. En behandlingsgaranti på 1 mdr. er så stram, at det for mange typer af behandlinger er vanskeligt at overholde.

Politik som læring i koalitioner

Hvis man ser på besvarelsen af problemformuleringen med afsæt i Sabatier & Jenkins-Smith *koalitionsteori* kan man indledningsvis stille spørgsmål om man har opnået og brugt læring i eksisterende koalitioner til at stille forslag om behandlingsgaranti på 1 mdr? I så fald hvilke erfaringer tillægger man værdi? Hvilke holdninger har patientforeninger med interesse i sundhedspolitikken haft til forslaget og har patientforeningerne kunne bruge deres stigende magt i forhold til forslaget om behandlingsgaranti?

Hvis man ser på politiske forandringer som et resultat af koalitioner læring kan det forklare hvilke elementer man kan fokusere på og hvis man ser på den 'normale' politiske koalition i Folketinget, bestående af Socialdemokratiet, SF, Enh. Og til dels også RV kan det konkluderes at denne koalition er *enige* om modstanden mod behandlingsgarantien. Denne koalition forsvare velfærdssystemet, bestående af de gamle amter og regionerne, de offentlige hospitaler og et stort vælgersegment der består af offentligt ansatte, samt arbejdere tilhørende i den lavere lønskala. Kendetegnet ved denne koalition er, at den forvarer velfærdsstatens institutioner og autonomi, heri også at velfærdsområder som behandling af syge skal foregå i et offentligt regi og grundlæggende vil denne koalition fremme udviklingen af de offentlige hospitaler frem for de private hospitaler og anser behandlingsgarantien for et urimeligt redskab overfor de offentlige hospitaler, som både skal tage sig af de vanskelige behandlinger og akutberedskabet.

Den anden koalition som kan opridses er VK regeringen med støtte fra DF, privathospitalerne, forsikringsselskaberne og erhvervslivet i øvrigt, samt store dele af det borgerlige vælgersegment. Denne koalition står med andre motiver overfor den første koalition og anser behandlingsgarantien, som et ideologisk redskab til at fremme konkurrence og dynamik. Den borgerlige koalition anser markedet for at være bedre til at løse udfordringerne i sundhedssystemet og ønsker at der er et reelt alternativ til det offentlige system. Den borgerlige koalition anser privathospitalerne for at være en del af løsningen af problemer med ventelister og tiltag som fremmer udviklingen af privathospitalerne er alt andet lige en del af politikken hos regeringen.

Koalitionsteoriens særlige kendetegn, er at den ser ud over de snævre koalitioner i Folketinget og inddrager hele det politiske system og det vanskelige ved at bruge teorien empirisk er, at man nød-

vendigvis må vælge en kraftig afgrænsning, eftersom det hurtigt bliver praktisk umuligt. Ikke desto mindre er teorien interessant fordi den ser på politiske forandringer som strukturelle forandringer, hvor hele systemet flytter de politiske holdninger.

Læring af tidligere behandlingsgaranti

Indledningsvis kan man spørge hvilke erfaringer man har gjort sig med behandlingsgarantier i ind og udlandet. For det første er behandlingsgaranti ikke et nyt og uafprøvet fænomen. Man har afprøvet behandlingsgaranti i flere lande med succes og havde således set et svensk resultat ved indførelse af ventetidsgaranti på 3 mdr. set at dette medførte et fald i patienter der ventede mere end 3 mdr. fra 50 pct. til 6 pct. året efter (DSI rapport 2004: 07). I Danmark havde man ligeledes også indført en ventetidsgaranti på 2 mdr. fra 2002 og lignende tiltag på f.eks. kræftområdet er afprøvet i 90erne i Danmark med en delvis succes og den enkelte vil alt andet lige stå med en forbedret mulighed frem for, at der ingen garanti er. I selve fremstillingen af lovforslaget begrundes det også med, at være en *opfølgning* af tidligere politik, med følgende sætning »I regeringsgrundlaget fra februar 2005 har regeringen som et af sine nye mål at nedsætte fristen til sygehusbehandling efter den udvidede fritvalgsordning fra 2 måneder til 1 måned. Som opfølgning herpå foreslår regeringen indførelse af en 1 månedes behandlingsfrist, der sigter mod, at flest mulige patienter skal have et behandlingstilbud hurtigst muligt« (lovforslag fra ministeren, 25/10 2006; ft.dk). Andre i oppositionen ville nok anføre andre erfaringer med behandlingsgarantien, at de økonomiske *erfaringer* har betydet at siden 2002 har brugt 1,5 mia. kr. på at henvise patienter til behandling på privathospitalerne fra de offentlige hospitaler. Behandlingsgarantien er dermed benyttet af 120.000 patienter i perioden som helhed og spørgsmålet er om pengene ville være sparet hvis ikke man havde en behandlingsgaranti og i stedet kunne behandle patienterne efter en mere fleksibel prioritering. Andre erfaringer man kan gjort sig med behandlingsgarantien i Danmark har betydet et større pres på det offentlige sundhæsvæsen generelt, som følge af en øget aktivitet og behandlingsgarantien har med al sandsynlighed betydet en del omprioriteringer på hospitalerne og øget travlhed.

