

# **Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne?**

**Ventetidsgarantier til  
sygehusbehandling**

**Karsten Vrangbæk**

**Magtudredningen**

**Ingeniørarbejde, hundeslagsmål  
eller hovedløs høne?  
Ventetidsgarantier til sygehusbehandling**

## Magtudredningen

Folketinget besluttede i marts 1997 at iværksætte en dansk magtudredning eller, som det officielle navn er, *En analyse af demokrati og magt i Danmark*. Projektet, der forventes afsluttet i 2003, ledes af en uafhængig forskningsledelse.

Magtudredningens forskningsresultater publiceres i en række bøger, som udgives på Hans Reitzels Forlag, og i en skriftserie, som udgives af Magtudredningen.

Lise Togeby  
(formand)

Jørgen Goul Andersen

Peter Munk Christiansen

Torben Beck Jørgensen

Signild Vallgård

**Karsten Vrangbæk**

**Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller  
hovedløs høne?  
Ventetidsgarantier til sygehusbehandling**

**Magtudredningen**

*Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne?  
Ventetidsgarantier til sygehusbehandling*

© Magtudredningen og forfatteren, 2004

ISBN: 87-7934-842-4

Omslag: Svend Siune

Tryk: AKA-PRINT A/S, Århus

Magtudredningen  
c/o Institut for Statskundskab  
Aarhus Universitet  
Universitetsparken  
8000 Århus C  
Danmark

[Magtudredningen@ps.au.dk](mailto:Magtudredningen@ps.au.dk)  
[www.ps.au.dk/magtudredningen](http://www.ps.au.dk/magtudredningen)

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra denne bog er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og CopyDan. Enhver anden udnyttelse er uden forlagets skriftlige samtykke forbudt ifølge dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er korte uddrag til brug ved anmeldelser.

# Indhold

<b>Kapitel 1. Indledning</b> .....	7
Teoretiske perspektiver for analysen .....	9
<b>Kapitel 2. Ventelisternes anatomi. Hvorfor er ventelister et politisk problem?</b> .....	18
Hvad påvirker ventetiderne, og hvilke politiske handlemuligheder kan der peges på?.....	21
Hvad har man gjort i Danmark for at oparbejde viden om ventetider? .....	25
Hvad siger tilgængelige statistikker om ventetider og ventetidsudvikling? .....	28
<b>Kapitel 3. Den politiske cyklus. Ventetidsgarantier i Danmark...</b>	36
Ventetidsaftale 1993 .....	36
Tre måneders lovfæstet garanti 1995 .....	42
Lovfæstet garanti for livstruende sygdomme 1999 .....	47
<b>Kapitel 4. Vurdering af forløbet i forhold til de tre teoretiske perspektiver</b> .....	56
Ingeniørarbejde? .....	56
Hundeslagsmål?.....	57
Hovedløs høne? .....	61
Magten på det sundhedspolitiske område? .....	64
Perspektiver og anbefalinger .....	65
<b>Appendiks</b> .....	68
<b>Litteratur</b> .....	76
<b>Om forfatteren</b> .....	79

# Kapitel 1

## Indledning

I en årrække har sygehusområdet været højt placeret på den nationale politiske dagsorden. Dette på trods af, at den formelle styring har været lagt ud til amtskommunerne siden kommunalreformen. I perioden 1980/81-1994/95 var der hele 613 folketingsdrøftelser af sygehusområdet. I forhold til andre store decentraliserede velfærdsområder som børnepasning, ældreomsorg, skoler og gymnasier udgør dette et relativt stort tal (Christensen, 2000). Det er imidlertid kun få af disse anledninger, som har ført til egentlige beslutninger. Vi har altså at gøre med et politikområde med stor politisk opmærksomhed, men få formelle beslutninger.

Nogle af de få vedtagne beslutninger har vedrørt ventetidsproblematikken. Der har siden slutningen af 1980'erne været jævnlige drøftelser af ventetider, og der er truffet flere beslutninger, som angiveligt har sigtet mod at løse ventelisteproblemerne (jf. appendiks A-D).

Men hvorfor er det netop ventelister, som har været genstand for politisk opmærksomhed, og hvordan har området kunnet indtage en så central plads uden, at det tilsyneladende er lykkedes at løse problemet? Hvilken karakter har problemet, og hvad er dynamikkerne bag de politiske beslutninger, som er truffet på området?

I dette skrift gives bud på sådanne spørgsmål gennem en analyse af beslutningsprocesser på ventetidsområdet. Historien indledes med en karakteristik af ventelisternes "anatom" og en gennemgang af det informationsmæssige grundlag om ventetider i Danmark. Gennemgangen af disse to elementer giver mulighed for at konkludere på spørgsmålet, hvorfor ventelister er et tilbagevendende og tilsyneladende vanskeligt politisk problem i denne periode.

Anden del af historien er en analyse af konkrete ventetidstiltag i Danmark og en beskrivelse af elementer i den politiske beslutningsproces. Et hovedspørgsmål for gennemgangen er, om den politiske proces er rationel og velbegrunder, præget af særinteresser eller drevet af tilfældigheder, mediehistorier og betingelser i den politiske verden uden særlig kobling til den hverdag, som beslutningerne skal udføres i.

Dette svarer til at vurdere den politiske proces i forhold til tre forskellige billeder. I det første billede betragtes processen som *ingeniørarbejde*. Det antages her, at der gennemføres grundige undersøgelser/analyser, som fører til identifikation af behov for ændring. Herefter beregnes fordele og ulemper ved forskellige konstruktioner, og det bedste løsningsprojekt udvælges. Denne løsning gennemføres af loyale arbejdere, og det færdige resultat bli-

ver en faktisk ændring i form af en ny konstruktion. Efter et stykke tid evalueres resultatet, og man beslutter på den baggrund, om revisioner eller nye konstruktioner er nødvendige.

I det andet billede betragtes den politiske proces som et *hundeslagsmål*, hvor de forskellige deltagere søger at vinde “kødlunser” i form af økonomiske midler, indflydelse, opmærksomhed, karriere osv. En del af slagsmålet handler om at positionere sig i forhold til de andre hunde og definere den type løsninger, der passer bedst i eget kram (sikre flest kødlunser). Nogle gange går flere hunde sammen mod andre glubske deltagerhunde. Hver enkelt hund har en klar fornemmelse af egne interesser (kødlunser) og vil gå efter den, uanset om det fører til samlet set optimale løsninger. Den samlede løsning er dermed ikke nødvendigvis en flot koreograferet forestilling, men kan være en rodet affære, der afspejler hundenes indbyrdes styrke og evne til at klare sig i slagsmålet. Det er med andre ord ikke sikkert, at man får det objektivt optimale resultat af anstrengelserne, men derimod det resultat, som kan nås via slagsmål, alliancer og kompromiser på grundlag af styrkepositioner.

Et sidste billede på den politiske proces er at betragte den som en *hovedløs høne*, der løber rundt snart hid snart did, alt efter hvilken impuls der på et givet tidspunkt kommer ind i nervebanerne. Der er ringe overordnet rationalitet, og den politiske logik synes kun i begrænset omfang at være forankret i grundige analyser og viden om faktiske muligheder. Dermed kan politiske beslutninger komme til at virke tilfældige og symbolske i forhold til de faktiske forhold i sektoren.

Ved at læse dette skrift kan man altså få svar på, om ventetidspolitikken mest ligner “ingeniørarbejde”, “hundeslagsmål” eller en “hovedløs høne”. En anden måde at sige det på er, at problemstillingen i skriftet er at undersøge, om den politiske beslutningsproces omkring ventetider i Danmark har været *instrumentelt-rationel*, præget af *særinteresser* eller drevet af *tilfældigheder og vilkår i den politiske verden* uden særlig kobling til den hverdag, som beslutningerne skal udføres i.

Gennem denne diskussion af beslutningsprocesser knytter skriftet an til den generelle magtdebat. Undersøgelsen ser på, om magt på det sundhedspolitiske område kan lokaliseres til bestemte aktører og fora, eller om man måske snarere må tale om en diffus og kompleks proces, hvor magtudøvelse er indlejret i institutionelle strukturer og daglig praksis (jf. diskussionen i Frølund Thomsen, 2000; se også Lukes, 1974; Bachrach & Baratz, 1962). Er magt noget, man kan anvende rationelt og problemløsende? Skal man se magt og magtanvendelse som genstand for interessekampe mellem forskellige aktører? Eller må man snarere betragte magt som det løbende resultat af en række mere eller mindre rationelle processer i sundhedspolitikken.



Denne type spørgsmål tages op i skriftets konklusion. I det følgende beskrives de tre modeller for analyse af den politiske beslutningsproces mere detaljeret.

## **Teoretiske perspektiver for analysen**

Der kan anlægges mange forskellige teoretiske vinkler på den politiske proces (jf. Parsons, 1997; Hill, 1997), men til denne analyse er udvalgt tre, som forekommer særligt relevante for netop denne problemstilling.

Det første er at se, om processen er *instrumentelt-rational* i den forstand, at man i den politiske proces på baggrund af grundig undersøgelse er i stand til at udpege ventetider som et vigtigt problem, og at man derefter er i stand til at finde brugbare og effektive løsninger på problemet, eller at man i det mindste foretager evaluering og eventuel justering af de valgte løsninger.

Modellen forudsætter dermed en *instrumentel rationalitet* i den politiske beslutningsproces svarende til det ovennævnte "ingeniørperspektiv".

Det kan ud fra dette perspektiv forventes, at der er foretaget en gennemgang af forskellige problemer i sektoren og en vurdering af mulige alternative løsninger. Det kan forventes, at ventetid er udpeget som et objektivt væsentligt problem, og at man via grundige undersøgelser har vurderet, at garantien udgør det mest fornuftige svar. Det kan endvidere forventes, at løsningen er nogenlunde tydeligt formuleret, og at der er klarhed om ansvarsfordeling, mål og midler. Endelig kan det forventes, at den valgte løsning implementeres efter hensigten, og at der foretages en vurdering af, om tiltaget har fået den ønskede virkning.

Konkrete indikatorer på dette perspektiv er dermed, at der kan identificeres et klart vidensgrundlag, som godtgør, at ventetider er et stort og væsentligt problem. Endvidere, at der overvejes forskellige alternativer, og at de valgte løsninger (garantier) fremstår som de bedst mulige. Det vil også være en indikator, at ventetidsgarantier designes, så de er mulige at opfylde, og så man opnår den ønskede effekt. Endelig må der foretages evaluering af effekten og eventuelt en efterfølgende justering, hvis det viser sig, at ordningen ikke fungerer efter hensigten.

Det andet perspektiv i rapporten er at se den politiske beslutningsproces som et *resultat af forskellige aktørers interesser* i at få bestemte emner på den politiske dagsorden og fremme eller hæmme bestemte løsninger. Interesser skal forstås bredt som både substantielle interesser knyttet til forskellige løsningsmodeller og mere generelle politiske eller mediemæssige interesser knyttet til opmærksomhed og dagsordensættelse af bestemte problemer i den politiske verden. Begge typer interessevaretagelse kan ses som centrale for den politiske beslutningsproces (jf. Jones, 1994; Stone, 1997).

Ud fra dette perspektiv er det muligt, at ventetidsproblemet ikke objektivt set er det vigtigste i sektoren. Derfor kan ventetidsproblemet godt bruges til at fremme bestemte interesser, eller - når det er kommet på dagsordenen - til at mobilisere aktører, der har interesse i et bestemt udfald. Tilsvarende kan man forvente, at løsninger bliver udtryk for kompromiser mellem forskellige aktørgruppers interesser i bestemte konstruktioner. Denne anden model forudsætter dermed en *interessebaseret rationalitet* i den politiske beslutningsproces svarende til ovennævnte billede med "hundeslagsmålet". Det er muligt, at resultatet af hundeslagsmålet bliver objektivt fornuftige løsninger, fordi processen sikrer, at mange forskellige interessenter kan fremlægge deres synspunkter og bringe deres viden til torvs. Men det er langt fra sikkert. Vi kan lige så vel ende med en suboptimal situation, hvor det er nogle aktørers interesser, som tilgodeses frem for andres, fordi disse aktører er bedre til at manøvrere de mudrede politiske farvande (jf. Ostrom, 1990).

Det antages inden for denne tankegang, at man kan identificere nogenlunde sammenhængende interesser for forskellige aktørgrupper. Modellen forudsætter endvidere, at viden og information vil indgå i interessespillet. Viden kan derfor være omdiskuteret eller præget af modsigelser og uklarhed.

Den grundlæggende hypotese for dette perspektiv er dermed, at den politiske proces med dagsordensættelse, identifikation af alternativer, politisk behandling, vedtagelse og implementering er et resultat af forskellige aktørgruppers interessevaretagelse. Konkrete indikatorer vil være, at det i undersøgelsen viser sig, at der er konflikt om grundlaget for beslutningstagning. Andre indikationer er, at aktørudtalelser og handlinger kan fortolkes ind i en konsistent (og rationel) handlingsramme/strategi for de enkelte aktører med ensartede reaktionsmønstre over tid.

Som udgangspunkt for analysen kan man for hver af de på forhånd formodede vigtige aktørgrupper opstille følgende antagelser. Patienter og patientforeninger har umiddelbar interesse i at bringe ventetidsproblematikken på dagsordenen, fordi det kan give bedre rettigheder (for patienter/patientforeninger), ligesom det indebærer implicite krav om flere ressourcer. I forhold til konkrete ventetidstiltag kan der være konfliktende interesser mellem forskellige patientgrupper, idet garantier på ét område vil være ensbetydende med en nedprioritering af andre områder, medmindre der tilføres yderligere midler.

Aktører på hospitalsniveau udgør en heterogen flok af behandlingsprofessionelle og sygehusledere. I dette skrift fokuseres især på ledelsesinteresser. Der kan være forskel på situationen for sygehusledelser i forskellige geografiske egne, og på sygehuse med forskellig størrelse og specialisering.

Som udgangspunkt kan man forvente, at sygehusledelser har interesse i at bringe ventelister på dagsordenen, fordi det kan bruges til at argumentere for flere ressourcer. På den anden side kan kritik af ventelister på det enkelte sygehus være ubehageligt, ikke mindst fordi ventetidsudvikling ofte indgår som en del af sygehusledelsernes aftaler med amterne. Sammenfattende kan man måske forvente en generel interesse i at bringe problemet på dagsordenen, men en specifik interesse i at undgå lokale ventetidsproblemer, bortset fra de situationer, hvor ventetid kan anvendes strategisk f.eks. ved budgetforhandlinger med amtet.

For politikerne er situationen også blandet. Amtspolitikere har ligesom andre politikere en interesse i indflydelse og genvalg. For at opnå dette kræves en vis støtte i vælgerbefolkningen og en mulighed for at skabe alliancer i den politiske proces. Ud over enkeltsagsprofilering kan vælgeropslutning sikres ved at balancere to modsatrettede elementer, nemlig på den ene side skatteudskrivning, og på den anden side et højt serviceniveau. Hvis man ønsker et højt serviceniveau (og at reducere ventelister), vil dette ofte kræve tilførsel af ressourcer, og dermed stigende skatter, hvilket sjældent er populært. Amtspolitikere skal imidlertid ikke kun forholde sig til egne vælgere, når man skal fastlægge skatteudskrivning og serviceniveau. Der er også hensynet til de andre amter, og der er hensynet til de centrale myndigheder, med hvem man årligt aftaler økonomiske rammer og overordnede retningslinier for sektoren. I forhold til de centrale myndigheder kan ventetidsspørgsmål på den ene side bruges til at appellere for flere midler og/eller større autonomi til at tilrettelægge sygehusdrift. På den anden side indebærer fokus på ventetidsspørgsmål en implicit kritik af amternes driftsvaretagelse og effektiviteten i de amtslige sygehusvæsen - en kritik, som kan pege mod indskrænkning af amternes autonomi. Centralt vedtagne garantier begrænser amternes muligheder for frit at prioritere mellem forskellige indsatsområder og er derfor ofte blevet kritiseret af amtspolitikere.

For landspolitikere kan ventetidspørgsmålet tilsvarende ses i forhold til ønsker om genvalg og indflydelse og i forhold til ideologisk betingede interesser i at fremme forskellige typer fokus i sundhedsdebatten. Ventetider kan således indgå i forskellige argumentationskæder. De kan bruges til at appellere for flere ressourcer til et offentligt sygehusvæsen eller til at argumentere for større indflydelse til private aktører via pengefølgerpatienten og valgfrihed. De kan bruges til at kræve større central styring, og de kan omvendt bruges til at argumentere for udbygning af det amtslige sygehusvæsen. Landspolitikere fra forskellige partier kan have forskellige interesser i ordningen. Spørgsmålet kan således forventes at indgå i interessekampe (om indflydelse, vælgertække, positionering mv.) mellem forskellige parlamentariske grupperinger. Internt i partierne kan der være større eller

mindre overensstemmelse mellem synspunkter, og der kan være uenighed mellem amts- og landspolitikere fra samme partier.

Rationelt tænkende landspolitikere kan vanskeligt sidde beklagelser om ventetid overhørigt. På den anden side har landspolitikere ringe direkte indflydelse på sygehusdriften, da ansvaret herfor ligger hos amterne. Landspolitikerens strategi kan på den baggrund forventes at bestå i at fremstå handlingsduelige og lydhøre over for vælgerbefolkningens krav, selv om de egentlig har begrænsede handlingsredskaber. Landspolitikere har en vis interesse i at skaffe handlingsredskaber ved at reducere amternes autonomi. På den anden side kan en sådan strategi give bagslag, hvis det ikke lykkes at styre ventetidsudviklingen under en situation med mere central kontrol.

Samlet må vurderingen af landspolitiske interesser nuanceres efter den konkrete situation og det ideologiske og parlamentariske landskab. Man kan forvente blandede landspolitiske interesser i ventetidsproblematikken, men dog nok også visse fælles træk, f.eks. en oplevelse af behov for handling som svar på medieformidlet kritik.

Endelig kan aktører fra det administrative system have selvstændige interesser i forhold til ventetider og ventetidsgarantier. Man kan forvente, at bureaukrater på centralt niveau på den ene side vil være orienterede mod at støtte op om regering og minister, dvs. har en interesse i løsninger, som profilerer ministeren. Samtidigt har bureaukrater ifølge klassisk bureaukrati-forståelse en interesse i at give neutrale og teknisk kompetente råd rettet mod den objektivt mest fornuftige løsning. Ifølge nyere bureaukrati-teorier kan man imidlertid også forestille sig bureaukratiske egeninteresser i løsninger, som øger bureaukraternes indflydelse, fremmer ministeriets stilling i forhold til andre aktører og niveauer, og giver mere interessante jobs (f.eks. Wilson, 1989; Dunleavy, 1995). Under alle omstændigheder er det næppe sandsynligt, at bureaukrater vil fremme (eller blot foreslå) løsninger, som indebærer en svækkelse af deres egen position, eller som risikerer at give dårlig omtale.

Man skal endvidere være opmærksom på muligheden for forskellige interesser inden for embedsværket. For statslige bureaukrater i centrale ministerier (især Finansministeriet) vil der som regel være fokus på udgiftsmæssige og forvaltningspolitiske sider af givne policy forslag. For bureaukrater i sektorministerier vil der ofte være mere fagspecifik involvering og større interesse i forslag, der kan styrke dette område i forhold til andre sektorområder. Afvejning af disse forskellige interesser mellem forskellige ministerier og ministre vil ske i en regeringsintern koordinationsproces baseret på styrkeforholdet mellem de enkelte ministre, og set i forhold til regeringens overordnede målsætninger. Der kan være mere eller mindre faste mønstre for konfliktløsning og koordination afhængig af den konkrete regering og

den konkrete situation. Man kan dermed forvente, at centrale bureaukrater søger at balancere hensyn til den politiske kontekst, ambitioner om teknisk gode løsninger, og hensyn til styrkelse af egen position. Dette kan føre til forskelligt rettede interesser i centralforvaltningen.

Amtslige bureaukrater må også balancere flere forskellige hensyn, om end det politiske pres måske er mindre gennemtrængende på dette område. Der er større nærhed til produktionsprocessen, og der er typisk en mere konsensusorienteret politisk arbejdsproces i amterne. Amtslige bureaukrater skal endvidere tage hensyn til samarbejdet med andre amter. Samtidig må man dog også forvente, at amtslige bureaukrater har interesse i beslutninger, som ikke svækker deres position. Det betyder, at de kan formodes at støtte beslutninger, der

1. sikrer den amtslige styringskapacitet og autonomi uden at svække deres rolle;
2. tilføjer midler;
3. ikke strider mod hidtidig praksis; og
4. er til at administrere i forhold til den løbende drift af sygehuse i amtet.

Decentrale aktører (og det gælder såvel politikere som bureaukrater) vil have ringe interesse i tiltag, der svækker amternes position og autonomi. De kan derfor formodes at ville søge at påvirke den politiske proces i en for dem acceptabel retning. Amtspolitikere har muligheder for dette via påvirkning af deres respektive moderpartier og via de årlige økonomiforhandlinger. Amtsbureaukrater har mere indirekte kanaler via informationsudvikling og deltagelse i diverse koordinations- og forhandlingsnetværk.

Alt i alt må man forvente, at ventetidsproblematikken ud fra det interessebaserede perspektiv indgår i bredere spil om indflydelse mellem forskellige grupperinger og aktører i feltet og mellem forskellige politisk/administrative niveauer (Starr & Immergut, 1987; Grund, 1995). Såvel vidensudvikling som beslutningstagning vil være præget af forsøg på påvirkning i overensstemmelse med de forskellige aktørers interesser. Tiltag, der støder på modstand fra centrale grupper, vil have svært ved at blive vedtaget.

Det tredje teoretiske perspektiv i rapporten er, at ventetidspolitik kan være *kaotisk og formet af tilfældige sammenfald* mellem forskellige problemforståelser og løsningsidéer på givne tidspunkter. Problemstrømme og løsningsstrømme kan nærmest virke løst kobledede og kan hver for sig have baggrund i forskellige verdensbilleder, modestrømme, særinteresser og idéer (Kingdon, 1995; Cohen, March & Olsen, 1972). På grund af tilfældige og løse koblinger vil der sjældent være en stærk politisk evne eller vilje til at gennemtvinge bestemte målrettede beslutninger. Beslutninger vil derfor

ofte virke uklare, selvmodsigende eller ringe gennemtænkt. De kan dermed få et vist symbolpræg, mens uklarhed og modstand i feltet kan bevirke, at der sker få ændringer i praksis (jf. Brunsson & Olsen, 1990). Der kan med andre ord være en vis uoverensstemmelse mellem den politiske beslutningsproces og den faktiske udførelse af beslutninger på decentralt og organisatorisk niveau. Derfor vil eksisterende institutionelle strukturer få stor indflydelse på den konkrete politik.

Denne model forudsætter dermed en mere *tilfældig og dekoblet politisk rationalitet, hvor eksisterende institutionelle strukturer spiller en stor rolle for udmøntning af politiske beslutninger*. Dette svarer til billedet med den "hovedløse høne", hvor beslutningsprocessen (det afhuggede hoved) er præget af én type logik og er påvirkelig for modestrømme, medieinteresse osv., mens den faktiske proces (hønen) handler relativt uafhængigt og eventuelt på baggrund af de mønstre, som altid har eksisteret (Baumgartner & Jones, 1993; Cohen, March & Olsen, 1972). Det samlede resultat kan blive et system, som bevæger sig snart hid snart did, afhængig af hvilke (tilfældige) impulser der kommer ind i systemet, og hvor stærk modstanden er mod disse impulser. En anden måde at sige dette på er, at der er en løs kobling mellem problemstrømme, løsningsstrømme og beslutningsstrømme i den politiske proces. Løsninger vedtages, når der er en beslutningsanledning og et mere eller mindre tilfældigt tidsmæssigt sammenfald mellem en problemdefinition og en acceptabel løsning (jf. Kingdon, 1995).

Konkrete indikatorer for denne fortolkningsvinkel vil være en stor uoverensstemmelse mellem den politiske beslutningsproces og den reelle effekt. Hvis det ser ud som om, den politiske proces foregår i et relativt løst rum uden klart vidensgrundlag og fornemmelse for praktiske muligheder, og hvis beslutninger i nogen grad ignoreres, vil det kunne fortolkes inden for denne ramme. En anden type indikation vil være, hvis det politiske liv ser ud til at reagere på enkelthistorier og mere eller mindre tilfældige "modestrømme" på en sådan måde, at beslutninger primært skal signalere handlekraft og fornyelse frem for gennemtænkte ændringer. Det vil i en sådan situation være naturligt, at aktører i sundhedssystemet "sorterer" i de forskellige forandringstiltag, og det samlede resultat af processen kan meget vel vise sig at følge spor, som ligger inden for rammerne af eksisterende institutionelle strukturer og traditioner.

De tre skitserede teoretiske modeller vil inspirere den efterfølgende gennemgang af nogle politiske beslutningsprocesser vedrørende ventetider. Der bliver ikke tale om *en streng hypoteseafprøvning*, men om at forskellige perspektiver informerer den fortolkning, som anlægges i forhold til empirien. Der kan eksempelvis aldrig opnås sikker viden om aktørernes motiver og forestillinger, og der vil altid blive tale om en fortolkning på bag-

grund af sekundært materiale. Metodemæssigt er det dermed langt fra uproblematisk at udrede og forklare beslutningsforløb. Det bedste bud er at forsøge at sandsynliggøre den ene eller den anden "historie" på baggrund af den opstillede betragtningsmåde og den tilgængelige viden. Man får dermed en foreløbig viden, som kan danne indspil til yderligere drøftelse (jf. Gilje & Grimen, 1993; Wildavsky, 1979; Schon & Rhein, 1994).

Det er muligt, at man ved gennemgang af de faktiske beslutningsforløb får brug for mere end ét af de skitserede perspektiver. Visse dele af historien forstås måske bedst ud fra rationelt-instrumentelle perspektiver, mens der i andre perioder bør lægges mere vægt på særinteresser og politisk profilering.

Følgende figur illustrerer nogle af kombinationsmulighederne. Der åbnes for en mængde forskellige kombinationsmuligheder. Dette kan være en fordel, hvis man vil fortælle en nuanceret historie om virkeligheden, men det aktualiserer også flere metodiske spørgsmål. Et hovedproblem er, at

*Figur 1.1. Kombinationer af teoretiske tilgange*

	<b>Rationelt-instrumentel</b>	<b>Interessebaseret</b>	<b>Dekoblet og symbolsk</b>
<b>Rationelt-instrumentel</b>	Ren ingeniør-model	Interessebaseret identifikation af problem og valg af løsning, men resultatet bliver (tilfældigvis) det objektivt mest fornuftige. Implementering styres stramt og bliver instrumentel i forhold til beslutningen	Symbolske og dekoblede løsninger kan ses som rationelt-instrumentelle svar på en politisk situation med stærke krav om handling, men begrænset viden om redskaber og effekter
<b>Interessebaseret</b>	Rationel identifikation af problem. Derefter interessekampe om løsninger og implementering	Rent hundeslagsmål	Beslutninger kan være dekoblede og symbolske i udgangspunktet, men i implementeringsfasen kan forskellige interessenter gribe dem og bruge dem aktivt. Der vil være løbende interessekampe om at definere betydning af vage og symbolske beslutninger
<b>Dekoblet og symbolsk</b>	Rationel problemidentifikation og valg af løsning. Dekobling i forhold til implementering (intet ændres)	Interessebaseret beslutningsproces, som ikke accepteres. Løsningen implementeres ikke i praksis og fremstår derfor dekoblet og symbolsk	Model "hovedløs høne"

samme fænomen ofte kan tolkes ud fra flere perspektiver, og at vi metode-mæssigt ikke har redskaber til at afgøre, om den ene eller den anden fortolkning (eller fortolkningskombination) er mest rigtig. Langt hen vil fortolkningen afhænge af, hvilket analyseniveau man vælger. Hvis man f.eks. ser isoleret på ventetidsproblematikken, kan det være ganske rationelt, at den bliver ved med at komme på dagsordenen, mens hvis man ser det i et bredere perspektiv i forhold til resten af det sundhedspolitiske felt, kan den forekomme mere tilfældig eller dekoblet fra det samlede sæt af sundhedsproblemer. Tilsvarende kan man godt forestille sig, at en interessebaseret beslutningsproces kan komme op med rationelt-instrumentelle løsninger, som ikke implementeres på grund af modstand i feltet.

Typiske samfundsvidenskabelige svar på denne slags problemer er at afgrænse genstandsfeltet nøje og at lukke øjnene for omkringliggende faktorer og kombinationsmuligheder (“man kan ikke analysere hele verden”). Dermed må man acceptere, at den givne fortolkning kun gælder inden for de rammer, som opstilles for analysen, og det må betones, at der kun er tale om en mulig historie om fænomenet. Denne “historie” må man imidlertid søge at sandsynliggøre på bedste og mest redelige måde på baggrund af den opstillede betragtningsskema og den tilgængelige viden.

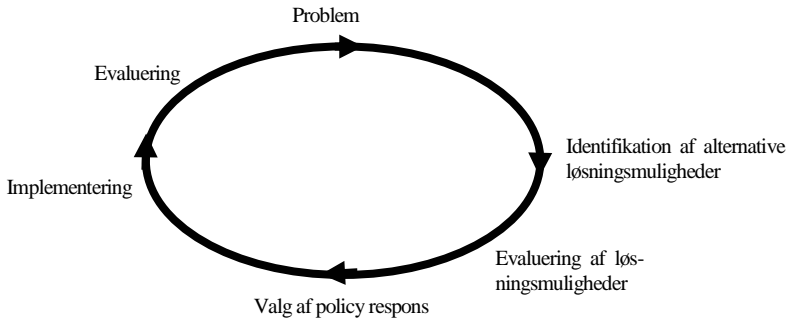
Analysen i dette skrift er baseret på flere forskellige typer alment tilgængelige kilder så som avisartikler, tidsskrifter, kommissionsrapporter, udskrifter af folketingsdebatter mv. Dette valg er truffet ud fra tidsmæssige betragtninger og ud fra en formodning om, at de vigtigste synspunkter vil blive udkrystalliseret i debatten, fordi de primære aktører har interesse i at fremme deres specielle billeder af virkeligheden (Stone, 1997). I appendiks A-D findes en nærmere præsentation af de anvendte kilder. Generelt betragtes kilderne som forskellige indgange til et komplekst problemfelt. De fortolkes og indgår som sådan i analysen undervejs.

Gennemgangen af casematerialet er struktureret omkring beslutningsforløbene for de væsentligste ventetidstiltag i Danmark, nemlig aftalen fra 1993 om generel tre måneders ventetid, den lovfæstede forsøgsordning med tre måneders behandlingsgaranti for knæ og diskusprolaps fra 1994 og den lovfæstede garantiordning for livstruende sygdomme fra 1999.

For hver af de tre beslutningsforløb gennemgås de relevante faser i den såkaldte “policy life cycle” (se f.eks. Parsons, 1997). Policy life cycle-perspektivet er illustreret i figur 1.2. Figuren repræsenterer en idealtypisk fremstilling af policy processen som et rationelt forløb med en række adskilte faser. Selv om der kan rejses kritik mod figurens relevans som beskrivelse af faktiske beslutningsprocesser, er den nyttig for strukturering af diskussionen (jf. Parsons, 1997).



Figur 1.2. Policy livscyklus



Hovedvægten i denne undersøgelse er således på beslutningsprocessen. Analyser af beslutningsprocesser berører naturligt forskellige klassiske magtforestillinger (jf. f.eks. Lukes, 1974; Bachrach og Baratz, 1962; Frølund Thomsen, 2000). Det gælder “magt” til at definere emner og at sætte dem på dagsordenen. “Magt” til at påvirke den parlamentariske proces (sikre vedtagelse eller afvisning) og “magt” til at forhindre, at emner kommer på dagsordenen. Nogle af disse former vil være resultat af bevidst og aktiv handling. Andre kan ses som udtryk for strukturelle eller for diskursivt baserede magtformer, som favoriserer nogle opfattelser frem for andre. I konklusionsafsnittet drøftes disse og andre relevante magtperspektiver på baggrund af undersøgelsesresultaterne.

Inden vi når til den egentlige analyse af de tre danske ventetidstiltag, drøftes *ventelisternes anatomi* og den information, som på forskellige tidspunkter har været til rådighed omkring ventetidsproblematikken i Danmark.

## Kapitel 2

### Ventelisternes anatomi.

### Hvorfor er ventelister et politisk problem?

Hvad består ventelister egentlig af? Hvorfor opstår de, og kan man tale om et ensartet fænomen på tværs af behandlingsområder?

I princippet er det let at definere ventetid, nemlig som “den tid, der går, fra en henvisning er modtaget, til patienten er endelig afsluttet uden behandling eller sat i endelig behandling” (Sundhedsministeriet: Fællesindhold for registrering af ventelistepatienter, 1996). Tilsvarende kan man definere ventende patienter som

“en patient, der er henvist til undersøgelse/behandling på et heldøgns- eller døgnsafsnit eller i ambulatorium, og som afventer modtagelse til endelig undersøgelse/behandling” (Sundhedsministeriet: Fællesindhold for registrering af ventelistepatienter, 1996).

I praksis er det imidlertid ganske vanskeligt at lave aggregerede opgørelser over ventetidens længde og det reelle antal ventende patienter (Sylvest Olsen, 1997 og nedenfor). Endnu vanskeligere er det at afgøre, hvor lang ventetid der er “acceptabel” eller nødvendig.

For at nuancere ventetidsbegrebet kan man opdele ventetid i tre forskellige typer (Sylvest Olsen, 1997: 3):

1. Ventetiden rammer patienter med sygdomme, hvor ventetid kan forringe prognosen.
2. Ventetiden rammer patienter med væsentlige medicinske eller sociale gener.
3. Ventetiden for de øvrige patienter er for lang ud fra en politisk vurdering.

De to første punkter må vurderes ud fra medicinske og psykologisk/sociale parametre. I princippet er disse typer ventetid altid uacceptable, selv om det som gennemgået nedenfor kan være nødvendigt at acceptere en kortere “transaktions” ventetid, hvis der f.eks. er uklarhed om bidiagnoser, man skal afvente stabilisering/regulering af relaterede tilstande, eller patienten af forskellige grunde selv ønsker at vente. Mange mediehistorier handler om denne type ventetid, fordi man her kan risikere fatale konsekvenser, og det dermed er let at give historien en dramatisk drejning.

Ventetid af den tredje type, som nok kan være ubehagelig, men som ikke forringer prognosen eller medfører “væsentlige” medicinske eller sociale

gener, kan siges at være mindre problematisk, men fortsat meget kontroversiel, fordi der her er mulighed for at træffe egentlige politiske valg om, hvad der er acceptable ventetider givet bestemte budgetrestriktioner.

For at etablere nyttig ventetidsinformation burde man reelt skelne mellem de tre typer ventetid. I praksis og i den offentlige debat blandes de imidlertid ofte sammen. Der er en tendens til, at alt skæres over en kam, og at al ventetid betragtes som lige uacceptabel.

Ud over forskelligheden i ventetidstyper kan der identificeres andre grunde til, at det kan være vanskeligt at etablere detaljeret og dækkende viden om ventetidssituationen.

For det første skal man erindre, at der inden for hver behandlingsgruppe løbende må foretages vurderinger af, hvor alvorlig den enkelte patients tilstand er. Mere alvorlige tilstande behandles før mindre alvorlige, og dermed risikerer nogle patienter at stå længe på venteliste, selv om der egentligt er et højt aktivitetsniveau, og mange patienter behandles hurtigt. Sådanne patienter vil trække en gennemsnitsberegning op, selv om de måske er mindre problematiske end dem, der faktisk behandles hurtigt.

Et andet forhold er, at nogle patienter selv vælger at vente med behandling på grund af arbejde, ferie eller andet. Sådanne patienter figurerer alligevel på listen, selv om de ikke er "aktivt" ventende. En realistisk og dækkende ventetidsopgørelse burde således skelne mellem aktivt og passivt ventende patienter.

Et tredje forhold er, at undersøgelser har vist, at mange ventelister omfatter patienter, som har modtaget behandling andetsteds, eller hvor tilstanden måske ikke længere kræver behandling. Denne problemstilling er formentligt forstærket efter indførelse af frit sygehusvalg.

Et fjerde forhold er, at ventetider har vist sig at variere ganske meget over tid for de enkelte afdelinger. På aggregeret niveau er det muligt, men ikke sikkert, at dette udligner sig. I hvert fald er det nødvendigt at tage et længere tidsperspektiv i betragtning. Sylvest Olsen (1997) nævner andre forhold, som kan vanskeliggøre etableringen af en nuanceret og dækkende statistik. Ovenstående liste må imidlertid være tilstrækkelig til at illustrere pointen om, at ventetidsopgørelser er ganske komplekse og derfor kun med forsigtighed kan anvendes som tommelfingerregel for, hvor mange patienter der faktisk venter, hvor længe de venter, og om der er betydelige gener forbundet med ventetiden.

Eksisterende ventetidsopgørelser tager kun i begrænset omfang højde for ovennævnte forhold. De må derfor generelt betegnes som relativt fiktive størrelser, som hverken for den enkelte patient eller for beslutningstagere repræsenterer et dækkende og virkelighedsnært billede af de praktiske vilkår i sygehusproduktionen. Det er på den baggrund ganske tankevækkende,

at ventetider og ventetidsopgørelser har spillet en så dominerende rolle i debatten om sundhedsvæsenet.

Et organisatorisk forhold, som komplicerer de politiske beslutninger omkring ventetider, er, at en vis ventetid kan være en nødvendig forudsætning for effektiv udnyttelse af ressourcer i sygehusvæsenet. Hvis man skal kunne udnytte "produktionsapparatet" effektivt, er det nødvendigt med et antal ventende og en vis fleksibilitet, således at sygehusafdelinger kan indkalde præcis det antal patienter, man på en given dag kan håndtere, og så man kan indkalde en anden patient i tilfælde af afbud.

Spørgsmålet er imidlertid, hvordan man i praksis skal foretage afvejningen mellem planlægning og hensyn til ressourceforbrug på den ene side og patienters ventetid på den anden side. Hvordan afgøres acceptable ventetider for enkelte patientgrupper og den enkelte patient? Ud fra hvilke kriterier afgøres, om gevinsten ved effektiv drift opvejer den enkeltes tab ved midlertidig funktionsnedsættelse, ubehag og usikkerhed ved at skulle vente på behandling? Der findes ikke entydige eller endegyldige svar på disse spørgsmål. I et markedsbaseret system ville betalingsevne/vilje fordele ressourcerne, men i et politisk styret system må der eksplicit tages stilling. En politisk stillingtagen kompliceres af manglerne ved opgørelser over ventetider og af, at det er svært for eksterne aktører at gennemskue, om afdelingerne i øvrigt fungerer optimalt. Dermed bliver det også vanskeligt at gennemskue, hvilke instrumenter der kan anvendes, hvis man ønsker at reducere ventetider (jf. næste afsnit).