Man kan sammenfatte erfaringerne med tidligere behandlingsgaranti med at det giver mere aktivitet på privathospitalerne og flere behandlinger. Men garantien har også betydet at regionerne har fået et større udgiftspres som de ikke kan styre og de offentlige hospitaler ikke drosler ikke ned for aktiviteten.

Patientforeningernes fremkomst

Under denne overskrift ligger der en antagelse om, at patientforeningerne, endnu står uden det helt store gennembrud overfor de politiske beslutningstagere. Hvorfor har patientforeninger i Danmark succes og tror stadig på et afgørende område. Patientforeningerne har med deres udvikling en stigende medlemsskare, en stigende pengekasse og en stigende oprustning i kommunikationen og påvirkning overfor de politiske magthavere og ser man overordnet på patientforeningerne I Danmark, er der ifølge netpatient.dk en oversigt over i alt 213⁸ patientforeninger, som er organiseret efter navnet efter deres pågældende lidelse. 13 af disse patientforeninger er organiseret i en paraplyorganisation under navnet Danske Patienter med tilsammen over 700.000 medlemmer og Kræftens Bekæmpelse har alene fra perioden 2001 til 2006 gået fra 249.593 medlemmer i 2001 til 362.459 i 2006, eller en fremgang på 45, 2 pct. (www.cancer.dk). Ser man på Kræftens Bekæmpelses *ressourcer* har foreningen samlet set haft indtægter for 403 mio.kr. i 2006, og indsamlingsresultaterne fra 1997 til 2006 er gået fra 14,6 mio.kr. til 27,7 mio.kr.

Man kan altså konstatere, at Kræftens Bekæmpelse har mange medlemmer og har fået flere medlemmer og flere ressourcer over en forholdsvis kort periode og eksemplet med Kræftens bekæmpelse har jeg anset som en *general* tendens for alle patientforeningerne, eftersom der aldrig har været flere medlemmer før i patientforeninger samlet set med så store ressourcer. Modsat står partierne i dag med et faldende medlemstal med stadig færre medlemmer og faldende partiaktivitet til følge. Denne antagelse bygger jeg på, at partiernes medlemstal er faldende over en lang periode (Bille; 1993). Patientforeningerne opruster desuden deres organisationer med professionel styring og påvirker i stigende grad mediernes dagsorden med professionaliseret kommunikation. Konkret kan dette ses med udtalelser som organisation i medierne, hvor patientforeningerne i stigende grad synes at sætte flere dagsordener og patientforeningerne agerer som en politisk *subsystem* og magtfaktor i det politiske system (Ugebrevet Mandag Morgen 8/9 2008). Patientforeningerne kan desuden påvirke det politiske system med forskningsmidler, uddannelse og ansættelse af personale og kan også påvirke det politiske system ved at deltage i høringer, sende materiale til Folketingets medlemmer, samt deltage i mediedebatten, som talerør for mange medlemmer. KB men anfører officielt også at strategien til at nå målet med bedre kræftbehandlinger, er ”påvirke beslutningstagere og befolkning

⁸ Patientforeningerne er optalt via hjemmesiden www.netpatient.dk

i aktiv dialog” (cancer.dk). Dermed har foreningen et klart mål om at påvirke politikerne i Folketinget med deres interesser. Men Kræftens Bekæmpelses magt er også vanskelig at vurdere formelt, idet den ikke er repræsenteret i Folketinget, den er heller ikke knyttet op på en ideologi om hele samfundets indretning, som et politisk parti er og endelig har foreningen et ret begrænset område at bevæge sig på ved kun at forholde sig til et specifikt område. Derudover er det et teknisk besværligt område, som kræver langtidsplanlægning og koordination der endnu mest ligger ude på hospitalerne. Dermed er den politiske indflydelse som der kunne være begrænset af politikernes råderum.

Et af spørgsmålene som jeg har stillet til politiske subsystemer er om patientforeningerne kan siges at have påvirket politikerne til at sætte behandlingsgarantien på dagsordenen? Denne antagelse bygger jeg på tre væsentlige forhold. For det første skal man forholde sig til om patientforeningerne rent faktisk bruger deres magt til at påvirke de politiske beslutningstagere. Dette har jeg undersøgt via en mail til medlemmerne i Sundhedsudvalget i Folketinget (se bilag XX). Undersøgelsens resultater viser generelt at henvendelser fra patientforeninger over tid med undtagelse af en respondent, svarer at henvendelser fra patientforeninger igennem tiden er *steget*. Men der er usikkerhed og manglende svar på hvor mange henvendelser de får, hvor det svinger fra 2-3 pr. måned til 20-30 pr. måned. Ser man på spørgsmålet om medlemmerne vurderer magten til at være stigende, viser det sig at være neutral eller mindre og kun en enkelt vurderer magten fra patientforeningerne som stor. Jeg har også spurgt om typer af sager og metoden til at henvende sig og her benytter foreningerne sig af et bredt spektrum af sager, med enkelt cases, såvel som holdning til hele sundhedsområder og patientforeningernes henvendelse foregår ofte første via mail, som det anvendte kommunikationsmiddel.