På den *ene side* har vi altså i et offentligt og udbudsstyret system et behov for prioritering mellem alternative anvendelser af offentlige midler. Vi har endvidere en situation, hvor optimering af driften kræver en vis fleksibilitet til at tilrettelægge produktionen. Begge dele fører til den konklusion, at en vis ventetid på bestemte områder er acceptabel og nødvendig i et optimalt drevet offentligt behandlingssystem. På den *anden side* er det vanskeligt for politikere at sidde det legitimitetsmæssige pres, som ventetidsdiskussionen giver anledning til, overhørigt. Der er få ting inden for sundhedsvæsenet, der har givet anledning til så meget udtalt misfornøjelse som ventelister og ventetider (DSI, 1996). Tilsammen udgør disse modsatrettede tendenser grundlaget for en vanskelig politisk problemstilling, som i et offentligt styret system med begrænsede ressourcer kræver prioritering. Med overgang til et efterspørgselsstyret system kunne vi temmelig sikkert reducere ventetiderne betragteligt, men det ville samlet set blive dyrere end det nuværende system, jf. sammenligninger med forsikringsbaserede systemer (se f.eks. Sundhedsministeriet, 1999).

## Hvad påvirker ventetiderne, og hvilke politiske handlemuligheder kan der peges på?

Et yderligere problem i forbindelse med ventetid er, at der ud over praktiske og politiske problemer med ventetidsopgørelser også er problemer med at skabe klarhed over sammenhængen mellem instrumenter til påvirkning af ventetider og den faktiske effekt (jf. Sundhedsministeriet, 1997a: 8; Blom-Hansen, 1998: 383). I det følgende præsenteres og diskuteres nogle af de forhold, som kan forventes enten at øge eller mindske ventetiderne.

Ifølge Peter Sylvest Olsen (1997: 4) øges tilgangen til en afdelings venteliste blandt andet af følgende faktorer:

1. Befolkningens aldersmæssige sammensætning ændrer sig. Der bliver flere ældre, og de har et større forbrug af sygehusvæsenets ydelser end de yngre generationer.
2. Nye medicinske undersøgelses- og behandlingsmetoder gør det muligt at diagnosticere og behandle stadig flere sygdomme, og de vil derfor øge tilgangen. Nye metoder kan dog også muliggøre, at nogle eller alle patienter med en given sygdom kan behandles af de praktiserende læger, hvorved tilgangen til afdelingens venteliste nedsættes.
3. Mange af de nye metoder (f.eks. "kikkert-operationer" og nye anæsthesimetoder) er mere skånsomme over for patienten, og man kan derfor behandle ældre og mere svagelige patienter end før.
4. Patienterne stiller større krav, og det er især tydeligt for de nye generationer af ældre. Tærsklen for, hvilke gener en patient vil affinde sig med, er faldende. Det er spydigt blevet beskrevet med vendingen, "aldrig har så mange lidt så meget af så lidt". Patienternes viden om nye behandlingsmuligheder (og dermed mulighed for at stille krav) øges takket været mediernes, herunder nu også adgang til nationale og internationale datakilder via internettet.
5. Hvis ventetiden for en given sygdom nedsættes på grund af en øget behandlingskapacitet, vil antallet af henvisninger ofte stige. Dette skyldes enten, at kriterierne for, hvilke patienter der lægeligt set bør tilbydes behandlingen, "skrider", eller også, at henvisningspraksis ændres uanset indikationskriterierne.
6. Øget sygelighed, f.eks. øget forekomst af miljø- og livsstilsbetingede sygdomme.
7. Frit sygehusvalg, hvis f.eks. udenamtpatienter vælger et sygehus med lang ventetid på grund af et godt ry (eller hjemsygehusets dårlige ry).
8. Omvisitering af patienter fra andre afdelinger/sygehuse som led i omorganiseringer.

De sidste to faktorer giver en lokal, men ikke national forøgelse af ventetiden.

Produktionen kan nedsættes blandt andet på grund af følgende faktorer:

1. Midlertidige eller permanente besparelser.
2. Midlertidige lukninger eller nedsat produktion, f.eks. på grund af ferier og helligdage.
3. Personalemangel.
4. Faldende effektivitet.
5. Strejker/arbejdsnedlæggelser.

Det ses, at ventelister påvirkes af et komplekst sæt af faktorer på både efterspørgsels- og udbudssiden. Nogle af disse kan umiddelbart påvirkes ved politiske beslutninger, mens andre højst kan påvirkes på længere sigt. Det ses dermed også, at udgiftsniveauet ikke er den eneste parameter, og at det kan være usikkert, hvorledes tilførsel af midler vil udmønte sig i forhold til ventetider.

Et væsentligt element ved diskussionen er, at den medicinske-teknologiske udvikling medfører, at man kan behandle flere typer lidelser end tidligere. Dette giver ny tilgang af patienter og kan skabe ventelister på områder, hvor der tidligere ikke var nogen behandlingsmulighed. Eksempelvis var knæledsudskiftning, stær-operationer osv. ukendte eller meget komplicerede for blot et par årtier siden. Nu er de almindelige, og mange patienter melder sig på venteliste til behandling.

I tilfælde af meget stram budgettering vil der være en tendens til forlængelse af ventetider, fordi det for den enkelte udbyder er den eneste parameter, der kan variere. Denne tendens forstærkes, hvis der er begrænset fleksibilitet i forhold til, hvor og hvornår man kan indsætte ressourcer (f.eks. på grund af arbejdstidsregler, manglende mulighed for aflønning af overtid osv.). Rammebudgettering har mange fordele, men giver generelt ikke økonomiske incitament til at øge effektivitet eller aktivitetsniveau (Pallesen, 1997). En (økonomisk) rationel afdelingsleder vil i et system med rammebudgettering sørge for at lægge aktivitetsniveauet, så han/hun ikke overskrider budgettet. Det giver typisk besvær og konflikter at forsøge at presse personalet til at løbe hurtigere, mens patienter på venteliste er en mere anonym størrelse og måske endda kan bruges til at presse bevillingsgivere ved følgende budgetforhandlinger. Fokus bliver dermed på budgetoverholdelse frem for aktivitetsøgning (og ventetidsreduktion) inden for den tildelte ramme.

Hvis man alligevel skal handle, hvilke muligheder kan der så peges på for at løse dette politiske problem inden for rammerne af et offentligt drevet sygehusvæsen?

1. Tilførsel af midler er en mulighed. Tilførsel kan f.eks. ske som en generel forhøjelse af bevillingsniveauet eller i form af øremærkede midler (puljemidler) rettet mod særlige indsatsområder. Problemerne med denne løsning er velkendte (og delvist beskrevne ovenfor). Dels er et øget udgiftsniveau vanskeligt i en periode med pres på den offentlige sektor. Dels er der en tendens til, at øget udbud i sig selv kan skabe øget efterspørgsel. Endelig er der uklarhed om, hvor man får mest ventetidsreduktion for pengene og dermed, hvordan man kan prioritere mellem de forskellige områder med ventetider. Det er således vanskeligt at sige, hvorvidt og hvordan tilførsel af ekstra midler i et rammestyrret system vil kunne reducere ventelister. En række andre faktorer spiller også ind (jf. ovenfor). Nogle af disse vil vanskeligt kunne påvirkes på kort sigt (sygelighed, demografi, uddannet personale og udstyr mv.), andre kan man forsøge at påvirke, men udfaldet er ikke altid klart i et så kompliceret produktionssystem. Endelig skal man holde sig for øje, at hvis efterspørgslen øges ved stigende aktivitetsniveau, vil ekstra midler have begrænset effekt på de samlede ventetider. Øremærkede midler til et behandlingsområde kan indebære en de facto nedprioritering af andre.
2. Andre muligheder er effektivisering af driften og/eller etablering af særlige incitamentter til at øge aktivitetsniveauet. Mere fleksible arbejdsrutiner og -tider kan være en nødvendig del af effektiviseringen. Tilsvarende kan særlige organisatoriske modeller, som f.eks. elektive behandlingenheder og sammedagskirurgi, øge effektiviteten. Et generelt problem med effektiviseringstiltag er imidlertid uklarhed om mål og midler. Det, som virker godt i én organisatorisk kontekst, er måske mindre velfungerende i en anden (Bentsen et al., 1999: 21; 306-311). Der er formentligt også grænser for, hvor langt effektivisering kan føres, uden at der skabes andre negative konsekvenser. Den marginale nytte af effektiviseringstiltag svækkes temmelig sikkert på et eller andet tidspunkt, og vi ved sjældent, hvornår det punkt er nået.
3. I forhold til økonomiske incitamentter for aktivitetsforøgelse er ulempen, at det typisk samtidigt skaber pres på ressourceforbruget og eventuelt u hensigtsmæssige satsninger på produktionsniveauet.
4. Ser man isoleret på sygehusniveauet, kan ventelister nedbringes (flyttes) ved at omlægge behandlingsaktiviteter til sammedagskirurgi, ambulans behandling eller behandling hos praktiserende speciallæger.

5. Et andet politisk redskab, som har været anvendt i flere lande, herunder Danmark, er etablering af maksimale ventetider. Dette kan have forskellige udformninger og kan være ledsaget af incitament eller retskrav og sanktioner. Generelt svarer ventetidsgarantier til en henstilling om at prioritere bestemte behandlingstyper over andre. I den efterfølgende del af rapporten behandles de danske garantier og beslutningsprocessen omkring dem i større detaljer. Det er værd at beskæftige sig specifikt med ventetidsgarantier, fordi de i Danmark udgør et hovedelement i de formelle politiske beslutninger på området, og fordi de har fået stor opmærksomhed i den offentlige debat. Ventetidsgarantier er endvidere kendetegnet ved, at de er vanskelige at overholde og dermed tilsyneladende vanskelige at bruge som effektive redskaber.
6. Andre redskaber til reduktion af ventetider er etablering af mere information til den enkelte patient om ventetider forskellige steder og måske særligt om, hvornår han/hun kan forvente at blive behandlet (booking-systemer). Tankegangen er, at uvished skaber utilfredshed, mens muligheder for at planlægge skaber tryghed. Sammenligninger af USA og England viser, at der er mindre utilfredshed med ventetid i USA, selv om den på nogle områder er større end i England. Dette tilskrives, at man i USA i højere grad aftaler et bestemt behandlingstidspunkt med den enkelte patient. Danske amter arbejder med etablering af booking-systemer, men de er i øjeblikket ikke bredt tilgængelige for alle praktiserende læger.
7. Der kan iværksættes kampagner til reduktion af tilgangen til behandlingssystemet via højnelse af sundhedstilstanden eller mere restriktiv henvisningspraksis og selvselektion.
8. Endelig kan man inden for systemets rammer etablere større grad af valgfrihed, så patienter kan udnytte eventuelle forskelle i ventetider. Dette kan i princippet skabe bedre fordeling af patienter og dermed udjævning af ventetider på de forskellige behandlingssteder. I Danmark er dette gjort ved etablering af "frit sygehusvalg" (Vrangbæk, 1999).
9. En forudsætning for, at de øvrige tiltag kan virke, er, at der ikke findes "flaskehalse" i form af mangel på personale, udstyr eller faciliteter. Derfor kan andre nødvendige tiltag være øget uddannelsesvolumen og målrettet indkøb af udstyr.

Samlet må man på baggrund af dette og de forrige afsnit om informationsdannelse sige, at betingelserne for politisk handling på ventetidsområdet er vanskelige. Der er uklarheder i forbindelse med at skaffe information om problemets størrelse, og der er uklare koblinger mellem midler til nedbringelse af ventetider og resultaterne. Ikke desto mindre presses det politiske



system og sundhedsvæsenet legitimitetsmæssigt af gentagne historier om ventetid. Ventetid bliver ofte i den offentlige debat et symbol for generel ineffektivitet og mangel på styrbarhed, uanset hvor stort det reelle problem måtte være, og uanset at der faktisk på mange niveauer arbejdes med generelle redskaber til styrkelse af kapacitet og gennemløbshastighed i systemet. I den politiske verden har reaktionen på denne situation blandt andet været at pege på ventetidsgarantier, uanset at dette redskab plages af mange af de problemer med målbarhed og usikre kausalrelationer, som er beskrevet ovenfor.

## **Hvad har man gjort i Danmark for at oparbejde viden om ventetider?**

Hvilket konkret vidensgrundlag har man så haft på forskellige tidspunkter i forhold til ventetidsproblemet? Dette illustreres af Peter Sylvest Olsens gennemgang af udviklingen i ventetidsopgørelser (Sylvest Olsen, 1997: kapitel 6.1), hvorfra følgende oplysninger stammer.

I 1981 nedsatte Amdsrådsforeningen en arbejdsgruppe, der skulle fastlægge entydige definitioner af ventelistebegrebet. Arbejdsgruppen opstillede en række forslag i en rapport i 1982. Arbejdsgruppen understregede også, at "ventelisten må renses jævnlgt".

I 1982 nedsatte Indenrigsministeriet et udvalg, som havde til formål at beskrive ventelisteproblematikken og metoder til nedbringelse af ventetiderne, samt udforme ventetidsdefinitioner. Baggrunden for udvalgets nedsættelse var, "at de lange ventetider for behandling af visse sygdomme var blevet stærkt kritiseret, og at det havde vist sig nærmest umuligt at få oplysninger om de reelle ventetider" (Sylvest Olsen, 1997: kapitel 6.1). Arbejdet resulterede i 1983 i et notat, hvor man blandt andet anbefalede, at indberetningen til Landspatientregisteret blev udbygget med patienternes henvisningsdato, hvilket blev gennemført i 1983.

I 1986 nedsatte Indenrigsministeriet en arbejdsgruppe, der blandt andet fik til opgave at "beskrive problemerne med at opgøre ventetider, opstille ventelister og de anvendte metoder hertil" (Indenrigsministeriet, 1986). Man skulle også vurdere faktisk og mulig brug af ventetidsopgørelser. Herudover skulle arbejdsgruppen fremkomme med forslag til foranstaltninger, der kunne nedbringe ventetiderne. Baggrunden var, at det havde været "svært at få relevante, ensartede og dermed sammenlignelige opgørelser over ventetidsproblemetets omfang" (Indenrigsministeriet, 1986).

Arbejdsgruppen udgav samme år en rapport, hvor man blandt andet anbefalede, at Sundhedsstyrelsen skulle iværksætte et kvartalsvist, papirbaseret informationssystem vedrørende ventetider til sygehusbehandling for en

række diagnoser fra den 1/1/1987. Man understregede også vigtigheden af, dels at de praktiserende læger blev orienteret om ventetider for de enkelte diagnoser, dels at ventelisten jævnlige blev gennemgået lokalt, så den kun indeholdt de aktuelt ventende.

I 1988 nedsatte Amtsrådsforeningen en arbejdsgruppe vedrørende systemer til opgørelse af ventetider og ventelister. Gruppen blev nedsat på grund af utilfredshed med det papirbaserede indberetningssystem for ventetider og fik til formål at "undersøge, om det var muligt at opstille et fagligt forsvarligt system for opgørelse/indberetning af ventetider og ventelister" (Amtsrådsforeningen, 1989). Man skulle desuden fastlægge, hvordan ventetider og ventelister skulle opgøres. I sin rapport definerede gruppen en række væsentlige begreber, der indgik i opgørelse af ventelister og ventetider. Man anbefalede, at Landspatientregisteret skulle udbygges med oplysninger om de registrerede patienters henvisningsforløb (primært passiv ventetid), idet man vurderede, at udbyttet af et landsdækkende ventelisteregister ikke ville stå i et rimeligt forhold til den betydelige ressourceindsats, opbygningen heraf ville kræve.

I 1993 aftalte Sundhedsministeriet og amterne, at ventetiden til operation på sygehusene inden udgangen af 1995 gradvist skulle nedsættes til højst tre måneder. Samtidig nedsatte Sundhedsministeriet et ventetidsudvalg, der skulle fremsætte forslag til realisering af den fælles målsætning. Udvalget skulle tillige "foranledige, at der hurtigst muligt blev udarbejdet retningslinier for en ensartet registrering af ventetid i sygehusvæsenet" (Sundhedsministeriet, 1993a). Ventetidsudvalget anførte i sin første rapport fra april 1993, at en arbejdsgruppe under udvalget ikke foreslog central indberetning af ventelister. I arbejdsgruppens rapport stod blandt andet følgende:

"Underudvalget har under sit arbejde imidlertid vurderet, at ventelisteopgørelser ikke er nødvendige for den centrale opfølgning af ventelisteinitiativerne... Underudvalget indstiller, at der ikke påbegyndes en central registrering af ventelister som led i opfølgningen af ventelisteinitiativerne, og at man samtidigt ophører med Sundhedsstyrelsens halvårlige opgørelser over ventelister til få udvalgte operationer" (Sundhedsministeriet, 1993b).

Derimod kunne underudvalget "støtte sygehuskommunernes ønske om fastsættelse af fælles retningslinier for, hvordan ventende patienter skal registreres" (Sundhedsministeriet, 1993b). Underudvalget foreslog også, "at det gøres obligatorisk at indberette passiv ventetid til Landspatientregisteret med virkning fra 1/1/1995" (Sundhedsministeriet, 1993b).

I juni 1994 blev oprettelsen af Ventelisteregisteret aftalt som et led i aftalen mellem regeringen, Amtsrådsforeningen, Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune om amternes økonomi for 1995. Man skønnede, at

en central registrering var nødvendig, dels for at kunne foretage samlede opgørelser af ventelister og ventetider, dels for at kunne sammenligne sygehuskommunerne indbyrdes. Et vigtigt aspekt heri var offentlighedens (patienternes) behov for aktuelle ventetidsoplysninger på tværs af amtsgrænserne. Ventetidsregistret blev påbegyndt, men blev senere taget af bordet igen på grund af for lav datakvalitet. Denne beslutning kom efter anbefaling fra Sundhedsministeriets udvalg om ventetidsoplysninger og elektronisk booking i 1998.

I den afsluttende rapport fra februar 1997 påviste Ventetidsudvalget, at ventetidssituationen var blevet forværret fra 1992 til 1995 trods en stigende operationsaktivitet, og man skrev følgende:

“Samlet set har det ikke inden for rammerne af den foreliggende dokumentation været muligt at forklare, hvorfor der ikke er en entydig sammenhæng mellem udviklingen i operationsaktivitet og ventetid, som netop var en af forudsætningerne bag beregningerne over den nødvendige meraktivitet” (Sundhedsministeriet, 1997a).

Kontorcheferne Claus Juhl og Poul Hansen fra Sundhedsministeriet illustrerer i en artikel fra 1997, hvorledes man fra de centrale myndigheds side har arbejdet med at forbedre det statistiske grundlag for politiske beslutninger om ventetider på baggrund af opgørelser fra Landspatientregisteret i Danmark og Sundhedsministeriets ventelisteregister. Disse forbedringer har ifølge forfatterne givet betydeligt bedre muligheder for at vurdere ventetidsudviklingen i Danmark (Juhl & Hansen, 1997).

Andre forfattere er imidlertid mere skeptiske. Det gælder f.eks. Blom-Hansen, som i en artikel fra 1998 påpeger, at Landspatientregisteret netop ikke giver mulighed for at skelne mellem aktiv og passiv ventetid eller mellem frivillig og ufrivillig ventetid. Det datainitiativ med etablering af et egentligt ventelisteregister, som Juhl & Hansen refererer til, og som skulle rette op på nogle af disse svagheder, er efterfølgende sat i bero på grund af ringe datakvalitet (Blom-Hansen, 1998; Sundhedsministeriet, 1998: 33; og ovenfor).

Denne gennemgang af udviklingen omkring ventetidsinformation illustrerer for det første, at ventetidsproblematikken har været på dagsordenen i Danmark siden 1980'erne. For det andet, at der i perioden siden 1983 løbende er talt om at forbedre ventetidsstatistikken, men at det fortsat er vanskeligt på baggrund af tilgængelige tal at sige noget entydigt om sammenhængen mellem aktivitetsniveau, ressourcetilførsel og ventetider. Det er kendetegnende, at man i 1998 måtte opgive de planlagte detaljerede opgørelser over ventetid på grund af ringe datakvalitet.

Vanskelighederne med at etablere pålidelig og detaljeret information skyldes formentligt både praktiske og interessebaserede barrierer. Praktiske barrierer er beskrevet ovenfor. Interessebaserede barrierer handler om, at forskellige aktører kan have særskilte opfattelser af ventetidsproblematikken og særlige interesser i at bringe deres synsvinkel til torvs. Spillet om informationer kommer derfor til at indgå i generelle interessekampe og forsøg på definition af virkeligheden i feltet.

En konklusion fra gennemgangen er, at der i hele perioden er en diskrepans mellem den tilgængelige statistik og de ideelle fordringer til ventetidsstatistik, som er præsenteret ovenfor. De praktiske og politiske barrierer ved udarbejdelse af mere nuancerede opgørelser er tilsyneladende for store. Vi sidder derfor i hele den undersøgte periode, og formentligt også fremover, med et statistisk billede, som viser relativt fiktive størrelser. Enkeltpatienter har hver deres individuelle ventehistorie, og den faktiske ventetid er resultatet af en kompliceret række af hændelsesforløb i forskellige dele af behandlingskæden. Så længe der ikke udarbejdes detaljerede og pålidelige ventetidsoversigter for alle dele af forløbet (og det er en svær opgave), vil informationerne have begrænset værdi.

Gennemsnitsbetragtninger kan fungere som pejlemærker for sundhedsudbydere. I den praktiske hverdag har man imidlertid ikke nødvendigvis redskaber eller råderum til at påvirke ventetidsudviklingen. Man kan ikke styre tilgangen af akutte patienter, og man har typisk ikke adgang til at udvide ressourcegrundlaget, hvis det skønnes nødvendigt for at påvirke ventetiderne. Dermed kommer der et spænd mellem den politiske verdens fokusering på gennemsnitsbetragtninger og den noget mere komplicerede virkelighed for den enkelte patient og det enkelte behandlingssted. Den faktiske ventetid er resultat af mange forskellige forhold, og der er gode grunde til variationer i ventetid. For det enkelte behandlingssted er det vanskeligt at påvirke de betingelser, som styrer ventetidsudviklingen. På den baggrund er det måske ikke så underligt, at ventetidsgarantier har forekommet vanskelige at overholde i praksis, selv om de i den politiske verden kan se ud som besnærende løsningstiltag i forhold til en besværlig og kompliceret problemstilling.

## **Hvad siger tilgængelige statistikker om ventetider og ventetidsudvikling?**

Et overordnet billede fås ved følgende tal: 68 procent af alle indlagte i 1995 blev behandlet uden ventetid, de blev nemlig indlagt akut uden at have stået på venteliste. Otte procent af alle indlagte patienter i 1995 ventede i mere end tre måneder. 28 procent af de ikke-akutte patienter ventede i 1992 mere

end tre måneder på en operation. Det samme tal var i 1995 steget til 35 procent, selv om aktiviteten var steget i samme periode. Siden har tallet været faldende (Sylvest Olsen, 1997: 4).

Hovedparten af de behandlede indlægges akut og dermed uden ventetid. Af de resterende er det omtrent en tredjedel, som venter mere end tre måneder. Der har været en stigende tendens frem til 1995 på trods af øget behandlingsaktivitet. Siden har ventetiderne været faldende. Er dette så et stort problem? Det kan ikke besvares entydigt eller endegyldigt. Det kommer an på, hvem der venter og hvor længe. Under alle omstændigheder har det udgjort et politisk problem i perioden.

Ventetidsudviklingens udvikling over tid kan endvidere illustreres med beregninger for udvalgte behandlingstyper på baggrund af de tilgængelige (men mangelfulde) tal. Følgende tre tabeller bygger på henholdsvis Sundhedsstyrelsens statistik over ventetider 1987-1993, som indeholder bagudrettede tal over realiserede ventetider, og Sundhedsministeriets elektroniske "Ventetidsinfo", som siden september 1998 har indeholdt forventede (fremadrettede) ventetider baseret på amternes vurdering. Sundhedsstyrelsens statistik indeholder kun et begrænset udvalg behandlingstyper, mens de mest relevante fra Sundhedsministeriets opgørelse er udvalgt til denne tabel. Der er tale om beregnede gennemsnitstal for alle relevante behandlingssteder, hvilket indebærer visse problemer – f.eks. påvirkes gennemsnitstal særlig meget af ekstreme værdier på enkeltsygehuse/afdelinger. En vurdering af materialets spændvidde og maksimumværdier har imidlertid vist, at variationsbredden er så begrænset, at det skønnes forsvarligt at bruge tabellerne til at give en indikation af udviklingen.

Ventetiderne for livstruende kræftsygdomme har generelt i hele perioden været under to uger. De øvrige ventetider har været svingende, men især for ventetider til behandling synes der at være en svag nedadgående tendens, jf. figur 2.1.

Sammenlignes de ældre opgørelser med de nyere opgørelser, ses en tendens til angivelse af længere ventetider i 1998-2000. Dette skyldes formentlig forskelle i opgørelsesmetode. Under alle omstændigheder skal man være forsigtig med direkte sammenligninger mellem de to tidsperioder.

Ovennævnte tal er ikke i sig selv tilstrækkelige til at afgøre, om ventetider har været et uacceptabelt stort problem. Vi må have bedre information om, hvem der har ventet, på hvilke tidspunkter i behandlingsforløbet og hvor længe. Generelt ser billedet dog ikke så dystert ud, som man måske skulle tro, hvis man har lyttet til den offentlige debat i den samme periode.

Tabel 2.1. Gennemsnitlig ventetid til behandling opgjort i uger

	1987			1988			1989		1990		1991		1992		1993		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	1	2	
Hjerte: Bypass	4,1	5,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,9	5,4	5,3	3,9	3,3	2,5
Knæarthrose	16,6	17,0	17,0	15,7	12,0	11,8	12,0	12,3	10,9	10,7	8,8	8,4	9,2	9,6	8,9	10,6	-
Hoftearthrose	6,7	10,8	9,6	8,1	7,4	7,5	7,8	8,5	9,1	8,1	6,1	5,9	6,0	7,0	7,1	7,2	-
Grå stær	7,8	10,7	9,4	8,5	8,6	8,5	8,6	8,5	8,8	8,9	7,3	6,1	5,5	5,4	5,0	6,0	-

Udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens statistik over ventetider til sygehusbehandling 1987-1993. Opgørelsen bygger på observerede (bagudrettede) ventetider.

Tabel 2.2. Gennemsnitlig ventetid til forundersøgelse opgjort i uger

	1998			1999							2000								
	måned			måned							måned								
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Lungekræft	1,5	1,7	1,3	1,1	1,4	1,6	1,5	1,5	1,8	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5	1,3	1,2	1,3	1,8	0,8
Brystkræft	1,6	1,4	1,2	1,4	1,4	1,3	1,4	1,1	1,4	1,5	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3	1,4	1,2	1,3	1,3
Endetarmskræft	1,7	1,6	1,3	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,7	1,7	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,3	1,5	1,4
Livmoderhalskræft	1,8	1,6	1,4	1,5	1,6	1,4	1,5	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,4
Tyktarmskræft	2,0	1,5	1,2	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,5	1,5	1,7	1,4	1,5	1,5	1,4	1,5	1,3	1,5	1,5
Diskusprolaps	5,4	6,1	6,7	5,6	4,4	6,0	5,7	4,2	6,0	5,4	5,4	5,9	5,6	5,2	5,9	5,7	5,4	5,0	5,3
Hjerte: Ballonudvid.	6,3	8,8	9,4	12,5	11,0	6,7	6,1	4,4	3,2	4,0	3,7	5,0	4,9	7,5	5,5	5,4	8,2	8,9	8,0
Hjerte: Bypass	6,3	8,8	9,4	12,5	11,0	6,7	6,1	4,4	3,6	4,0	3,7	5,5	5,7	7,7	5,5	5,4	8,2	9,0	8,3
Kunstågt knæ	7,3	9,6	9,8	8,5	7,5	7,9	8,9	7,4	8,2	9,9	10,1	9,8	8,4	8,4	9,7	8,8	8,1	7,9	8,1
Kunstågt hofte	8,9	10,4	10,0	8,6	7,7	8,3	8,8	7,6	8,1	9,6	9,6	9,6	8,5	8,1	9,4	8,7	8,0	7,8	7,8
Meniskoperation	10,0	10,7	10,8	9,0	8,7	9,3	8,9	9,6	8,7	9,8	10,4	9,4	8,8	8,8	9,3	8,9	9,6	8,7	8,9
Brok	11,8	12,7	15,5	10,5	8,9	7,0	7,6	8,0	9,1	8,5	9,5	7,3	8,7	7,9	6,9	8,0	6,9	7,4	8,2
Åreknuder	15,0	13,4	12,3	11,4	12,2	12,4	10,1	8,5	10,4	12,5	12,6	11,0	12,0	10,5	13,4	17,5	10,6	11,2	12,5
Grå stær	39,1	33,1	33,5	31,6	31,7	28,3	32,5	34,2	33,0	29,4	34,4	32,2	30,1	42,6	36,1	36,1	34,0	32,7	34,7

Udarbejdet på baggrund af Sundhedsministeriets "Ventetidsinfo". Tallene for september 1998 var upåldelige og er derfor ikke tilgængelige. Opgørelsen bygger på antarnes vurdering af forventede (fremadrettede) ventetider. Tallene er beregnet som gennemsnit for de sygehuse, som har afgivet oplysninger, og som udfører den pågældende behandling.

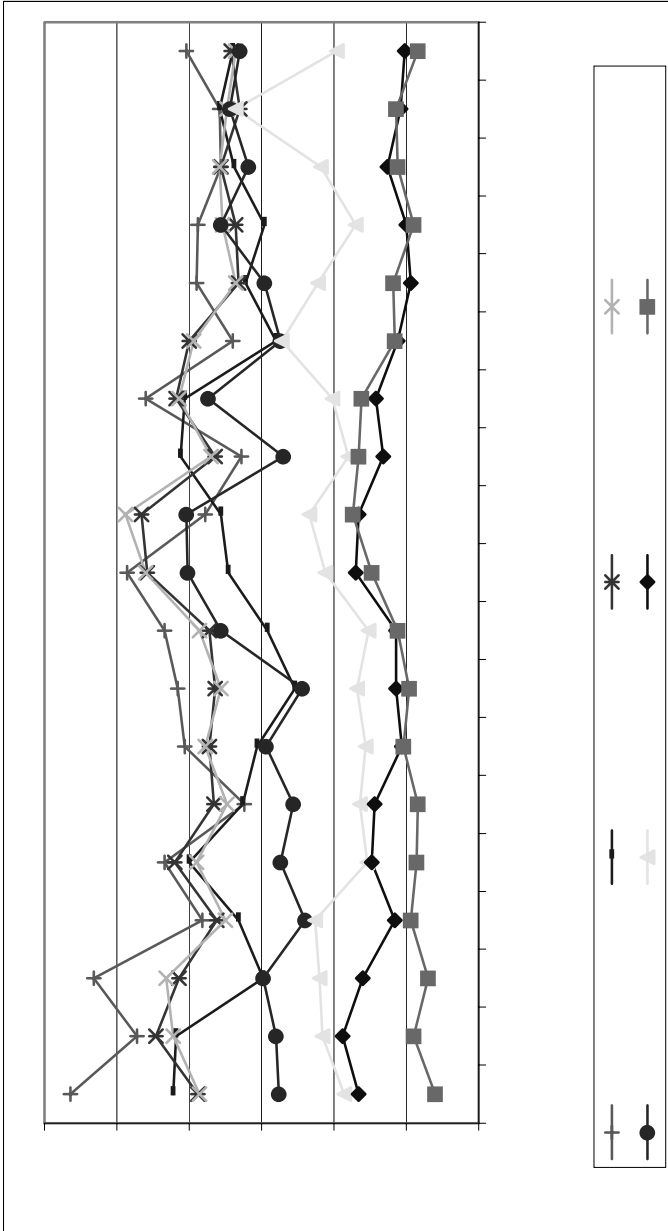
Tabel 2.3. Gennemsnitlig ventetid til behandling opgjort i uger

	1998 måned									1999 måned									2000 måned		
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
Lungekræft	1,7	1,9	1,7	1,6	1,7	1,7	1,4	1,6	1,7	1,8	1,6	1,7	1,7	1,4	1,5	1,5	1,9	1,5	1,5		
Brystkræft	1,7	1,6	1,4	1,7	1,6	1,5	1,2	1,7	1,7	1,8	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,4	1,5	1,6		
Endetarmskræft	2,1	1,7	1,5	1,7	1,7	1,6	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8	1,6	1,6	1,6	1,8	1,6	1,5	1,6	1,7		
Livmoderhalskræft	1,8	1,9	1,5	1,6	1,7	1,8	1,7	1,6	1,6	1,8	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,7	1,5	1,6	1,6		
Tyktarmskræft	2,1	1,8	1,5	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6	1,7	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,8	1,6	1,5	1,7	1,6		
Diskusprolaps	8,3	9,4	8,0	5,8	7,4	7,2	5,3	5,7	5,7	8,5	8,3	6,6	7,1	5,6	4,7	5,0	6,3	5,4	5,1		
Hjerte: Ballonudvid.	3,0	4,5	3,5	4,7	4,3	4,2	5,2	4,8	5,6	7,4	8,7	8,3	8,1	5,8	5,9	4,5	5,6	5,7	4,2		
Hjerte: Bypass	9,3	10,8	11,0	11,3	7,7	8,2	7,8	8,4	7,6	10,6	11,7	9,0	10,1	13,6	11,1	8,5	10,9	16,8	9,8		
Kunstig knæ	19,3	21,1	21,6	17,5	19,5	17,4	18,9	17,8	19,3	23,0	24,4	18,5	20,7	19,7	16,8	17,7	17,9	17,4	16,8		
Kunstig hofte	19,4	22,3	20,7	18,1	21,0	18,3	18,6	18,2	18,6	22,9	23,3	18,2	20,9	20,0	16,6	16,8	17,8	16,5	17,1		
Meniskoperation	13,8	14,0	14,9	12,0	13,7	12,8	14,7	12,2	17,8	20,1	20,2	13,5	18,7	13,7	14,8	17,8	15,9	17,2	16,5		
Brok	28,2	23,6	26,6	19,1	21,7	16,2	20,3	20,8	21,7	24,3	18,9	16,4	23,0	17,0	19,5	19,4	17,8	17,9	20,2		
Åreknuder	21,1	20,9	14,9	16,6	20,0	16,3	15,3	12,7	14,6	17,3	17,8	20,6	20,3	14,0	16,1	14,8	16,9	17,9	17,0		
Grå stær	17,8	4,5	10,5	9,0	10,0	10,0	8,4	7,6	10,0	9,8	5,4	7,4	9,9	7,7	7,4	8,6	7,3	5,7	5,2		

Udarbejdet på baggrund af Sundhedsministeriets "Ventetidsinfo". Tallene for september 1998 var upåldelige og er derfor ikke tilgængelige. Opgørelsen bygger på arnternes vurdering af forventede (fremadrettede) ventetider. Tallene er beregnet som gennemsnit for de sygehus, som har afgivet oplysninger, og som udfører den pågældende behandling.



Figur 2.1. Ventetid til behandling opgjort i uger (september 1998 – marts 2000)



For mere detaljerede og aktuelle tal henvises i øvrigt til Sundhedsministeriets opgørelser (se f.eks. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)).

Som opsummering på denne gennemgang af vidensgrundlag og ventelisternes autonomi kan vi fastslå, at ventetider i de seneste årtier har fremstået som en vanskelig politisk problemstilling med flere og delvis modstridende dimensioner.

Man kan for det første sige, at der klart er tale om et legitimitetsmæssigt problem. Som beskrevet ovenfor er ventelister svære at acceptere for en befolkning, der er blevet vænnet til en mere individualistisk og forbrugsorienteret indstilling til offentlige ydelser, og som præges af svækket tillid til både medicinske og administrative autoriteter. På den anden side er det nødvendigt i en situation med begrænsede ressourcer at foretage politiske prioriteringer mellem forskellige anvendelsesområder (Christiansen et al., 1995). Selv hvis man politisk set er villig til at kaste flere ressourcer ind i sektoren, er der begrænset viden om sammenhæng mellem øgede ressourcer og nedbringelse af ventetid. Hvis øget tilførsel af midler skal nedbringe ventetider kræves, at der ikke er flaskehalse f.eks. i form af mangel på personale og udstyr mv., at der skabes mulighed for at ændre prioritering på de enkelte driftsområder, og at øget udbud ikke skaber øget efterspørgsel.

Også forvaltningsmæssigt er problemstillingen blandet. På den ene side kan man hævde, at ventelister indebærer organisatoriske og ressourcemæssige problemer, fordi der skal bruges ressourcer til såvel sygedagpenge mv. som til at administrere ventelisterne. På den anden side er ventelister nødvendige i forhold til den komplekse planlægnings- og prioriteringsproces på produktionsniveau. Hvis man skal udnytte ressourcerne optimalt, er det nødvendigt med fleksibilitet til at lade nogle patienter vente, mens andre prioriteres højere. Hertil kommer, at det ud fra medicinsk-faglige kriterier kan være nyttigt at lade nogle patienter vente, fordi der kræves nærmere afklaring af diagnosen, eller fordi der er mulighed for, at tilstanden forbedres af sig selv. Generelt kompliceres problemstillingen af, at der er store forskelle i medicinsk-faglig praksis, hvilket også vil afspejles i holdningen til, hvad der er acceptabel eller ligefrem gavnlig ventetid for forskellige patienter. Dette kan svække accepten af ventetider hos patienter og skabe praktiske barrierer for at finde et vidensgrundlag omkring acceptable ventetider, at der som beskrevet ovenfor er en række praktiske og sikkert også interessebaserede problemer med at frembringe detaljeret og pålidelig information om ventetidsproblematikken, selv om der er sket visse løbende forbedringer. Vi har altså at gøre med et komplekst problem, som indeholder adskillige dilemmaer i forhold til politisk handling. Fuldstændig afskaffelse af ventetider vil formentlig kræve, at der etableres stor overkapacitet. På kortere sigt vil det for at håndtere problemet være nød-

vendigt, at der frembringes mere indgående data og større indsigt i, hvordan der faktisk prioriteres på forskellige niveauer. Begge dele vil givetvis møde modstand i systemet (mere herom nedenfor). Generelt kan man sige, at de ovennævnte dilemmaer skaber legitimitetsmæssigt pres mod det offentlige sygehusvæsen. Dilemmaerne skaber med rette eller urette en oplevelse af ineffektivitet, og de giver anledning til at sætte spørgsmålstegn ved, om et offentligt sygehusvæsen er den optimale driftsform.

Kombinationen af usikkert datagrundlag, komplekse sammenhænge mellem problem og løsninger og en problematik, der er umiddelbart fængende i mediemæssig sammenhæng, giver grundlag for, at ventetidspøblematikken bliver et vanskeligt og tilbagevendende politisk problem. Sådanne tilbagevendende problemer er højst ubehagelige for de ansvarlige politikere. De bliver let fortolket ind i en ramme om sundhedsvæsenets ineffektivitet/manglende responsivitet og det politiske systems manglende styringsevne. Som det af og til påpeges i debatten, så har man aldrig behandlet så mange mennesker for så mange forskellige lidelser, og alligevel opfattes sundhedsvæsenet som en fiasko. Dette er et vanskeligt dilemma for det politiske system, som på den ene side må prioritere på baggrund af begrænsede ressourcer og i øvrigt står over for et problem, der ikke alene bestemmes af ressourceniveauet, og på den anden side mister legitimitet, hver gang en ventetidshistorie når avisernes forside. Valg af politiske virkemidler er vanskeligt i en sådan situation.