Ser man på patientforeningernes holdning til *behandlingsgarantien* er det overvejende positivt, som er gengivet i en artikel fra Jyllands Posten fra 26/11 2006, hvor Kræftens Bekæmpelse anfører en positiv holdning til behandlingsgarantien, men holdningen hos KB forandrer sig også over tid, hvor det i en artikel fra 8/3 2007 anføres at behandlingsgarantien burde droppes. Man kan sige, at Kræftens bekæmpelse som mål har at forbedre kræftpatienters vilkår, men forholder sig pragmatisk til virkeligheden, hvor flere og flere patienter må vente længere på at komme i behandling for kræft (se tidligere diagram vedr. ventetider på kræft).

Endelig skal man vurdere om patientforeninger har mål og værdier som er i overensstemmelse med

politiske *kerneverdier*. Til dette synes der at være to svar, hvor der er enighed med en række mål i behandlingssystemet, bedre behandling etc. På den anden side er der i regeringen og oppositionen en fortsat bred enighed om, at de offentlige institutionerne skal styres politisk og interesse-mæssigt uafhængigt. Dermed har politikerne fortsat et mål om at bibeholde sundhedspolitiske prioriteringer indenfor statens styring og sikre objektive hensyn. Man kan sige, at patientforeninger på lange stræk har samme delmål, men har forskellige tilgange til udfordringerne.

Opsummering af analysen i forhold til Sabatier & Jenkins-Smith

Når man ser på forslaget om behandlingsgaranti på 1 mdr. ud fra Sabatier & Jenkins-Smiths teori synes der at være følgende antagelser gældende. Den første antagelse kan være, at forslaget om behandlingsgaranti udspringer af en tidligere politik på området. Dermed menes, at den tidligere lov om behandlingsgaranti på 2 mdr. *ikke* gav massiv politisk modstand i Folketinget fra andre partier og Socialdemokratiet støttede endda forslaget. Derved kunne det forholdsvis nemt vedtages. Ser man på mediernes og eksperternes vurdering af den tidligere behandlingsgaranti har der ikke været nogen nævneværdig protest, hvilket kan antages at være en succes i sig selv. Endelig kan det ikke *afvises* at den tidligere behandlingsgaranti rent faktisk har betydet, at færre patienter venter på behandlinger indenfor de 'lette' områder, som især privathospitalerne har kunnet udføre. Dette har igen givet en øget aktivitet på hospitalerne som nok har betydet ekstra ressourceforbrug, men også betydet flere tilbud til patienterne. Man kan også anføre, at der i den første behandlingsgaranti var en ret for patienterne generelt, hvilket alt andet lige må ses som en forbedring af patienternes status.

Den anden antagelse som også udspringer fra teorien tager sit afsæt ud fra patientforeningerne i Danmark, som en del af det politiske system. Det kan diskuteres om det er rigtigt at gøre, men med afsæt i SBJ teorien er patientforeninger anset som et *subsystem* til det politiske system. Patientforeningerne antages ikke af medlemmerne at udgøre en magtfaktor, men ser man på foreningernes ressourcer og strategier, synes det klart at patientforeningerne får mere og mere magt på grund af større tilstrømning.

Konklusion

Med baggrund i de to valgte teorier har jeg besvaret problemformuleringen. Problemformuleringens spørgsmål er: *Hvorfor liberaliseres hospitalssektoren, således at antallet af privathospitaler øges, når der er folkelig opbakning til et offentligt sundhedsvæsen med lige og fri adgang?*

Besvarelsen af problemformuleringen indeholder en række forbehold inden man kan svare endegyldigt på spørgsmålet. Det første forbehold omhandler vurderingen af beslutningsprocessen, som er indsnævret til at vurdere behandlingen af lovforslagene i folketingssalen. Dette kunne udvides til også at omfatte behandlingen i sundhedsudvalget og kunne omfatte et bredere perspektiv end bemærkningerne i folketingssalen. Man kunne f.eks. inddrage §20 spørgsmål og antallet af ændringsforslag, samt en lang række af de øvrige dokumenter der kan findes i behandlingen af lovforslaget. Et andet forbehold der også kan tages omhandler mediernes dagsorden, hvor man kunne undersøge flere elementer, som f.eks. antallet af artikler vedrørende ventelister og andre udvalgte problemer på og i forbindelse med hospitalerne. Dette kunne understrege Kingdons teori med hensyn til et møde mellem strømme.

Udover disse forbehold synes det klart, at behandlingsgarantien har elementer af Kingdons teori i processen. Dette er især gældende ved et emnes vej op igennem de forskellige dagsordener, som til sidst ender helt oppe på den politiske beslutningsdagsorden og her synes Kingdons teori, at være dækkende for besvarelsen af problemformuleringen.

Ser man på Sabatier & Jenkins-Smiths teori for politikkers forandring virker som en plausibel forklaring på, at også større ændringer i det politiske 'system' påvirker regeringen til at indføre behandlingsgaranti. SBJ teorier for læring i koalitioner kan siges at være gældende, fordi forslaget er en videre udvikling af en tidligere garanti med en lille forbedring.