Hermed er scenen sat for gennemgangen af de tre beslutninger om ventetidsgarantier i Danmark. I de følgende afsnit analyseres disse med henblik på en nærmere karakteristik af beslutningsprocessen i forhold til de tre teoretiske perspektiver.

## Kapitel 3

### Den politiske cyklus.

### Ventetidsgarantier i Danmark

Hvis ventetidsproblematikken ikke (eller i hvert fald kun delvist) er kommet på dagsordenen som følge af solid vidensudvikling, hvad har så drevet processen? I det følgende søges dette spørgsmål besvaret ved at se nærmere på policy cyklussens faser for de tre danske ventetidsgarantier, nemlig ventetidsaftalen fra 1993, den lovfæstede forsøgsordning fra 1995 og behandlingsgarantien for livstruende sygdomme fra 1999. Analysen bygger på en systematiseret gennemgang af parlamentariske forløb og offentlige debatter. I appendiks A-D findes oversigter over hovedelementer heraf. Der henvises til dette appendiks for mere detaljerede informationer.

### Ventetidsaftale 1993

#### *Agendasætning og opkomst. Offentlig debat om ventetider*

Op gennem 1980'erne var der forskellige offentlige debatter om ventetider. Temaer omfatter definitioner af ventetid, private betalingshospitaller, ventetidens længde osv. En del artikler omhandler ventelisteinitiativer i enkeltamter og på afgrænsede behandlingsområder.

Henimod slutningen af 1980'erne dukker tankerne om ventetidsmålsætninger også op i debatten. Enkelte amter, f.eks. Vejle Amt, indfører på eget initiativ ventetidsmålsætninger i begyndelsen af 1990'erne. Der lægges fra amtets side vægt på, at der er tale om målsætninger frem for håndfaste garantier.

I 1989-1991 finder vi i *Ugeskrift for Læger* kortfattede artikler, hvor Sundhedsstyrelsen præsenterer resultaterne af den nye opgørelse af ventetider i Landspatientregisteret. Hovedresultater kan ses i tabel 3.1.

Trenden i de fire år synes nogenlunde stabil. Der opereres et stadigt større antal patienter for hvert år, men alligevel er andelen af samtlige patienter, der venter over tre måneder, konstant. Det angives i artiklen, at de fleste langtidsvæntende findes inden for specialer, hvor ventetid ikke er livstruende, men kan være ubehagelig (øjne, ortopædkirurgi, øre-næse-hals, plastikkirurgi). Sundhedsstyrelsen konkluderer ikke selv, om tallene repræsenterer et væsentligt problem. Det overlades til andre aktører.

Tabel 3.1. Ventetid for ikke-akut opererede patienter i 1987-1990

	1987		1988		1990	
	Antal	Procent af alle patienter	Antal	Procent af alle patienter	Antal	Procent af alle patienter
Ikke-akut opererede patienter	199.000	19,0	205.000	19,1	212.000	19,5
Ikke-akut opererede patienter, der har ventet mindre end 90 dage	145.000	13,8	150.000	13,9	156.000	14,3
Ikke-akut opererede patienter, der har ventet mere end 90 dage	54.000	5,2	55.000	5,2	57.000	5,2
Andel ikke-akut opererede patienter, der har ventet mere end 90 dage i procent af alle ikke-akut opererede		27,1		26,8		26,9

Opgjort af Sundhedsstyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret.

Som beskrevet i forrige afsnit nedsatte Amtsrådsforeningen allerede i 1981 en gruppe, der skulle arbejde med definitioner af ventetider. I 1986 nedsatte også Indenrigsministeriet, der dengang varetog statens opgaver på sundhedsområdet, en gruppe vedrørende ventetider. Denne gruppe konkluderede, at der skulle etableres en systematisk papirbaseret informationsindsamling om ventetider. I 1988 kritiseredes det papirbaserede informationssystem, og det besluttedes at udvide Landspatientregisteret med informationer om ventetid. Imidlertid gav denne udvidelse ikke mulighed for detaljerede opgørelser, fordi der ikke kunne skelnes mellem "aktiv" og "passiv" ventetid (jf. ovenfor).

Amtsrådsforeningen nedsatte et nyt udvalg i 1992. I den endelige rapport anbefalede dette udvalg at indføre seks måneders garanti for udvalgte lidelser (hofteledsoperationer, knæledsoperationer, åreknuder, grå stær) (Amtsrådsforeningen, 1992). Som begrundelse for at pege på netop disse behandlingstyper henviste gruppen til det forhold, at den politiske debat havde fokuseret på disse diagnosetyper, og at Sundhedsstyrelsen havde valgt at fokusere på netop disse diagnoser ved udarbejdelse af statistik ud fra en betragtning om patientgruppernes størrelse og ventetiden. Der anførtes altså en politisk begrundelse frem for en decideret fagligt funderet begrundelse.

Nogle amter, f.eks. Vejle Amt, havde allerede i 1991 etableret ventetidsmål. Indførelsen af frit sygehusvalg fra årsskiftet 1992/93 skabte en vis usikkerhed omkring sådanne individuelle amtslige tiltag. Dette søgtes afhjulpet ved i forbindelse med reglerne om frit valg at etablere en ret til at

afvise udenamtslige patienter. Man kan fortolke periodens decentrale tiltag som forsøg på at komme en folketingsbeslutning i forkøbet eller i det mindste komme til at præge indholdet af en folketingsbeslutning.

### *Parlamentarisk behandling*

Operationskøer og ventetider har været drøftet i det danske Folketing siden midten af 1980'erne (jf. appendiks A). Fra starten fokuseredes på ventetid for hjertepatienter og det forhold, at nogle patienter kunne risikere at dø, mens de var på venteliste (f.eks. Schall Holberg, 27/11/1985). Endvidere var der debat om definitioner på ventetider og debat om lange ventelister for knæ, hofter og stær (jf. appendiks A).

Der var en vis konsensus om problemets forekomst, men debatten var indtil regeringsskiftet i 1993 præget af, at oppositionspartiet Socialdemokratiet var mere offensivt end regeringspartierne. Den generelle tone i debatten var, at oppositionspartierne kritiserede den borgerlige regering for de lange ventetider og for, at den skar for kraftigt i bevillingerne til sygehusevæsenet. Indenrigsminister Knud Enggaard, Venstre, svarede i 1987, at der var tilført flere midler med amtsaftalen for 86/87, at der var iværksat udredningsarbejder om ventetid, og at en del amter havde iværksat tiltag omkring organisering af drift, som kunne nedbringe ventetider. Regeringen fokuserede på fleksibilitet og organisationsforandringer frem for øgede ressourcer som midler til at nedbringe ventetider.

Socialdemokratiet ønskede op gennem 1980'erne primært at løse ventetidsproblemet med tilførsel af flere midler. Fra begyndelsen af 1990'erne begyndte partiet også at formulere en strategi om tre måneders ventetidsgaranti for patienterne (appendiks A). I Folketinget drøftedes i 1992 et socialdemokratisk beslutningsforslag om en tre måneders ventetidsgaranti kombineret med aktivitetsafhængige tilskud. Forslaget var tilsyneladende inspireret af det engelske "Citizens Charter" initiativ, som indebar angivelse af borgernes specifikke rettigheder i forhold til forskellige offentlige ydelser. Tiltaget blev i England lanceret af den konservative regering, men når det i Danmark tages op af Socialdemokratiet, tyder det på en bredere strømning i periodens syn på relationer mellem borgere og den offentlige sektor. En strømning (eller modebølge), som kunne accepteres af flere forskellige politiske ideologier, og som pegede mod mere kontraktlignende forhold mellem borgere og det offentlige.

Socialdemokratiet kunne endvidere hente inspiration i Norge, hvor der i 1991 var indført et prioriteringssystem, som indebar en ventetidsgaranti på seks måneder for patienter i prioriteringsgruppe 2 (de mest almindelige ikke-akutte lidelser), og i Sverige, hvor der tilsvarende i 1992 var indført en ventetidsgaranti på tre måneder for udvalgte behandlingstyper (Amtsråds-

foreningen, 1992; Blom-Hansen, 1998; Juhl, 1996). Endvidere havde nogle amter allerede etableret ventetidsmål på dette tidspunkt.

Regeringspartierne afviste Socialdemokratiets forslag med henvisning til 1) de offentlige udgifter, og 2) det kommunale selvstyre. Regeringen bebudede i stedet fremlæggelse af en handlingsplan, som skulle øge aktiviteten generelt og særligt på hjerteområdet. Handlingsplanen skulle gennemføres ved aftaler med amterne. Ved årsskiftet 1992-1993 blev den borgerlige regering fældet af Tamil-sagen.

### *Valg af løsning/policy instrument*

Det eneste konkrete initiativ, der gennemførtes under den borgerlige regering i Danmark 1982-1993, var således inddragelsen af ventetidsspørgsmålet i regeringens årlige økonomiske forhandlinger med den kommunale sektor (Blom-Hansen, 1998). I aftalen for 1987 og 1988 var regeringen og Amtsrådsforeningen enige om, "at det indenfor rammerne af den aftalte henstilling om uændret udgiftsniveau vil være muligt at reducere ventelisterne på sygehusene væsentligt" (Regeringen og de kommunale parter, 1986). Der blev ikke foretaget nogen nærmere konkretisering af aftalepunktet. Herudover argumenterede den borgerlige regering for, at det frie sygehusvalg kunne medvirke til at udjævne ventetider og presse sygehuse med lange ventetider (Ester Larsen 5/11/1991; se appendiks A). Der fandtes ikke noget detaljeret analyse-mæssigt grundlag for denne antagelse (Vrangbæk, 1999).

Efter regeringsskiftet i 1993 kom det første egentlige statslige initiativ på ventetidsområdet. Den socialdemokratisk ledede regering indgik i februar 1993 en ventetidsaftale med Amtsrådsforeningen (og Københavns og Frederiksberg kommuner). Den afgående regering havde allerede inden skiftet drøftet mulighederne for en forøgelse af behandlingsaktiviteten inden for rammerne af budgettet for 1993. Derfor var det for den socialdemokratisk ledede regering muligt at indgå en aftale meget hurtigt efter regeringsskiftet. Amtsrådsforeningen havde endvidere selv et halvt år før anbefalet medlemmerne at indføre en begrænset ventetidsordning, som skulle indebære seks måneders garanti for behandling af hoftelid, knæled, årknuder og grå stær (Amtsrådsforeningen, 1992, jf. ovenfor). Tankegangen var altså ikke fremmed for amterne.

Ventetidsaftalen fra 1993 indebar en målsætning om, at ventetiden til operation på sygehuse inden udgangen af 1995 skulle nedsættes til højst tre måneder. Med henblik på konkretisering af, hvorledes dette mål skulle opnås, nedsatte aftaleparterne et fælles udvalg. Udvalget skulle opgøre omfanget af ventetidsproblemet og skulle vurdere omfanget af den ekstraordinære operationsaktivitet, som var nødvendig for at nedbringe ventetiderne

inden udgangen af 1995. Man opfattede problemet som koncentreret om afvikling af en "ventetidspukkel", som var opbygget over tid. Underforstået, at der netop var tale om en (usædvanlig) pukkel, som krævede ekstraordinær indsats i en periode, hvorefter aktivitetsniveauet kunne stabiliseres. "Pukkel-tankegangen" betød, at man koncentrerede indsatsen om at finde ud af, hvor mange ekstra operationer der var nødvendige i en given periode. Fokus i aftalen blev dermed på operationsaktivitet i modsætning til en egentlig håndfast rettighed for patienterne. Der valgtes altså en aftalebaseret løsning, som ikke indebar juridisk forpligtelse, men alene en politisk målsætning. Det skal endvidere bemærkes, at målsætningen indebar tre måneders ventetid fra henvisningstidspunkt og til operation (eller afslutning). Dermed var den danske tre måneders garanti i princippet betydeligt mere ambitiøs end f.eks. den svenske garanti (jf. Juhl, 1996).

### *Implementering*

Det af aftaleparterne nedsatte udvalg beskrev, at der ikke fandtes en central opgørelse over, hvor mange der stod på venteliste i det danske sygehusvæsen (Juhl & Hansen, 1997). I stedet anvendtes opgørelser fra Landspatientregisteret, som kunne angive historiske ventetider. Udvalget fandt via disse opgørelser, at andelen af ventelistepatienter, som måtte vente mere end tre måneder på operation, fra 1987-1991 konstant havde været på ca. 27 procent (Sundhedsministeriet, 1993: 24 og ovenfor).

På baggrund af disse opgørelser konkluderede udvalget, at der var brug for i alt 21.000 ekstra operationer i årene 1993-1995 (ekskl. hjerteoperationer). På hjerteområdet anbefalede udvalget, at det permanente aktivitetsniveau i årene 1993-1995 gradvist skulle udvides fra 3.000 til 5.500 operationer årligt (Sundhedsministeriet, 1993). Der var uenighed om disse tal i udvalget. Amterne opgjorde således antallet af ventende patienter til ca. det dobbelte af Sundhedsministeriet (Sundhedsministeriet, 1993: 5). Gennem justering og nærmere gennemgang af tallene nåede man frem til et tal for den ekstraordinære aktivitet, som indebar 30.000 indlæggelser, hvoraf 22.500 skønnedes at medføre operation. Det oprindelige tal blev altså opjusteret en smule (fra 21.000 til 22.500), men tallet forblev lavere end amternes opgørelse. Man kan fortolke uenigheden som en understregning af pointen om, at der er knyttet forskellige interesser til sådanne opgørelser.

I 1994 erkendte aftaleparterne, at målsætningen om maksimalt tre måneders ventetid med udgangen af 1995 ikke kunne opnås uden en yderligere optrapning af aktivitetsniveauet. Parterne enedes derfor om en yderligere øgning af operationsaktiviteten for 1994 og 1995. Det samlede antal skulle derefter nå op på lige godt 41.000, jf. tabel 3.2.



Tabel 3.2. Ekstraordinære operationer som følge af ventetidsaftaler i 1993 og 1994

	1993	1994	1995	I alt
Ventetidsaftale 1993	6.300	8.100	8.100	22.500
Ventetidsaftale 1994	-	7.000	7.000	14.000
Hjerteområdet	600	1.600	2.400	4.600
I alt	6.900	16.700	17.500	41.100

Finansieringsmæssigt var parterne enige om, at den første aftale skulle indebære en tilførsel af midler til amterne på 350 millioner kroner til den generelle operationsaktivitet i perioden 1993-1995 og 495 millioner kroner til aktiviteten på hjerteområdet i perioden 1994-1996. Aftalen i 1994 indebar en forhøjelse af disse beløb med 200 millioner kroner ekstra i både 1994 og 1995. Alt i alt blev der dermed i årene 1993-1995 afsat godt en milliard kroner til formålet.

På trods af denne tilførsel af midler og den generelle fokusering på nedbringelse af ventetider stod det i 1995 klart, at målene ikke ville kunne nås, selv om operationsaktiviteten faktisk blev udvidet fra 1992 til 1994 (Sundhedsministeriet, 1997a; Statusnotat fra Sundhedsministeriet, maj 1995). Som forklaring henvistes til sygeplejekonflikten i 1995. Parterne enedes her efter om at opgive den generelle ventetidsgaranti.

I økonomiaftalen for 1996 blev det i stedet besluttet at fokusere på informationssiden ved, at patienter senest fra 1/1/1996 skulle have adgang til oplysninger om, hvor den aktuelle behandling kunne gives med den korteste ventetid i de amter, som bopælsamtet samarbejdede med.

### Evaluering

Den formelle evaluering bestod af den afsluttende rapport fra Ventetidsudvalget i 1997. I denne rapport blev det fastslået, at

“for 12 af de i ventetidssammenhæng mest relevante operationer er antallet af operationer - under indlæggelse, ambulant og i speciallægepraksis - steget med ni procent i aftaleperioden. Dette har dog ikke medført en tilsvarende reduktion af ventetiden, hvor andelen, der venter mere end tre måneder på indlæggelse, tværtimod er steget fra 38 procent i 1992 til 47 procent i 1995. Operationsaktiviteten under indlæggelse er i perioden faldet for nogle af de tolv operationer og steget for andre. Der kan således *ikke* konstateres en entydig sammenhæng mellem stigende operationsaktivitet og faldende ventetider” (Sundhedsministeriet, 1997a: 8, min kursivering).

Evaluering blev dermed først foretaget, efter ordningen var bragt til ophør i 1995. Der var ikke forud for afblæsningen af ordningen nogen egentlig gennemgribende evaluering. Der var derimod nok en erkendelse af, at mål-

sætningerne ikke kunne nås (Statusnotat fra Sundhedsministeriet, maj 1995) og dermed, at man kunne lide prestigemæssige nederlag på ordningen.

Som begrundelse for, at ventetidsmålsætningen ikke blev nået, anførtes sygeplejestrækken i 1995, som betød en væsentlig reduktion i operationsaktiviteten. I den endelige evaluering fra 1997 anførtes, at målene for operationsaktivitet muligvis kunne være nået i fravær af sygeplejerskekonflikten (s. 8). Det er klart, at konflikten har haft nogen effekt, men på grund af den mangelfulde viden om den nærmere sammenhæng mellem aktivitet og ventetidsudvikling er det svært at vurdere omfanget. Man kan derfor ikke vide, om ordningen reelt kunne være blevet en succes.

### *Hvilke erfaringer drager man så af evalueringerne?*

Politisk drages den erfaring, at man skal være forsigtig med generelle garantier. De kan give politiske nederlag, hvis de ikke virker. Endvidere drages den lære, at det er svært at opfylde generelle ventetidsgarantier. Der er mange ubekendte faktorer både på produktionssiden og på efterspørgselsiden, jf. ovenfor.

På baggrund af erfaringerne med den første ventetidsaftale blev strategien i de følgende år en fokusering på enkeltområder og en satsning på differentierede målsætninger for forskellige behandlingstyper. I første omgang forsøgte man med en lovfæstet forsøgsordning i 1995. I 1999 fulgte den nugældende og ligeledes lovfæstede ordning om to ugers ventetid for livstruende sygdomme.

## **Tre måneders lovfæstet garanti 1995**

### *Agendasætning og opkomst*

Efterhånden, som det blev klart, at den generelle tre måneders ventetidsgaranti ville blive svær at opfylde, begyndte man at overveje andre instrumenter. I første omgang aftales en forøgelse af operationsaktiviteten for 1994 ledsaget af en øget tilførsel af midler (jf. ovenfor). I samme periode drøftedes andre muligheder for aktivitetsforøgelse, og særligt var der en del debat om det nyttige ved brugen af økonomiske incitamenter (aktivitetsbaseret finansiering). Der var endvidere i både medier og folketing en fortsat debat om sygehusenes serviceniveau og kvalitet. Ventetidsdiskussionen blev kædet sammen hermed.

I april 1994 kom rapporten fra regeringens udvalg vedrørende sygehusvæsenets økonomi - den såkaldte SØK-rapport (Sundhedsministeriet, 1994: 221). Heri hed det om aktivitetsbaseret finansiering:

“Udvalget kan ikke generelt anbefale præstationsbetaling som styringsmekanisme, men anbefaler, at amterne afprøver præstationsbetaling, hvor der er tale om enheder med meget veldefinerede behandlingsopgaver, evt. sammen med en licitationsmodel.”