Litteratur

- Alban, Anita & Danneskiold-Samsøe Bent, Kjellberg Jacob, et al. *Sundhedsøkonomi, principper og perspektiver*, DSI Institut for Sundhedsvæsen, genoptryk af 3. oplag 2006
- Devaus, David: *Research Design in Social Research*, SAGE Publications, 2003
- Pierson, Christopher & Castels G, Francis: *The Welfare State Reader*, Polity Press 2000
- Goul Andersen, Jørgen & Borre, Ole: *Politisk Forandring – Værdipolitik og nye skillelinjer ved folketingsvalget 2001*, Forfatterne og Systime 2003
- Andersen, Johannes & Goul Andersen, Jørgen, Borre, Ole: *Vælgere med omtanke – en analyse af folketingsvalget 1998*, Hans Jørgen Nielsen og Forlaget Systime A/S 1999
- Johnson, Norman (1987) *The Welfare State In Transition: The Theory and Practice of Welfare Pluralism*. Brighton: Wheatsheaf Books Ltd.
- Kingdon, John W. : *Agendas, Alternatives and Public Policies*, University of Michigan, 1984
- Kjøller M., Juel K., Kamper-Jørgensen F.: *Folkesundhedsrapporten 2007*, Statens Institut for Folkesundhed, 2007
- Sabatier, Paul A, Jenkins- Smith, Hank C: *Evaluating the Advocacy Coalition Framework*, Journal of Public Policy, Vol. 14 Apr. 1994 pp. 175-203
- Vrangbæk, Karsten: *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne? - Ventetidsgarantier til sygehusbehandling*, Magtudredningen og forfatteren 2004, Aarhus Universitet 2004
- Epinion: *Holdninger til tilkøbsydelse i sundhedsvæsenet*, Rapport – Epinion A/S 27/11 2006
- Bille, Lars & Elklit, Jørgen: *Partiernes medlemmer*, Magtudredningen, forfatterne og Aarhus Universitetsforlag 2004
- Djøfbladet feb. 2008; *Medlemsblad for Danmarks Jurist- og Økonomforbund*, Gothersgade 133, Postboks 2126 1015 København K
- Frølund Thomsen, Jens Peter: *Moderne Politikbegreber. Introduktion til systemanalyse, marxisme, diskursanalyse*. Århus, Systime pp 23-32, 1997
- Vedung, Evert: *Utvärdering i politik och förvaltning*, 2. opl. Evert Vedung och Studentlitteratur 1998
- Østerud, Øyvind: *Statsvitenskap, Innføring i politisk analyse*, 3. udg. 2. opl. 2003, Universitetsforlaget 2002
- Gaarde Madsen, Jacob: *Mediernes konstruktion af flygtninge- og indvandrerspørgsmålet* AKA-

PRINT A/S, Århus, 2004

www dokumenter:

Retsinformation: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=10074#A1> den 28. april 2008

Danmarks Statistik: (Avisernes oplagstal)

http://www.dst.dk/Statistik/ags/tiaar/Rettelser/ST_2006.aspx 1. juni 2008

Database for artikeldatabase: www.infomedia.dk i perioden 2. juni – 16. juni 2008

Dansk Data Arkiv: <http://ddd.dda.dk/ddakatalog/ddppdf/dok18184.pdf> den 29. april 2008

Danske Regioner:

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/Nyheder%20april%202008/Offentlig%20betalt%20behandling%20p-aa-%20private%20sygehuse%20vokser.aspx> den 30. maj 2008

Danske Regioner: *Nyhedsbrev juni 2008*

<http://www.regioner.dk/upload/filer/nyhedsbrevet/nyhedsbrevnr11.pdf>

Det Danske Valgprojekt: *Nyt om 2007 valget (foreløbige analyser)* www.valg.aau.dk ,

<http://www.valg.aau.dk/valg2007/analyser.htm> den 1. juli 2008

Aalborg Universitets databank fra valgundersøgelser på www.surveybank.aau.dk den 7. maj 2008

LO's Ugebrevet A4:

<http://www.ugebreveta4.dk/2007/39/Baggrundoganalyse/PrivatSundhedsbehandlingBoomer.aspx>

Den 13. maj 2008

Dagens Medicin, Uafhængig nyhedsavis om sundhedssektoren: *om DRG takster*

<http://www.dagensmedicin.dk/search.xml?query=DRG%20takster&page=2> den 8. juni 2008

Dagens Medicin: <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2008/04/18/ekspert-regionerne-ligger-/index.xml> 16/8 2008

UncleFeds Tax Board: <http://unclefed.com/EduStuff/AmGovt/index.html> - link Congressional Rules and Procedures page 26 - 33

Working Papers:

Goul Andersen, Jørgen: *Affluence and Welfare State Transformations. Social Policy Change in Denmark, 1993-2007*, Centre for Comparative Welfare Studies, CCWS Working paper no. 2007-55

Goul Andersen, Jørgen: *Impact of Public Policies: Economic Effects, Social Effects, and Policy Feedback. A Framework for Analysis*, CCWS Working paper no. 2007-53

Goul Andersen, Jørgen: *Borgerne og sygehusene- bekymringskultur, individualisering, privatisering*, Center for Komparative Velfærdsstatsstudier (CCWS), august 2000

Green-Pedersen, Christoffer: *The Dependent Variable Problem within the Study of Welfare State Retrenchment: Defining the problem and looking for solutions*, Department of Political Science University of Aarhus, 2002, 26

Møller Pedersen, Kjeld: *Private syge- og sundhedsforsikringer: Løsning eller problem?*, Bragt i Social Politik, nr. 3, juni 2007

Jønsson, R: *Partiernes kommunikationsressourcer og strategier frem mod næste valg*. Notat for ugebladet A4. Marts 2003.

Andet:

Danmarks Radio: på www.dr.dk hentet 16/ 8 2008

Danmarks Radio:

CD-rom

Gyldendal 2006

Bilag 1 Optælling af medier

<i>Avisernes oplag</i>	2001	2002	2003	2004	2005
Hverdagsoplag 1. halvår, i tusinde	1453	1430	1378	1352	1288
Søndagsoplag 1. halvår, i tusinde	1360	1325	1251	1184	1162

	2001	2002	2003	2004	2005
<i>Dagligt oplag i tusinde</i>					
	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel
Berlingske Tidende	152 0,26	149 0,25	142 0,25	130 0,25	126 0,25
Ekstra Bladet	127 0,22	119 0,20	110 0,20	106 0,20	105 0,21
Jyllands Posten, Morgen	180 0,31	180 0,31	172 0,31	158 0,30	150 0,29
Politiken	142 0,24	142 0,24	137 0,24	134 0,25	129 0,25
	1,02	1,00	1,00	1,00	1,00
I alt	601	590	561	528	510
Gennemsnit	150	148	140	132	128

Kilde: Danmarks Statistik [http://www.dst.dk/upload/rettet s. 38.pdf](http://www.dst.dk/upload/rettet_s_38.pdf)

Optælling

	Behandlingsgaranti																											
	År 2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007			
	Pos	Neu	Neg	N	Pos	Neu	Neg	N	Pos	Neu	Neg	N	Pos	Neu	Neg	N	Pos	Neu	Neg	N	Pos	Neu	Neg	N	Pos	Neu	Neg	N
Avis																												
Berlingske Tidende	6	3	7	16	5	8	5	18	4	4	3	11	2	5	8	15	3	5	4	12	16	11	24	51	7	21	18	46
Ekstra Bladet	1	0	1	2	0	0	7	7	1	2	7	10	0	0	4	4	0	0	2	2	0	1	22	23	0	1	10	11
Jyllands Posten, Morgen	5	3	7	15	3	12	11	26	3	9	22	34	1	14	13	28	5	2	9	16	15	12	30	57	6	15	50	71
Politiken	2	4	11	17	5	9	10	24	1	9	7	17	5	5	10	20	4	1	16	21	2	17	46	65	8	13	53	74
I alt	14	10	26	50	13	29	33	75	9	24	39	72	8	24	35	67	12	8	31	51	33	41	122	196	21	50	131	202
Gennemsnit	4	3	7	13	3	7	8	19	2	6	10	18	2	6	9	17	3	2	8	13	8	10	31	49	5	13	33	51
Vægtet gnmst. efter oplagstal	4	3	7	13	3	8	8	20	2	6	11	19	2	7	9	18	3	2	8	13	9	11	31	51	6	13	35	53

Infomediasøgning:

Bemærk: I år 2001 tælles det først fra 1. november, hvor VK regering tiltrådte
 2006 og 2007 bruger oplagstal fra 2005

I alt samlet alle år 713

Bilag 2 Taler i 1. og 2. behandling af L 50 og L 64

1. behandling L 50

Antal af Parti	Parti							
Navn	DF	EL	KF	RV	S	SF	V	Hovedtotal
Anne Bastrup							4	4
Birgitte Josefsen							13	13
Birthe Skaarup	12							12
Charlotte Fischer				10				10
Helle Sjelle			11					11
Lars Løkke (minister)							10	10
Lise Von Seelen					10			10
Lone Møller					8			8
Per Clausen		9						9
Hovedtotal	12	9	11	10	18	4	23	87

1. behandling L 64

Antal af Parti	Parti							
Navn	DF	E	K	R	S	SF	V	Hovedtotal
Birthe Skaarup	7							7
Else Theill Sørensen			3					3
Jette Bergenholz Bastrup						5		5
Jørgen Winther							4	4
Lars Løkke (minister)							3	3
Lene Garsdal					3	6		9
Line Barfod		6						6
Lone Møller						3		3
Naser Khader						3		3
Tove Videbæk				1				1
Hovedtotal	7	6	3	1	3	11	6	44

2. behandling L 50

Antal af Parti	Parti						Hovedtotal
Navn	DF	EL	RV	S	SF	V	
Anne Baastrup					12		12
Birgitte Josefsen						28	28
Birthe Skaarup	18						18
Charlotte Fischer			14				14
Karen Hækkerup				3			3
Lars Løkke (minister)						14	14
Lise Von Seelen				14			14
Lone Møller				11			11
Per Clausen		11					11
Hovedtotal	18	11	14	28	12	42	125