Der pegedes altså ikke på præstationsbetaling som et universelt middel til at løse strukturelle problemer, nedbringe ventetider mv. Derimod pegede kommissionen på en fortsat anvendelse af mål- og rammestyring udvidet med mål for produktion, service og kvalitet f.eks. gennem anvendelse af kontrakter.

Om ventetidsspørgsmålet anbefaledes i øvrigt i SØK-rapporten, at Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg inden 1/5/1994 skulle fremlægge en foreløbig redegørelse for den aktuelle situation omkring ventetider, og hvorvidt det ville være muligt at opfylde tre måneders garantien. Der var med andre ord ikke et klart vidensgrundlag herom på det pågældende tidspunkt. Udvalget påpegede, at opfyldelse af ventetidsgarantien krævede, at der ikke skete skred i indikationsgrænserne, hvilket ville indebære, at flere patienter blev henvist til behandling på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet, eller ved svagere indikationer. Udvalget ønskede en selvstændig undersøgelse heraf.

Udvalget refererede endvidere til en undersøgelse fra Finansministeriet, hvori det fremhævedes, at befolkningen generelt opfattede sygehusvæsenet positivt, men at ventetid til behandling opfattedes som et alvorligt problem i borgernes øjne (Sundhedsministeriet, 1994: 78). Senere i SØK-rapporten anførtes imidlertid: “at det er udvalgets opfattelse, at utilfredsheden med ventetid ofte skyldes manglende information om, hvornår patienten kan forvente at blive behandlet” (Sundhedsministeriet, 1994: 229). Udvalget mente derfor, at et vigtigt element til løsning af problemstillingen var patientinformation, og på den baggrund anbefaledes, “at patienter allerede ved henvisningen informeres om de forventede ventetider til de forskellige dele af behandlingsforløbet” (Sundhedsministeriet, 1994: 229).

SØK-rapporten illustrerer en række hovedpunkter i debatten om ventetid i perioden, nemlig

1. at det anerkendes, at der er et problem med ventetider;
2. at man ikke har reel viden om ventetidsproblemet omfang, eller hvorvidt de allerede igangsatte tiltag vil kunne løse problemet. Man ved f.eks. ikke, om tre måneders garantien kan overholdes (selv om man nok kunne fornemme, at det ville blive svært);
3. problemet forklares til dels som et forståelsesmæssigt eller informationsmæssigt problem på patientsiden. En vigtig del af løsningen er derfor øget information til patienterne;

4. præstationsbetinget betaling anbefales ikke som et generelt løsningsmiddel. I stedet anbefales måloppstilling og kontrakter, og det anbefales at eksperimentere med præstationsbetaling på afgrænsede områder.

### *Parlamentarisk behandling og valg af løsning/policy instrument*

Der var i perioden en livlig debat i Folketinget om venteliste-problematikken. Venstre anlagde en mere offensiv stil, nu hvor partiet var kommet i opposition. Under en forespørgselsdebat i 1994 fastslog partiets ordfører, Jørgen Winther, handlingsstrategien:

1. pengene skulle følge patienten på hjerteområdet også til private hospitaler;
2. kommuner skulle have lov til at bruge privathospitaler;
3. Aabenraa-modellen med selvbetalende patienter skulle tillades;
4. der skulle indføres maksimal ventetid for kræftpatienter som i Århus amt;
5. sygeplejerskers mulighed for orlov skulle reduceres;
6. der skulle etableres "frisygehuse" i hvert amt med præstationsbetinget aflønning og mulighed for fleksible overenskomster;
7. der skulle kun være ét center for hjertetransplantation i Danmark (Skejby-diskussionen);
8. der skulle udliciteres flere operationer; og
9. der skulle etableres én kontaktlæge/sygeplejerske, som skulle følge patienten under hele forløbet.

Venstres ordfører anbefalede altså inddragelse af private hospitaler og brug af økonomiske incitamenter og konkurrence. Det er værd at bemærke, at disse anbefalinger gjaldt udvalgte områder. Der anbefaledes ikke en generel ventetidsgaranti eller fuld valgfrihed til private hospitaler for offentlige midler. Strategien pegede dog mod en mere liberal sundhedsmodel, end regeringen havde planer om. Regeringen forblev afvisende over for brug af private behandlingssteder, men udviste en vis lydhørhed for idéer om begrænsede forsøg med nye økonomiske styringsformer, som også var anbefalet i SØK-rapporten.

Daværende sundhedsminister, Torben Lund (S), angav ved samme debat, at regeringen ikke vidste, om amterne havde levet op til ventetidsaftalen (om de tre måneder), men at der var ved at blive udarbejdet statistik. Der henvistes til, at man skulle have afviklet "ventetidspuklen", før man kunne sige noget reelt om situationen.

På baggrund af de generelle diskussioner om ventetid og brugen af økonomiske incitamenter, og på grund af usikkerheden om opfyldelse af tre

måneders garantien, foreslog regeringen i slutningen af 1994 en forsøgsordning med en lovfæstet, men begrænset ventetidsgaranti for knæ og diskusprolaps. Garantien blev en del af det politiske forlig om finansloven for 1995 (Finansministeriet, 1994: 7). Forliget udmøntedes gennem regeludstedelse fra sundhedsministeren (LF 71/1994-95; Lov nr. 1134 af 21/12/1994 og Bekendtgørelse 152/1995). Garantien omfattede to typer behandling (knæleds- og diskusprolaps-operationer) og gjaldt i et år. Ordningen trådte i kraft i april 1995 og indebar følgende konkrete elementer: Operation for diskusprolaps og knæledsudskiftning skal tilbydes inden for tre måneder fra henvisningsdatoen. Tilbydes behandling ikke inden for Fristen, skal amtet uden omkostninger for patienten fremskaffe et behandlingstilbud på et andet sygehus, evt. i et andet amt eller i privat regi.

Ordningen kan ses som et svar på kravene om eksperimenter med nye betalingsformer og som eksempel på filosofien om at udvælge bestemte behandlingsområder til særlig indsats. Man kan så anføre, at det ikke på baggrund af den tilgængelige information er tydeligt, hvorfor man vælger at satse på netop disse områder frem for mange andre mulige.

### *Implementering*

I forbindelse med forliget om finansloven for 1996 blev ordningen forlænget til udgangen af 1996 (Finansministeriet, 1995: 8; Bekendtgørelse 141/1996). Den konkrete udmøntning af ordningen varierede fra amt til amt. Generelt syntes ordningen at have haft begrænsede incitamentskabende virkninger og begrænset indflydelse på praksis (DIKE og DSI, 1996, jf. nedenfor).

Efter godt halvandet år blev ordningen opgivet. Ophævelsen skete i forbindelse med regeringens økonomiaftale med amterne for 1997, hvori det hed, "at parterne er enige om at arbejde for, at de særlige forsøgsordninger med nedbringelse af ventetider på udvalgte diagnoser ikke videreføres" (Regeringen & Amtsrådsforeningen, 1996).

### *Evaluering*

Sundhedsministeriet bad i 1996 DIKE og DSI om at lave en evaluering af forsøgsordningen. Evalueringen kom i december 1996 (DIKE, 1996). I evalueringen vurderedes

1. konsekvenser for behandlingsaktiviteten;
2. konsekvenser for andre patientkategorier;
3. konsekvenser for betalingsstrømmene mellem sygehuskommunerne;
4. konsekvenser for ventetider; og
5. øvrige konsekvenser for patienter.

I forhold til behandlingsaktiviteten konkluderedes, at den var steget for knæledsoperationer, mens ordningen tilsyneladende ikke havde påvirket aktiviteten for diskusprolapsbehandling (der havde været et fald i perioden). Det påpegedes, at det sidste resultat kunne hænge sammen med, at garantien i store træk var opfyldt for diskusprolaps inden etablering af garantiordningen. Det var dermed kun for knæled, at der var behov for øget aktivitet.

I forhold til betalingsstrømme konkluderedes, at det var vanskeligt at påvise eventuelle ændringer, da der kun var sporadisk information. I Landspatientregisteret kunne det dog konstateres, at antallet af udenamtslige behandlinger ikke var steget. Der var altså tilsyneladende ikke opstået nævneværdig udveksling, endsige markeds lignende relationer på området. Dette kunne skyldes, at hjemamterne valgte selv at opprioritere de to behandlingstyper, således at der ikke opstod efterspørgsel efter udenamtlig behandling. Samtidigt blev det angivet, at det ikke var sandsynligt, at økonomiske mål om maksimering af omsætning eller dækningsbidrag havde stået højt på sygehusenes dagsorden.

I forhold til ventetider konkluderedes, at andelen af knæledspatienter, der ventede mindre end tre måneder, steg fra 24 procent i 1994 til 53 procent i 1996. På den måde havde ordningen en klar positiv effekt, selv om det altså ikke lykkedes at nedbringe alle ventetider til under tre måneder. Det påpegedes i rapporten, at der kunne være legitime grunde til en ventetid over tre måneder (patientens eget valg, andre samtidige lidelser mv.). For diskusprolaps-operationer konkluderedes, at andelen, der ventede mindre end tre måneder, både før og efter garantien, var knap 87 procent. Garantien var altså i store træk opfyldt, før ordningen blev indført. Det var uklart, om ordningen havde medført en forøgelse af ventetiden på andre behandlingsområder som følge af opprioritering.

Samlet var resultaterne altså lidt blandede. For diskusprolaps var garantien stort set allerede opfyldt, og ordningen havde ikke haft særlig selvstændig effekt. For knæledsoperationer havde ordningen medført øget aktivitet, men der var af forskellige grunde stadig en del patienter, der ventede mere end tre måneder.

Evalueringen illustrerer dermed vanskelighederne med en formel tre måneders garanti og vanskelighederne med at finde solid information til evaluering af effekten. Det er muligt, at symbolvirkningen og den politiske opmærksomhed alene kan føre til positive effekter, men i dette tilfælde er det tilsyneladende svært at påvise en direkte relation. Man kan dermed hævde, at der er en løs kobling mellem det politiske tiltag og eksakt viden om resultater på dette felt.

I et interview i *Jyllands-Posten* i forbindelse med offentliggørelse af evalueringsrapporten udtalte Martin Stausholm Knudsen fra DSI, som havde medvirket ved udarbejdelse af evalueringen, at ordningen kun

“modvilligt er taget til efterretning. Holdningen i systemet er, at det enten er amtspolitikere eller de professionelle, som skal tage beslutning om prioritering, ikke staten.” Derfor har “kontrollen med ordningen og arbejdet med at oplyse patienterne om deres ventetider generelt ikke været særlig god undervejs” (*Jyllands-Posten*, 25/1/1997).

At der kan være noget om synspunktet med amtslig modstand, illustreres af Amtsrådsforeningens formand Kresten Phillipsens kommentar til samme artikel. Han udtalte: “En garanti giver ikke flere penge at tage af, så når man opprioriterer knæene, så skubber det bare til hofterne, og så er vi lige vidt. Ordningen var dårlig, og det viser resultaterne også” (*Jyllands-Posten*, 25/1/1997).

Med økonomiaftalen for 1997 blev forsøgsordningen opgivet, og det besluttedes i stedet at intensivere overvejelserne om oprettelse af elektive enheder i sygehusvæsenet med henblik på nedbringelse af ventetiderne. Denne anbefaling stemte overens med anbefalinger i Sygehuskommissionens rapport fra 1997 (som behandles i næste afsnit).

## **Lovfæstet garanti for livstruende sygdomme 1999**

### *Agendasætning og opkomst*

Belært af erfaring blev der ikke fra regeringens side foreslået håndfaste garantier i perioden fra 1996 og frem til 1999. Imidlertid kørte debatten om ventetider fortsat i dagspressen og i parlamentarisk regi (jf. appendiks A-D).

Mediedebatten i perioden omhandlede især spørgsmål om uacceptabelt lange ventelister til hjerte- og kræftsygdomme. Der var desuden debat om muligheder for at inddrage private behandlingshospitaler i offentlige behandlingsgarantier, og der var debat om kommuners og arbejdsgiveres ret til at betale for behandling på private behandlingssteder. Man finder endvidere en række artikler om situationen i de forskellige amter og på forskellige behandlingsområder. En del artikler har positivt fortegn (overraskelse over, at ventetider er for nedadgående f.eks. som følge af satsning på elektive enheder, mobile læger, satellitstationer, kapacitetsudbygning eller lignende), men mange andre tager udgangspunkt i forargelse over situationen for enkeltpatienter eller omkring et enkelt sygehus eller amt.

## *Parlamentarisk behandling*

Hovedpunkter i den parlamentariske debat inkluderer:

1. Fortsat fokus på hjerteområdet. Nye initiativer føjes til regeringens hjerteplan, men der høres fortsat kritik, og enkeltsager rejses.
2. Debat om inddragelse af privathospitaler i en eventuel garantiordning og i fritvalsordningen.
3. Diskussion om udbygning af ventetidsstatistik. Den af regeringen etablerede ventetidsinformation på baggrund af Ventetidsregistret viser sig mangelfuld.

Evalueringen af forsøgsordningen med tre måneders garanti for knæled og hofter kom i 1996 (jf. ovenfor). Rapporten viste ringe effekt for ventetiden for diskusprolaps (den var i forvejen lav) og ringe påvirkning af betalingsstrømme. Til gengæld var der en vis øget aktivitet med knæledsoperationer, men det fremhævedes i rapporten, at det var svært at sige, om det direkte skyldtes forsøgsordningen eller var resultat af andre allerede iværksatte tiltag i amterne.

I folketingsdebatter efter evalueringen fremhævede Socialdemokratiet, at der stadig var behov for en løsning på ventetidsområdet. Der åbnedes for tanker om styrkelse af incitamentstrukturer ved "penge-følger-patienten"-ordninger (Torben Lund ved debat om Statsministerens redegørelse ved Folketingets åbning. Mødedato: 3/10/1996, Mødenr.: 3. 3/10/1996). De borgerlige partier ønskede tilsvarende at styrke markedsprincipper og konkurrence, men de ønskede i tillæg at inddrage private behandlingsaktører som del af en garantiordning. Generelt var der enighed om, at der måtte gøres noget, men både regering og opposition anbefalede at udskyde beslutningen, indtil "Sygehuskommissionen" havde afgivet sin rapport. Der blev fra flere politiske lejre udtrykt store forventninger til udfaldet af Sygehuskommissionens arbejde.

Sygehuskommissionens rapport kom i begyndelsen af 1997, men i modsætning til en del forventninger i den politiske verden anbefalede kommissionen ikke store strukturelle ændringer i sygehusvæsenet. Det blev fastslået, at den aktuelle styringsform med rammebudgettering og forhandlede kontrakter havde mange positive sider. En generel overgang til aktivitetsbaseret finansiering anbefalede derfor ikke, men det anførtes, at man burde eksperimentere med nye finansieringsformer på afgrænsede områder. Kommissionen anbefalede endvidere en begrænset styrkelse af det frie sygehusvalg, med åbning for valgfrihed til basisbehandling på højt specialiserede afdelinger, men kun hvis modtageafdelingen skønnede, der var plads. Specifikt om ventetid hed det i rapporten, at der altid ville være ventelister.



Det skyldtes ifølge rapporten den medicinske teknologiske udvikling og det forhold, at ventetider kunne være velbegrundede af personlige og behandlingsmæssige årsager. Dog vurderedes, at nogle ventetider var uacceptabelt lange. Løsningen herpå var

1. differentierede mål for acceptabel ventetid baseret på en prioritering af lidelsens alvor;
2. at opfatte ventetidsmålsætning som opfyldt, hvis hjemamtet henviste til andre amters sygehuse med kortere ventetid.

En hovedlinie i argumentationen var således, at der skulle skabes differentierede mål og realistiske forventninger, samt at man skulle udnytte ressourcerne på en mere fleksibel måde.

Regeringen fremlagde lovforslag som opfølgning til Sygehuskommissionens rapport i foråret 1997 (LSF 210). Ved første behandling d. 9/4 påpegede daværende sundhedsminister Birthe Weiss, at kommissionen havde fremsat mere end 50 forslag, hvoraf de fleste kunne gennemføres uden lovændring. Mange af kommissionens anbefalinger søgtes således gennemført ved aftalebaserede foranstaltninger frem for egentlige lovændringer. Den lovændring, som blev foreslået (LSF 210), sigtede mod at styrke frit sygehusvalg. Forslaget indebar,

1. at amterne ville få mulighed for at aftale adgang til basisbehandling på højt specialiserede afdelinger;
2. pligt til oplysning om ventetider på andre behandlingssteder allerede ved forundersøgelse;
3. amter skulle have lov til at eksperimentere med forskellige organiseringsformer (forsøgsordning); og
4. der åbnedes for etablering af alternativer til sygehusophold for ældre (f.eks. sygeafdelinger på plejehjem).

Venstres ordfører fandt, at "springe op som en løve og falde ned som et lam" var den mest dækkende talemåde i forhold til reaktionen på Sygehuskommissionens rapport (jf. appendiks A). Hun angav, at de foreslåede tiltag havde symbolsk karakter, idet de formentligt ikke ville ændre praksis særligt meget (Første behandling af forslag LSF 210 til ændring af sygehuslov. - Opfølgning på Sygehuskommissionen).

Det er værd at bemærke, at der ikke i lovforslaget blev taget nye initiativer på ventetidsområdet. Man forlod altså tanken om en generel lovfæstet garanti og valgte i stedet at arbejde videre med forslagene om differentierede og prioriteringsbestemte ventetidsmål. Bortset fra pligten til at oplyse

om ventetider ved forundersøgelse tog regeringen således ikke lovgivningsmæssige initiativer omkring ventetider som opfølgning på kommissionens rapport. Til gengæld blev der i de følgende år lavet aftaler med amterne om ventetidsmål til forundersøgelse for 12 livstruende sygdomme og om ventetid på brystkræftområdet. Regeringens lovforslag om styrkelse af frit valg blev vedtaget som Lov nr. 464 af 10/06/1997 den 15/5/1997.

I december 1997 fremsatte regeringen forslag til lov om patienters retsstilling. Patientforeninger og lægeforeninger havde ved tidligere drøftelser af lovgivning på området krævet inddragelse af behandlingsgaranti og ventetidskrav. Dette afvistes imidlertid af sundhedsministeren (Birthe Weiss) med en argumentation om, at forslaget burde holdes simpelt og robust. Den endelige lov om patientrettigheder blev vedtaget i juni 1998. Den kom ikke til at indeholde bestemmelser om ventetidsgaranti.

I perioden efter Sygehuskommissionens rapport fremsatte oppositionen en række lov- og beslutningsforslag på ventetidsområdet (appendiks B og C). Fremskridtspartiet fremsatte forslag om valgfrihed mellem offentlige og private sygehuse. Venstre fremsatte et tilsvarende beslutningsforslag, men kun for udvalgte behandlingstyper, efter undersøgelse på offentligt sygehus og med dækning af kun 85 procent af udgiften til behandling på privathospital. Fremskridtspartiet og Venstre og Det konservative Folkeparti fremlagde desuden i 1997-98 beslutningsforslag om at tillade kommuner at købe behandlingsydelser hos private udbydere.

Forslagene om offentligt tilskud til privatbehandling satte fornyet skub i forhandlingerne om en ventelistegaranti. En forhandling om valgfrihed og ventelister ved Folketingets åbning i efteråret 1998 mandede ud i, at Folketinget pålagde regeringen at fremsætte lovforslag, der ville give en reel behandlingsgaranti for livstruende sygdomme. Et enigt Folketing stemte for forslaget.

Hen mod slutningen af 1998 fremsatte Det konservative Folkeparti beslutningsforslag om en differentieret ventetidsgaranti med adgang til privathospitaler, hvis hjemmet ikke kunne opfylde garantien. Forslaget tilbagekaldtes formelt, men indgik i finanslovsforhandlingerne, som førte til en aftale med Venstre, Konservative, Centrum-Demokraterne og Kristeligt Folkeparti om, at regeringen skulle fremsætte et tilsvarende forslag.