2. behandling L 64

Antal af Parti	Parti						Hovedtotal
Navn	DF	EL	KRF	RV	S	V	
Jette Bergenholz Bau- trup					1		1
Jørgen Winther						2	2
Kristian Thuesen Dahl	3						3
Line Barfod		1					1
Lone Møller					1		1
Marianne Jelved				2			2
Marianne Jelved				1			1
Tove Videbæk				1			1
Hovedtotal	3	1	1	3	2	2	12

Bilag 3 spørgsmål til Sundhedsudvalgets medlemmer:

Krydset i boksen angiver hvem der har svaret på min mailhenvendelse:

Venstre		Dansk Folkepar- ti		Udenfor Folke- tingsgrup- perne		Det Konserva- tive Folkeparti		Socialdemokraterne		SF		Det Radikale Venstre		Enhedslisten
Louise Schack Elholm		Liselott Blixt	x	Pia Christ- mas- Møller		Vivi Kier		Jens Peter Verner- sen		Karl H. Bornhöft		Lone Dybkjæf		Per Clau- sen
Preben Rudien- gaard	x	Karin Nød- gaard	x					Flemming Møller Mortensen		Kamal Qureshi				
Birgitte Josefsen								Karen J. Klint	x	Lone Dybkjær				
Sophie Løhde	x							Lene Hansen		Per Clausen				
Anne-Mette Winther Christiansen														
	2		2						1					
<p>Bemærk: Af sundhedsudvalgets samlede antal medlemmer på i alt 19 medlemmer har 5 valgt at besvare min henvendelse, eller en svarprocent på 26,3 pct. hvilket er i underkanten af at være repræsentativt. Dette forbehold taget i betragtning er svarprocentent alligevel pæn i forhold til, at henvendelsen er foregået på mail og kun med én henvendelse.</p>														

Spørgsmålene som er stillet til medlemmerne af Folketingets sundhedsudvalg:

Kære XX

Jeg er ved at skrive speciale om patientforeningers indflydelse på den politiske beslutningsproces og har et par spørgsmål, som du måske kan hjælpe mig med. Du kan blot trykke besvar på denne mail.

Nedenstående spørgsmål behøver ikke være fakta, men skal alene baseres på et skøn fra din side.

1. Får du (og andre i sundhedsudvalget) 'mange' henvendelser fra patientforeninger i løbet af tiden? Giv gerne et skøn på en almindelig uge, eller måned.
 - i. Hvordan henvender de sig (mail, eller brev) ?
 - ii. Typer af henvendelse (invitationer til patientmøder, debatter o.lign. Bruger foreningerne 'personsager' i henvendelser. F.eks. døende kræftpatient som ikke kan få medicin, eller behandling og mangler hjælp fra et sygehus?
 - iii. Anden form for reklame..Vi har nu reddet osv.?
 - iv. Pengegaver, ophold eller rejser og lign.?

2. Giv et skøn på, om du tror at patientforeningers henvendelser til enkeltstående medlemmer i sundhedsudvalget er steget, eller faldet igennem tiden..?

3: Hvis en patientforening vil følge den gængse forretningsgang, er det vil ved at sende et åbent dokument til sundhedsudvalgets alm. del.?

- Men kan de få foretræde, eller indflydelse på anden vis i lovgivningen. Andre udvalg, medlemmer osv. igennem 2. og 3. behandling af et lovforslag (og er det så i sundhedsudvalget)

4: Hvordan vil du vurdere patientforeningers indflydelse og magt overfor den politiske beslutningsproces? Er den meget stor - stor - neutral - mindre - meget lille

5: Hvor henter du din primære viden fra om kræft f.eks.? - Er det fra Sundhedsstyrelsen, eller Kræftens Bekæmpelse, eller begge med lige stor andel)

Besvarelsene af spørgsmålene offentliggøres ikke uden din tilladelse og bruges kun i forbindelse med mit speciale (dvs. at vejleder, censor og undertegnede er de eneste som ser svarene)

På forhånd tak for hjælpen, som er en enorm hjælp til mig i det videre forløb

Svarene fra respondenterne fremgår af de efterfølgende sider:

Karen Johanne Klint:

Sp.: Får du (og andre i sundhedsudvalget) 'mange' henvendelser fra patientforeninger i løbet af tiden?

Svar: *jeg ved ikke hvad andre får af henvendelser - men jeg tror vi alle får en del -- herunder at foreningen tager os alle på stribe, eller beder om foretræde for Sundhedsudvalget*

Sp.: Giv gerne et skøn på en almindelig uge, måned.

Svar: *20 - 30 om året (ud over hørings svar i konkrete sager) (næppe flere end anmodninger fra studren om bidrag til deres opgaver!!! - så i perioder fylder I selv mere)*

Sp.: Hvordan henvender de sig (mail, eller brev)?

Svar: *mail er oftest første kontakt*

Sp.: Typer af henvendelse (invitationer til patientmøder, debatter o.lign. Bruger foreningerne 'personsager' i henvendelser. F.eks. døende kræftpatient som ikke kan få medicin, eller behandling og mangler hjælp fra et sygehus?

Svar: *gøren opmærksom på lige deres gruppe -- eks. OCD / spiseforstyrrelser (her kan der komme mange mails i samme sag, og så stiger antal henvendelser ud over de 30), tilsendelse af rapporter, beder om at deltage i deres møder med et indlæg, lytte til dem på et særligt møde, hvor de inviterer sig selv til en snak på mit kontor*

Sp.: Anden form for reklame..Vi har nu reddet osv?

Svar: *næsten ingen med mindre du tager dette som "reklame", Eksempelvis deltagelse i netindsamling af penge til Kvinder mod brystkræft, hvor vi fik en bluse for et par år siden.*

Sp.: Pengegaver, ophold eller rejser og lign?

Svar: *Nej det får jeg aldrig -- det koster mig derimod at have kontakten (udgifter til taxa ved foredrag, servering af kaffe på eget kontor -- men det får jeg jo også et "omkostningsbidrag" til ved siden mit vederlag (løn)*

Sp.: Giv et skøn på, om du tror at patientforeningers henvendelser til enkeltstående medlemmer i sundhedsudvalget er steget, eller faldet igennem tiden..?

Svar: *antal kontakter på mail er steget -- jeg opfordrer i øvrigt selv til til at nogle bør benytte adgangen til foretræde, så deres henvendelse dermed bliver mere formel.*

Sp.: Men kan de få foretræde, eller indflydelse på anden vis i lovgivningen. Andre udvalg, medlemmer osv. igennem 2. og 3. behandling af et lovforslag (og er det så i sundhedsudvalget)?

Svar: *JA, naturligvis - flere foreninger komemr selv mer høringsbidrag*

Sp.: Hvordan vil du vurdere patientforeningers indflydelse og magt overfor den politiske beslutningsproces? Er den meget stor - stor - neutral - mindre - meget lille ?

Svar: *- det afhænger af "sagen" - f.eks. spiseforstyrrende på midler i Satspuljen, -- men jeg vil ikke sige "stor" -- men "noget" for nogle, og mindre for andre.*

Sp.: Hvor henter du din primære viden fra om kræft f.eks.? - Er det fra Sundhedsstyrelsen, eller Kræftens Bekæmpelse, eller begge med lige stor andel) ?

Svar: *- begge dele -- + medierne og egne kontakter*

Preben Rudiengaard

Sp.: Får du (og andre i sundhedsudvalget) 'mange' henvendelser fra patientforeninger i løbet af tiden?

Svar: *Ja*

Sp.: Giv gerne et skøn på en almindelig uge, måned.

Svar: *2-3 pr. måned*

Sp.: Hvordan henvender de sig (mail, eller brev)?

Svar: *mai, tlf. brev, foretræde*

Sp.: Typer af henvendelse (invitationer til patientmøder, debatter o.lign. Bruger foreningerne 'personsager' i henvendelser. F.eks. døende kræftpatient som ikke kan få medicin, eller behandling og mangler hjælp fra et sygehus?

Svar: *Alle typer*

Sp.: Anden form for reklame..Vi har nu reddet osv?

Svar.: *Nej.*

Sp.: Pengegaver, ophold eller rejser og lign?

Svar.: *Nej*

Sp.: Giv et skøn på, om du tror at patientforeningers henvendelser til enkeltstående medlemmer i sundhedsudvalget er steget, eller faldet igennem tiden..?

Svar.: *Steget*

Sp.: Men kan de få foretræde, eller indflydelse på anden vis i lovgivningen. Andre udvalg, medlemmer osv. igennem 2. og 3. behandling af et lovforslag (og er det så i sundhedsudvalget)?

Svar.: *Via udvalget, skriftligt / foretræde*

Sp.: Hvordan vil du vurdere patientforeningers indflydelse og magt overfor den politiske beslutningsproces? Er den meget stor - stor - neutral - mindre - meget lille ?

Svar: *Neutral*

Sp.: Hvor henter du din primære viden fra om kræft f.eks.? - Er det fra Sundhedsstyrelsen, eller Kræftens Bekæmpelse, eller begge med lige stor andel) ?

Svar.: *Begge steder*

Liselott Blixt

Sp.: Får du (og andre i sundhedsudvalget) 'mange' henvendelser fra patientforeninger i løbet af tiden?

Svar:

Sp.: Giv gerne et skøn på en almindelig uge, måned.

Svar:

Sp.: Hvordan henvender de sig (mail, eller brev)?

Svar:

Sp.: Typer af henvendelse (invitationer til patientmøder, debatter o.lign. Bruger foreningerne 'personsager' i henvendelser. F.eks. døende kræftpatient som ikke kan få medicin, eller behandling og mangler hjælp fra et sygehus?

Svar:

Sp.: Anden form for reklame..Vi har nu reddet osv?

Svar:..

Sp.: Pengegaver, ophold eller rejser og lign?

Svar.: *Jeg modtager ca 1- 5 gang ugl en henvendelse fra en patientforening. Det er både som mail eller telefon. De bruger normalt ikke personsager, kun enkelte af dem.*

Modtager invitationer til at deltage i paneldebater.Ellers er der ikke anden kontakt, eller mv.

Sp: Giv et skøn på, om du tror at patientforeningers henvendelser til enkeltstående medlemmer i sundhedsudvalget er steget, eller faldet igennem tiden..?