Ved udgangen af 1998 stod man altså med en enstemmig folketingsbeslutning og en finanslovsaftale, som indebar, at regeringen skulle fremlægge forslag til lov om ventetidsgaranti for livstruende sygdomme.

I begyndelsen af 1999 lancerede amterne en plan for livstruende sygdomme, der indebar, at 12 patientgrupper skulle sikres forundersøgelse inden for 14 dage. Det blev angivet, at 80 procent af alle patienter i denne gruppe faktisk kom til forundersøgelse inden 14 dage på dette tidspunkt.

Målet i planen var, at 90 procent af patienterne skulle komme til forundersøgelse inden 14 dage i det følgende år og 95 procent i 2001. Amtsrådsforeningen angav, at planen skulle ses som input til årets økonomiaftale og som et forsøg på at påvirke udformningen af tiltag på området. Planen blev en del af aftalegrundlaget for regeringen og amternes økonomiske aftale, som blev indgået i foråret 1999.

Tabellerne i det foregående kapitel illustrerer, at ventetiden til både forundersøgelse og behandling for de fleste kræftsygdomme var under to uger på dette tidspunkt (og i hele perioden fra september 1998 til marts 2000). På hjerteområdet var der imidlertid længere gennemsnitlig ventetid til både forundersøgelse og behandling.

### *Valg af løsning/policy instrument*

På baggrund af finanslovsaftalen fremsatte regeringen i december 1998 LF 132 (vedtaget som Lov 395 af 2/6/1999 og udmøntet ved Bekendtgørelse 161 af 8/3/2000). Loven indebar, at der skulle opstilles differentierede ventetider for forskellige livstruende sygdomme, typisk to uger til forundersøgelse, to uger til behandling og to uger til efterbehandling. Amterne er ifølge bestemmelserne forpligtede til inden for en uge at meddele, om de kan efterleve garantier på egne sygehuse. Hvis ikke det er muligt, skal de henvise til behandling i andre amter, udlandet eller på private sygehuse. Sundhedsstyrelsen skal være "bagstopper", hvis amterne ikke kan finde en løsning. Sundhedsstyrelsen har endvidere fået ansvar for at udarbejde acceptable mål på de forskellige områder. Daværende sundhedsminister Carsten Koch (Socialdemokratiet) understregede ved behandlingen af forslaget, at brug af private behandlingsudbydere burde være allersidste mulighed.

Som nævnt ovenfor havde amterne allerede inden vedtagelsen af lovgivningerne lanceret en plan, der skulle sikre adgang til forundersøgelse inden 14 dage for 12 udvalgte patientgrupper med livstruende sygdomme. Denne plan var en udmøntning af økonomiaftalen mellem amterne og regeringen for 1999. Man ser altså igen i dette tilfælde, at korporative/aftalemæssige tiltag følges op med formelle lovgivningsmæssige tiltag. Dette kan fortolkes som satsning på flere reguleringsredskaber. Alternativt kan man sige, at lovgivningstiltag etableres, efter der er skabt konsensus med amterne, og derefter måske skal ses som forsøg på at høste offentlig anerkendelse for allerede iværksatte tiltag. En anden type fortolkning er, at amterne med den frivillige aftale søgte at komme lovgivning i forkøbet, men at regeringen fandt, at der var behov for stramning. Stramningen ligger i muligheden for at gribe ind, hvis amterne ikke formår at leve op til aftalens målsætninger.

## Implementering

Reglerne er indrettet således, at det er Sundhedsstyrelsen, der for hvert behandlingsområde skal udarbejde acceptable ventetidsmål. Sundhedsstyrelsen har indtil videre opstillet mål for brystkræft, lungekræft, tarmkræft, livmoderhalskræft, samt visse hjertesygdomme.

På kræftområdet er målene typisk sat således:

1. Til forundersøgelse: to uger fra den dato, hvor sygehuset har modtaget lægehenvi-  
sning, til den dato, sygehuset har tilbudt at påbegynde forundersøgelse.
2. Til operation: to uger fra den dato, hvor patienten har givet informeret samtykke til operation, til den dato, sygehuset har tilbudt at foretage operation.
3. Til efterbehandling ved onkologisk centerafdeling: to uger fra den dato, hvor den onkologiske centerafdeling har modtaget henvi-  
sning til efterbehandling, til den dato, centerafdelingen har tilbudt den første konsultation.
4. Strålebehandling skal være påbegyndt inden for seks uger fra den dato, hvor patienten er opereret. Er patienten opereret flere gange i behandlingsforløbet, gælder datoen for den første operation.

For hjertesygdomme gælder lidt længere ventetidsmål (jf. appendiks).

Formanden for Amtsrådsforeningen (Kresten Phillipsen, Venstre) udtalte i forbindelse med finanslovsaftalen til *Politiken*, d. 25/11/1998, at det var mest sandsynligt, at ventetidsgarantien blev løst ved aftaler mellem amterne. Kresten Phillipsen roste i øvrigt aftalen, som han mente var langt mere fornuftig end "hovsa-løsningen" med knæ og diskusprolaps, fordi det var oplagt, at livstruende sygdomme skulle have første prioritet. Phillipsen var dog også bekymret, fordi garantien ville medføre ekstra udgifter, som der ikke var taget højde for i økonomaftalen. Den 27/11/1998 udtalte samme Phillipsen til *Politiken*, at den aftalte garanti efter Amtsrådsforeningens vurdering "kun vil give ganske få problemer, måske lidt i København og på Fyn, men ellers er det formentlig småting".

Iagttagere på Rigshospitalet og i Fyns Amt udtalte den 14/1/1999 til *Politiken*, at de ikke forudså den store konsekvens af behandlingsgarantien.

"Problemet er, at vi ikke har noget sted at henvise patienterne til. Der er ikke kapacitet andre steder i landet, privathospitalerne har ikke ekspertisen og apparaturet, og tilbuddet om at komme til udlandet vil få patienter tage imod."

*Politikens* rundspørge til alle amterne viste tilsvarende, at kun Nordjyllands og Storstrøms amter regnede med at skulle sende patienter ud af amtet som følge af garantien. Efterfølgende har også Sønderjyllands Amt valgt at indgå aftale med et hospital i Flensborg, og en del brystkræft ramte kvinder i Sønderjyllands Amt har valgt at acceptere tilbuddet om behandling på det tyske hospital (*Politiken*, 9/11/1999).

En væsentlig del af debatten om implementering af ordningen har i øvrigt handlet om, hvorvidt der var tilstrækkeligt uddannet personale og tilstrækkeligt udstyr til at leve op til garantiene. Især på kræftområdet har der været fokuseret på manglen på specialistuddannede som en barriere for implementering. Man finder endvidere en række artikler om situationen i de forskellige amter og om særlige tiltag på det decentrale niveau.

En artikel i *Jyllands-Posten*, den 14/1/1999, illustrerer, at man på de fleste af landets seks strålecentre var i færd med at opruste ved at indkøbe nyt udstyr, uddanne nyt personale og udvide åbningstiden på hverdage og i weekenden med åbning om lørdagen. Alligevel var meldingen på dette tidspunkt, at ventetider var voksende og kunne risikere at vokse yderligere. Et hovedproblem var ventetider i det diagnostiske forløb. "Folk venter på røntgen og på scanning og på alt andet. Hvis man etablerer et tættere samarbejde i team omkring hele processen vil det kunne gå hurtigt," siger Ole Steen Nielsen, Århus Amt til artiklen. Man ser dermed illustreret, at ventetidsforhold på det enkelte behandlingssted hidrører fra et komplekst samspil i hele diagnose- og behandlingsforløbet. Løsninger må tage højde for alle disse dele, og der må ikke være flaskehalse i nogle dele af processen.

### *Evaluering*

Der foreligger endnu ikke officielle evalueringer af ordningen. Sundhedsstyrelsen vurderede i oktober 1998 - altså før ikrafttrædelse af de seneste regler - at der var positive resultater af den indsats, man siden 1994 havde gennemført på hjerteområdet. Både antallet af forundersøgelser og behandlinger var steget, og ventetiderne for behandling var faldende. Det forventedes, at man i begyndelsen af 1999 ville være på samme niveau som Sverige og Norge med hensyn til behandlingsfrekvens og hastighed. Hjerteforeningen var imidlertid af en anden opfattelse. De anførte, at den positive vurdering skyldtes, at målsætningerne over tid var blevet nedjusterede (*Ekstra Bladet*, 20/4/1999).

Følgende tabel illustrerer nøgletal for ventetid på hjerteområdet fra september 1998 til marts 2000.

Tabel 3.3. Ventetid til hjerteundersøgelse og behandling september 1998 til marts 2000 opgjort i uger

	Forundersøgelse			Behandling		
	Gennemsnit	Maksimum	Minimum	Gennemsnit	Maksimum	Minimum
Hjerte: Bal-lonudvidelse	6,8	12,5	3,2	5,5	8,7	3,0
Hjerte: Bypass	6,9	12,5	3,6	10,2	16,8	7,6

Udarbejdet på baggrund af Sundhedsministeriets elektroniske "Ventetidsinfo".

Den gennemsnitlige ventetid til både forundersøgelse og behandling har svinget en del over de godt halvandet år. I de fleste måneder har den dog ligget højt i forhold til garantimålene på to uger fra henvisning til behandlingstilbud for hovedstammesygdom, tre uger fra henvisning til behandling for dokumenteret ustabil angina pectoris, og fem uger fra henvisning til behandling for post-AMI-angina.

Sammenlignes med tallene fra 1987-1993 ses, at ventetiden for bypass-behandling tilsyneladende er blevet længere på trods af den ekstra indsats på hjerteområdet.

Tabel 3.4. Gennemsnitlig ventetid til bypass-behandling opgjort i uger

	1987		1991		1992		1993	
	kvartal		halvår		halvår		halvår	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Hjerte: Bypass	4,1	5,8	5,9	5,4	5,3	3,9	3,3	2,5

Udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens statistik over ventetider til sygehusbehandling 1987-1993.

Som nævnt ovenfor kan dette have flere forskellige forklaringer. Dels er der forskel i måden, tallene er opgjort på. I den første tabel på baggrund af amternes vurdering af forventede ventetider, i den anden tabel på baggrund af faktisk realiserede ventetider. Endvidere kan der være kommet flere patienter, således at der opstår ventetid, selv om der faktisk har været stigende aktivitetsniveau.

Der har generelt været lidt blandede udmeldinger om effekten af ordningen. Indtil videre synes amterne i hovedtræk at have opfyldt garantiene gennem intern samarbejde og opprioritering af de relevante behandlingsområder. Der har tilsyneladende ikke været retssager eller tvister, hvor borgere har anklaget amter eller centrale myndigheder for ikke at leve op til forpligtelsen i henhold til garantien. Inddragelse af Sundhedsstyrelsen og brug af private behandlingssteder synes ikke at have fundet sted (Sundhedsminister Sonja Mikkelsen i DR2's *Deadline*, 2/3/2000).

I en mundtlig vurdering til *Berlingske Tidende* i november 2000 udtaler formanden for amternes Sundhedsudvalg, Viborg-amtsborgmester Bent Hansen (Socialdemokratiet) imidlertid, at behandlingsgarantierne for hjertepatienter og patienter med en række kræftsygdomme truer med

“fuldstændigt at forvride det danske sundhedsvæsen. Myndighederne bruger oceaner af tid på at administrere ordningen, og amterne må imødesee en stribe erstatningssager fra patienter, som ikke er blevet behandlet inden for tidsfristerne.”

Bent Hansen advarede derfor kraftigt mod at udvide antallet af sygdomme, der er omfattet af garantierne (*Berlingske Tidende*, 26/10/2000). – Selv om dette ikke indebærer en systematisk evaluering af ordningen, kan det bruges som udtryk for holdningen blandt vigtige amtslige aktører på dette tidspunkt.

I slutningen af 2000 og begyndelsen af 2001 har der været en kraftig kritik af ventetider især til kræftbehandling. Dette har ført til en aftale mellem regeringen og amterne om adgang til godkendte behandlinger i udlandet, såfremt ventetidsgarantier ikke kan opfyldes i Danmark.

Aftalen, som er indgået i februar 2001, indebærer endvidere, at behandlingsgarantien udvides til alle kræftsygdomme, bortset fra hudkræftsygdomme, som ikke er modermærkekæft, og kræftformer, der kræver behandling med knoglemarvstransplantation. Aftalen skal indskrives i bekendtgørelsen på samme måde som ovennævnte tidsfrister for iskæmisk hjertesygdom, bryst-, lunge-, tarm- og livmoderhalskræft, og de nye mål skal være gældende fra september 2001. Der skal etableres en amtslig informationscentral for overvågning og formidling af behandlingstilbud for livstruende sygdomme. Finansieringen af behandling i udlandet vil indgå i forhandlingen om amternes økonomi for 2002.

## Kapitel 4

# Vurdering af forløbet i forhold til de tre teoretiske perspektiver

Hvordan kan vi så teoretisk forstå forløbene omkring de tre ventetidsgarantier? Hvad siger observationerne mere generelt om policy processen på ventetidsområdet? Har der været tale om beslutningsprocesser, som mest ligner “ingeniørarbejde”, “hundeslagsmål” eller situationen med den “hovedløse høne”?

### Ingeniørarbejde?

Man kan beskrive dele af processen som instrumentelt-rationel. Der er i hvert fald udvikling i forløbet, og der skabes bedre informationsgrundlag undervejs. Det seneste tiltag er relativt mere velbegrundede i ekspertudredninger og i forhold til de erfaringer, som er høstet med tidligere løsningsforsøg. Man har tilsyneladende lært lektien at fokusere på bestemte områder og at arbejde med differentierede garantier frem for universelle faste ventetidsmål.

I den seneste garantiordning for livstruende sygdomme inddrages fag-ekspertise i form af Sundhedsstyrelsen til at fastsætte acceptable ventetidsgrænser, og der gøres brug af differentierede garantier for forskellige sygdomme. Endvidere forsøger man at tage eksplicit hensyn til, at der er flere faser i behandlingsprocessen, som hver især kan udgøre flaskehalse i forhold til den samlede ventetid. Dette bringer teoretisk set garantien tættere på det nuancerede billede af ventetidsproblemet, som er fremlagt tidligere i dette skrift. I forhold til finansieringen er der fra central side sket en gradvis stigning i tilførsel af midler til sektoren. Dette må siges at være en overordnet forudsætning for at gå i krig med ventelisteproblemer.

Til gengæld synes der heller ikke ved den sidste garanti at være taget tilstrækkelig højde for flaskehalse i form af personale og udstyr. Endvidere kan man diskutere, om den konkrete udformning af ordningen er tilstrækkelig klar og administrativt håndterbar i forhold til ansvarsfordeling mellem amter og centrale myndigheder (Sundhedsstyrelsen). Endelig kan man stille spørgsmålet, om det er tilstrækkeligt underbygget, at det netop er disse behandlingstyper, man skal starte med, og om man har overblik over konsekvenserne for andre typer behandling. Der er også fortsat mangler i forhold til informationsgrundlag om udviklingen og om relationer mellem redskaber og effekter.



Alt i alt er der en del steder, hvor den instrumentelt-rationelle model ikke udgør en god fortolkningsramme, og hvor det derfor bliver relevant at inddrage andre teoretiske forståelselementer.

## **Hundeslagsmål?**

Man kan se forløbene omkring ventetidsgarantier som eksempler på spil mellem rationelle aktører, som inden for bestemte rammer søger at fremme deres egne interesser.

For det første ses af forløbene, at såvel amter som centrale myndigheder søger at definere problemstillingen, så den bedst svarer til deres interesser. Et eksempel er ved fastlæggelse af niveauet for meraktivitet i forbindelse med den første ventetidsaftale. Her når centrale myndigheder frem til noget lavere tal for antal ventende end amtslige aktører. Dette kan forklares med, at centrale myndigheder har behov for at sætte opnåelige måltal og for at præsentere problemet som noget, man kan håndtere. Amterne kan på den anden side have en interesse i at give indtryk af et stort problem, som det kræver ressourcetilførsel at løse. Endvidere kan man sige, at jo større problem, desto mere acceptabelt vil det være, hvis man ikke formår at leve op til målene. Kritik vil kunne afvises med henvisning til behov for tilførsel af ekstra midler.

For det andet kan de forskellige ventetidsgarantier ses i det lys, at regeringspolitikere har haft interesse i at sende signaler om handling, men at de samtidigt har haft begrænsede midler og begrænset lyst til at lægge sig ud med etablerede interesser. Ud over ressourcebegrænsninger har regeringerne stået over for to hovedproblemer, nemlig at der har været begrænset viden om relationerne mellem mål og midler, og at selve sikringen af gennemførelse var overladt til amterne som driftsherrer i sundhedsvæsenet. De forskellige regeringer har således stået over for et vanskeligt politisk problem. På den ene side er de blevet presset af offentligheden og oppositionen, og på den anden side har de haft begrænset vidensgrundlag og begrænset spillerum. Regeringerne har haft interesse i at spille ud med ventetidsgarantier som løsningsmodel, men de har haft begrænsede midler til at gennemsætte beslutningerne i praksis. Det primære redskab har været aftaler med amterne, men der har ikke været knyttet egentlige sanktioner til aftalerne eller stærke positive incitamenter.

For det tredje kan man pege på forskellige amtslige interesser i aftalemodellen om ventetider. Dels giver aftalebaserede løsninger bedre mulighed for at styre processen, end hvis der var tale om en rent parlamentarisk proces. Dels har amterne en selvstændig interesse i "at gøre noget" i forhold til ventetider for at bevare legitimitet som det forvaltningsniveau, der skal håndtere sundhedsområdet. Amterne havde nok hellere set helt frivilli-

ge aftaler på amtsligt niveau, men alt taget i betragtning synes de korporative tiltag mindre belastende end direkte lovgivningstiltag.

Man kan sige, at amterne har satset på at påvirke og "inddæmme" politikdannelsen på området gennem frivillige aftaler. Siden de efterfølgende lovgivningsbaserede garantier langt hen har fulgt indholdet i de frivillige aftaler, synes denne strategi at have båret frugt. Amternes muligheder for at overholde garantierne har imidlertid været begrænsede af ressourceniveauet og de mange andre forpligtelser på sundhedsområdet. Man har derfor ikke nødvendigvis kunnet satse massivt på de udvalgte ventetidsområder. Endvidere har amterne oplevet, at lovgivningsfæstede garantier går imod deres generelle interesse i at bevare autonomi til at foretage prioriteringer på sundhedsområdet. Fokusering på nogle patientgruppers ventetid, frem for andres, betyder en omlægning af ressourcer, som man ikke nødvendigvis har fundet hensigtsmæssig på det amtslige niveau. På den baggrund har den reelle amtslige interesse for opfyldelse af de statsligt pålagte ventetidsgarantier måske ikke altid været overvældende.

Ressourcebegrænsninger og blandede interesser er formentligt en del af forklaringen på, at ventetidstiltagene har haft begrænset succes på det praktiske plan. En anden del af forklaringen er, at heller ikke amterne har fuld kontrol over aktiviteten på sygehusniveau. Den daglige produktion, tilgang af patienter, behandlingshastighed osv. afgøres alt sammen på sygehusniveau og i forbindelse med konkrete patientforløb og faglige vurderinger (jf. ovenfor). Flaskehalse på behandlingsniveauet, uhensigtsmæssig tilrettelæggelse, begrænsede ressourcer mv. kan alt sammen medvirke til at vanskeliggøre produktionsprocessen og styringen af ventetider på produktionsniveauet. Endelig kan nogle produktionsenheder have haft en egeninteresse i at demonstrere ressourceknaphed gennem lange ventelister.