Svar.: *Da jeg er ny ved jeg det ikke*

Sp.: Men kan de få foretræde, eller indflydelse på anden vis i lovgivningen. Andre udvalg, medlemmer osv. igennem 2. og 3. behandling af et lovforslag (og er det så i sundhedsudvalget)?

Svar *Jeg ved hvad den gængse vej er, men en deputation kan være en start*

Sp.: Hvordan vil du vurdere patientforeningers indflydelse og magt overfor den politiske beslutningsproces? Er den meget stor - stor - neutral - mindre - meget lille ?

Svar: *Jeg mener de har en stor magt, da de kan komme med konkrete historier*

Sp.: Hvor henter du din primære viden fra om kræft f.eks.? - Er det fra Sundhedsstyrelsen, eller Kræftens Bekæmpelse, eller begge med lige stor andel) ?

Svar.: *Fra min uddannelse, samt Kræftens Bekæmpelse*

Sophie Løhde:

Sp.: Får du (og andre i sundhedsudvalget) 'mange' henvendelser fra patientforeninger i løbet af tiden?

Svar:

Sp.: Giv gerne et skøn på en almindelig uge, måned.

Svar:

Sp.: Hvordan henvender de sig (mail, eller brev)?

Svar:

Sp.: Typer af henvendelse (invitationer til patientmøder, debatter o.lign. Bruger foreningerne 'personsager' i henvendelser. F.eks. døende kræftpatient som ikke kan få medicin, eller behandling og mangler hjælp fra et sygehus?

Svar: *Ja, jeg får mange henvendelser. I løbet af en uge mellem 2-4 stk. Det er ofte kompliceret emner/spørgsmål/sager, som derfor tager lang tid at forholde sig til og/eller besvare. Nogle foreninger bruger personsager, men jeg er aldrig som folketingsmedlem blevet tilbudt rejser og lign.*

Sp.: Anden form for reklame..Vi har nu reddet osv?

Svar:..

Sp.: Pengegaver, ophold eller rejser og lign?

Svar.: Nej

Sp.: Giv et skøn på, om du tror at patientforeningers henvendelser til enkeltstående medlemmer i sundhedsudvalget er steget, eller faldet igennem tiden..?

Svar.: Steget

Sp.: Men kan de få foretræde, eller indflydelse på anden vis i lovgivningen. Andre udvalg, medlemmer osv. igennem 2. og 3. behandling af et lovforslag (og er det så i sundhedsudvalget)?

Svar: . *Det er korrekt at man kan sende et brev til hele udvalget eller få foretræde og lign. Men man kan også sende et direkte brev eller mail. Det opfatter jeg ikke som unormalt, det samme gør sig gældende for alle andre borgere i Danmark.*

Sp.: Hvordan vil du vurdere patientforeningers indflydelse og magt overfor den politiske beslutningsproces? Er den meget stor - stor - neutral - mindre - meget lille ?

Svar: Mindre

Sp.: Hvor henter du din primære viden fra om kræft f.eks.? - Er det fra Sundhedsstyrelsen, eller Kræftens Bekæmpelse, eller begge med lige stor andel)?

Svar.: Henter min primære viden via Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Derudover følger jeg avisernes dækning.

Karin Nødgaard:

Sp.: Får du (og andre i sundhedsudvalget) 'mange' henvendelser fra patientforeninger i løbet af tiden?

Svar:

Sp.: Giv gerne et skøn på en almindelig uge, måned.

Svar:

Sp.: Hvordan henvender de sig (mail, eller brev)?

Svar:

Sp.: Typer af henvendelse (invitationer til patientmøder, debatter o.lign. Bruger foreningerne 'personsager' i henvendelser. F.eks. døende kræftpatient som ikke kan få medicin, eller behandling og mangler hjælp fra et sygehus?

Svar:

Sp.: Anden form for reklame..Vi har nu reddet osv?

Svar:.. *Jeg får mange mails og breve samt invitationer til høringer og konferencer*

Sp.: Pengegaver, ophold eller rejser og lign?

Svar.: *Det har jeg aldrig fået*

Sp.: Giv et skøn på, om du tror at patientforeningers henvendelser til enkeltstående medlemmer i sundhedsudvalget er steget, eller faldet igennem tiden..?

Svar.: *steget*

Sp.: Men kan de få foretræde, eller indflydelse på anden vis i lovgivningen. Andre udvalg, medlemmer osv. igennem 2. og 3. behandling af et lovforslag (og er det så i sundhedsudvalget)?

Svar: *foretræder er der en del af og der er også indflydelse via lokalvalgte eller medlemmer som har yret særlige interesse for området.*

Sp.: Hvordan vil du vurdere patientforeningers indflydelse og magt overfor den politiske beslutningsproces? Er den meget stor - stor - neutral - mindre - meget lille ?

Svar: *Det varierer nok fra medlem til medlem, men jeg prøver at være neutral dog er jeg lyttende som jeg er til meget andet som kan påvirke udviklingen og min egen holdning.*

Sp.: Hvor henter du din primære viden fra om kræft f.eks.? - Er det fra Sundhedsstyrelsen, eller Kræftens Bekæmpelse, eller begge med lige stor andel) ?

Svar.: *Fra begge samt pressen og faglitteratur*