For det fjerde kan man i forhold til det parlamentariske spil se, at landspolitikere synes at have haft blandede interesser i ventetidsspørgsmålet. Tendensen har været, at partier i opposition (Socialdemokratiet frem til 1993, Konservative og Venstre efter 1993 og Fremskridtspartiet i hele perioden) har ageret mere aggressivt i forhold til sundhedspolitikken generelt og også i forhold til ventelisteproblematikken. Socialdemokratiet argumenterede i slutningen af 1980'erne for løsning af problemet ved tilførsel af ekstra midler, mens de i begyndelsen af 1990'erne begyndte at formulere strategier om ventetidsgaranti kombineret med aktivitetsafhængige tilskud. Den borgerlige regering fokuserede stærkt på udgiftskontrol og ønskede derfor ikke at indføre elementer, som kunne bringe sådanne målsætninger i fare. Fremskridtspartiet har i hele perioden talt for nedlæggelse af amterne og statsligt kontrolleret konkurrence.

Selv om Socialdemokratiet har vist sig mere villige til at øge sundhedsudgifterne, har mønstret med en mere aggressiv og ideologisk baseret opposition gentaget sig op gennem 1990'erne. Venstre og Konservative har flere gange argumenteret for aktivitetsbaserede finansieringsformer som løsning på ventelisteproblemer. Tilsvarende har man foreslået frit valg til private behandlingsudbydere som en mulighed, der kunne lette presset. Regeringen har af ideologiske grunde, og ikke mindst på grund af interesser i udgifts- og planlægningskontrol, valgt at afvise sådanne forslag.

Generelt er ventetidsspørgsmålet på den landspolitiske arena blevet brugt som kampplads for politiske drillerier og ideologiske markeringer i lige så høj grad, som det har været genstand for praktiske, vidensbaserede og robuste løsningsmodeller. Det forekommer relativt let at score billige point på at kritisere den til enhver tid siddende regering i forhold til dette komplekse og vanskeligt håndterbare problem.

Man kan for det femte fortolke nogle af de institutionelle udviklinger i sektoren som udtryk for interessekampe mellem centrale og decentrale aktører. Dette gælder f.eks. udviklingen omkring informationsdannelse i sektoren, hvor amtslige aktører sidder tættere på driftsprocesserne end de centrale myndigheder og dermed tættere på information og viden om, hvad der foregår, og hvad der kan lade sig gøre. Denne relative informationsasymmetri har i perioder svækket de centrale myndigheder, og man kan på den baggrund se historien om Sundhedsministeriets oprettelse i 1987 og videre udvikling som et forsøg på at skabe sig en stærkere position ved at udvikle selvstændig kompetence og viden, som kan matche amternes vidensniveau. Udbygningen af DRG-systemet og brugen heraf til effektivitetsmålinger, etableringen af et selvstændigt evalueringscenter og lovfæstelse af amternes pligt til at levere oplysninger hertil, etablering af centrale ventelisteregistre kan alt sammen ses som elementer i etablering af et informationsgrundlag for politisk handling på centralt niveau (DRG står for Diagnose Relaterede Grupper. Der er tale om et system til klassificering af behandlingsforløb, som kan bruges til opgørelse af sammensætning af produktionen på de enkelte behandlingssteder).

Decentrale aktører har på den anden side haft en vis interesse i at samarbejde med de statslige myndigheder, hvis de derigennem kunne øve indflydelse, og måske tilmed anvende Sundhedsministeriet som "bolværk" mod tiltag fra andre centrale politisk/administrative aktører (f.eks. Finansministeriet og Folketinget). Decentrale aktører synes at have et vist held med at bruge deres informationsmæssige position til at øve indflydelse hos de centrale sundhedsmyndigheder. Dermed kan man tale om en delvist succesfuld "capture" strategi for decentrale aktører.

For det sjette kan man i mediedebatten se en række indlæg fra patientforeninger, sygehusprofessionelle og enkeltpolitikere på vegne af begge disse grupper. Dette kan i et interesseperspektiv forklares med, at patientforeninger har interesse i at fremme ventetidstiltag for deres specifikke områder. Der kan derfor være en interesse i at plante historier om ventetid i mediernes og i på anden vis at fremme ventetidsdebatten. Sygehusadministratorer, amter og til dels behandlingsprofessionelle kan tilsvarende have en interesse i at sætte fokus på problemstillingen, fordi det indebærer implicitte eller eksplicitte krav om tilførsel af ressourcer. Vi kan dermed se en del aktører, som har selvstændig interesse i at bringe ventetidsproblematikken i mediernes søgelys og på den offentlige dagsorden. Enkeltpolitikere kan tilsvarende have interesse i at profilere sig på udtalelser om ventetidsspørgsmål. Det er relativt let at få opmærksomhed omkring følsomme emner, og for oppositionspolitikere er det forholdsvis omkostningsfrit at rejse kritik og love løsninger.

Mediernes forholdsvis store interesse kan også forklares med en selvopfattelse som repræsentanter for "offentligheden" (forestillingen om medier som vagthund og talerør) og med selvstændige økonomiske interesser i at bringe sensationsprægede ventetidshistorier. Medieopmærksomheden har imidlertid ikke altid været proportional med problemets størrelse i forhold til andre problemer på sundhedsområdet (jf. tidligere viste tabeller). Der har også været en tendens til at fokusere på enkeltsager i stedet for at diskutere kompleksiteten i ventetidsproblematikken. Dette skyldes formentligt, at ventelister er nyttige og let forståelige symboler for nogle af de komplekse problemstillinger i sektoren.

Det er tydeligt, at mange debatindlæg i den parlamentariske verden har direkte udgangspunkt i mediedækning. Men relationen går ikke ensidigt i retning fra medier og til folketingsopmærksomhed. Der synes på grundlag af det undersøgte materiale at være tale om et samspil, hvor mediedækning kan give anledning til folketingsdebat, men hvor folketingspolitikere og andre interessenter også aktivt kan bruge mediernes til at rette offentlighedens fokus på bestemte områder eller til at præsentere bestemte vinkler på de folketingsaktuelle emner.

Alt andet lige synes medieinteressen at have haft en relativ stor indflydelse på opmærksomheden og fokuseringen på centralt politisk niveau. Det virker i en række tilfælde, som om der kører flere forskellige samtidige processer i feltet. Dels en serie medieformidlede enkeltsagsforløb i parlamentarisk sammenhæng, og dels en løbende, stabilitetssøgende og koordinerende proces i administrative og decentrale netværk uden for det parlamentariske lys. Men processerne kører ikke helt adskilt. Det parlamentariske niveau har beslutningskapacitet, og det er derfor vigtigt for de andre ak-

tører at følge de parlamentariske processer nøje og at søge at påvirke både mediebilledet og den parlamentariske debat. Som regel lykkes det ganske godt, forstået på den måde, at de fleste beslutninger tilpasses den eksisterende struktur. De "inddømmes" i forhold til deres forandringspotentiale frem for at repræsentere væsentlige opbrud i den institutionelle infrastruktur (jf. ovenfor samt også Vrangbæk, 1999).

Der kan altså samlet set iagttages en del forhold, som peger mod interessebaserede forklaringer. Hundeslagsmålsmetaforet har dermed en betydelig relevans i forhold til de tre forløb. Imidlertid kan man også sige, at forsøgene på interessevaretagelse synes at foregå inden for visse på forhånd givne rammer, som definerer, hvilke aktører der deltager, hvilke problemer der iagttages, og hvilke løsninger der opfattes som legitime. Der synes at være et mønster i politikdannelsen, hvor decentrale og administrative aktører får stor indflydelse, og hvor en væsentlig del af politikdannelsen synes at foregå uden for parlamentarisk regi og ved aftalebaserede eller korporative tiltag mellem amterne indbyrdes eller mellem amterne og de centrale myndigheder. Dette indebærer, at mere radikale løsninger, som ville bryde med den eksisterende struktur, systematisk udgrænses. Man er eksempelvis ikke villige til at overgå til et efterspørgselsbaseret system, og implementering via amterne er et grundvilkår i politikdannelsen. Man kan endvidere se, at der ikke altid er klar sammenhæng mellem centrale politiske beslutninger, vidensgrundlag og de praktiske muligheder i systemet. På den måde kan en del beslutninger få et symbolagtigt præg. Fremstilling og præsentation synes i nogle tilfælde vigtigere end faglig substans. Dette peger på en række andre grundvilkår i den politiske proces.

## **Hovedløs høne?**

Man kan på baggrund af ovenstående gennemgang sige, at der tegner sig konturerne af en politisk logik med interessevaretagelse inden for visse forståelsesmæssige og institutionelle rammer og med bestemte spilleregler. Det sundhedspolitiske område præges af et komplekst samspil mellem aktører på centralt politisk niveau, decentralt politisk niveau, patienter, professionelle mv., og de parlamentariske processer på centralt niveau udgør kun en del af spektret. Mange beslutninger træffes ved løbende koordination mellem amter eller mellem amtslige og statslige bureaukrater. Centralt vedtagne beslutninger har svære betingelser, hvis de ikke passer ind i den etablerede logik på udførende niveauer.

Man kan tale om en relativ dekobling eller løs kobling mellem den centrale politiske logik, som fører til ventetidsgarantierne og den mere komplekse praktiske virkelighed på decentrale og udførende niveauer (jf. også Bentsen et al., 1999). Med Kingdons termer (1995) kan vi sige, at der er

begrænset sammenhæng mellem “problemstrømmen”, “løsningsstrømmen” og den “politiske strøm”. I forhold til problemstrømmen har man haft begrænset viden om problemets størrelse i de forskellige perioder, og der synes ikke at være en klar sammenhæng mellem konkret viden om et aktuelt problem og den politiske reaktion. I forhold til løsningsstrømmen er man (i hvert fald på kort sigt) bundet af de institutionelle spor, der er lagt med valg af et udbudsstyret offentligt system, som betyder, at enhver løsning skal udføres af amterne og i sidste instans på behandlingsniveauet. Endvidere har der været begrænset viden om kausalsammenhænge og relationer mellem løsninger og effekt. Dette peger mod en dekopling mellem politisk beslutning og implementering i den organisatoriske virkelighed, og vi ser eksempler på mere eller mindre bevidst afskærmning af den produktionsmæssige kerne. Aktører på produktionsniveauet kan være uenige i den prioritering, der lægges med ventetidsgarantierne, fordi garantierne griber for meget ind i deres mulighed for tilrettelæggelse af driften, og fordi de reelle muligheder for at handle i forhold til de generelle ventetidsmål kan være begrænsede. Som beskrevet ovenfor har man på produktionsniveauet begrænset råderum i forhold til at styre de faktorer, som skaber ventetider. Man kan ikke kontrollere patienttilgangen, og man har som regel ikke mulighed for at øge tilgangen af ressourcer. Man kan søge at effektivisere og tilrettelægge produktionen med henblik på kortest mulig ventetid, men der er formentligt grænser for, hvor store effekter man kan opnå ad den vej. Dermed bliver faste ventetidsgarantier højst et generelt pejlemærke. Udførende enheder orienterer sig måske nok mod ventetidsmål på det formelle plan, men i praksis er det ikke sikkert, at produktionen ændres væsentligt, eller at der kan spores særlige resultater (jf. Brunsson, 1990). Ventetidsmålinger og 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.

Vi har hermed set, at elementer fra de tre indledningsvist præsenterede metaforer har relevans på forskellig måde i forhold til de politiske beslutningsprocesser om ventetidsgarantier. Spørgsmålet er, om vi kan forene disse forskellige observationer i en samlet vurdering.

Et bud på dette er at notere, at de forskellige anskuelsesvinkler kan have forskellig udsagnskraft afhængigt af niveau- og/eller tidsmæssige dimensioner (jf. også Roness, 1995: 3, jf. figur 1.1.).

Det er klart, at interesser spiller en rolle i forhold til både den centrale beslutningsproces og den efterfølgende udmøntning. Forskellige aktører har interesse i at sætte problemstillingen på dagsordenen, definere problemerne og de relevante løsninger på måder, som passer deres kram. Tilsvarende vil der være interesser knyttet til implementering af garantiene. Man må dog nok sige, at det især er på det politiske beslutningsniveau, at vi har en struktur, som decideret sigter mod at præsentere og afveje interesser. De forskellige interessenter vil derfor have stærke incitamenter til at søge påvirkning af den politiske beslutningsproces, og man ser mange af de centrale synspunkter manifesteret i forbindelse med den politiske diskussion. Dette fører til en beslutningsproces med afvejning af institutionaliserede interesser. Denne proces kan føre frem til rationelt-instrumentelle løsninger, men det er ikke altid tilfældet. Arbejdsredskaberne i den politiske verden er overtalelse, metaforer, fortolkning af data mv., og resultatet af interesseafvejningen bliver ofte kompromiser, som kan være mere eller mindre klare i forhold til underliggende problemer. Der er en særlig dynamik omkring politisk profilering (af hensyn til indflydelse og genvalg), som gør, at det ikke nødvendigvis er faglige argumenter, som vinder debatten, men de argumenter, som har størst mulighed for at få opbakning, og som bærer mest symbolsk kapital i forhold til vælgerbefolkning, andre parlamentarikere og offentlighed (jf. Stone, 1997; Majone, 1989; Schon & Rein, 1994). Ventetidsdiskussionen udgør et område, hvor det er svært at få objektiv og udtømmende data. Samtidig er der tale om et område, hvor det er meget let at finde problematiske enkelthistorier og at bygge en kritik mod politiske modstandere. På den baggrund er det ikke så underligt, at ventetidsspørgsmål igen og igen dukker op i den politiske debat, og at de beslutninger, som træffes, sigter mod symbolske sejre og politisk profilering.

Og her kommer så "hønemetforet" ind i billedet. Hvis politiske beslutninger er uklare eller symbolsk prægede forstået på den måde, at der er usikkerhed om problemets omfang og de løsningsredskaber, man har til rådighed, så skaber man problemer på de udførende niveauer. Udførende niveauer kan opleve, at de har begrænsede muligheder for at reagere på de generelle udmeldinger, eller de kan være uenige i de prioriteringer, der lægges med ventetidsgarantiene. Begge dele ser ud til at svække garantiernes gennemslagskraft i det praktiske arbejde. Vi ser dermed en vis dekopling mellem central politisk beslutning og reaktionerne i sygehusfeltet.

Man kan konkludere, at den politiske rationalitet måske nok er øget undervejs, men at der stadig er et stykke vej, før man kan tale om beslutnings-

processer, der ligner velovervejet ingeniørkunst. Til gengæld kan man argumentere for, at der for centrale politikere i en situation med usikkert beslutningsgrundlag og begrænsede redskaber til at kontrollere aktivitet på udførende niveauer er en hel del fornuft i at satse på signalvirkning og symbolske tiltag. Dette er imidlertid mere udtryk for en politisk rationalitet end en egentlig instrumentel rationalitet, som forudsat i ingeniørmodellen. Casen med ventetidsgarantier illustrerer dermed den mere generelle pointe, at livet i "polis" på sundhedsområdet foregår under særlige betingelser, med særlige redskaber og rationalitetsformer (jf. Stone, 1997; Majone, 1989). Betingelser i den politiske proces kan føre til beslutninger, som kan virke u hensigtsmæssige eller dårligt begrundede ud fra teknisk-faglige betragtningssmåder. Ikke desto mindre udgør "polis" en arena for afvejning af interesser og fokusering af opmærksomhed. Trods alle fejl og begrænsninger er det svært at se en anden mekanisme, som på tilsvarende vis kan håndtere paradokser og modsatrettede hensyn. Udfordringen i beslutningsøjemed ligger i at sikre, at den politisk styrede proces bliver så redelig og oplyst som muligt, og at der skabes rum til at følge de spor, som efter drøftelse af alternativer forekommer mest velbegrundede.

Vi kan samlet konkludere, at en kombination af elementer fra de tre teoretiske perspektiver er nyttig, hvis man vil fortolke billedet omkring beslutningsprocesser om ventetidsgarantier i Danmark. Selv om der er fordele ved simple og endimensionelle teoretiske tilgange, så har de også ulemper, når man søger at forstå komplekse politiske beslutningsforløb.

## **Magten på det sundhedspolitiske område?**

Spørgsmålet om magtfordeling på sygehusområdet kan ikke besvares entydigt. Der tegner sig et diffust billede, hvor ingen enkeltaktører har mulighed for at definere udviklingen alene. Man må snarere tale om en kompleks politikdannelse, hvor Folketing og regering indgår i samspil med andre centrale og ikke mindst stærke decentrale aktører om definering af problemstillinger, løsningsmuligheder og politiske handlingsveje. Mediedækningen og den offentlige meningsdannelse er en vigtig del af dette spil om definitioner og virkelighedsbilleder.

Magt findes dermed ikke i enkelte lokaliteter eller dimensioner. Den manifesteres gennem definitionsprocesser, gennem konkrete beslutninger, og gennem den praksis, som på baggrund af politiske beslutninger og institutionelle strukturer udvikler sig i feltet. Magt er det praktiske resultat af både den formelle politiske proces og den konkrete udmøntning i feltets praksis.

Når man ser bredt på magtens mange forskellige manifestationer, på de politiske beslutninger og på det konkrete udkomme af disse beslutninger,



må man sige, at magtens forskellige resultater godt kan forekomme modsætningsfyldte, irrationelle og tilfældige. Der er ikke én samlet overordnet logik, men mange forskellige dagsordener og interesser, som spiller sammen i dannelsen af praksis på ventetidsområdet. Magt skal derfor i højere grad analyseres som det konkrete løbende resultat end som en statisk ressource, som aktører kan "anvende" for at opnå givne resultater. Magt er i en vis forstand indlejret i de institutionelle strukturer (kognitive, normative og regulative rammer) og indgår i den løbende proces med at reproducere og udvikle disse rammer. Politisk beslutningstagning udgør ét knudepunkt med særlige beføjelser til at definere elementer i rammerne, men politiske processer foregår ikke løsrevet fra den løbende definitionskamp i feltet. Udmøntningen af politiske beslutninger afgøres først ved mødet med aktørernes fortolkning og reaktion. Særligt med beslutninger, der er forholdsvis diffuse, og som rummer begrænsede sanktions- og incitamentsstrukturer, vil der være stort rum for fortolkning. På den baggrund kan magtspørgsmålet ikke besvares i statiske termer. Det er et dynamisk og relativt begreb, som manifesteres i feltets løbende praksis, såvel som i de politiske beslutningsprocesser. Magtens udtryksformer kan både have rationelt-instrumentelt præg, være præget af særinteresser, og fremstå modsætningsfyldte og irrationelle.

## **Perspektiver og anbefalinger**

Generelt kan man på baggrund af undersøgelsen pege på vigtigheden af at forsøge at sikre et solidt vidensgrundlag for politisk handling. Det gælder i dette tilfælde oplysninger om ventelisternes "anatomi" (så vidt man nu kan komme), men det gælder også viden om, hvorledes forskellige redskaber kan tænkes at virke i praksis. Etablering af sådan viden kræver en vis ro til erfaringsopsamling og en villighed til at fremlægge præmisser og resultater. Det forekommer nyttigt med et vist rum til at afprøve forskellige løsningsmodeller og ikke mindst til at evaluere deres effekt, inden der træffes nye beslutninger. En alt for skinger og sensationsdrevet beslutningsproces kan skabe vanskelige betingelser for velovervejede fagligt-instrumentelle løsninger. Det har tilsyneladende været en del af problemet omkring ventetider og ventetidsproblematik i Danmark, at debatten har været drevet af enkelt-historier og jagten på umiddelbar politisk profilering. Et mere realistisk debatgrundlag og villighed til at afprøve forskellige modeller kunne nok højne niveauet.

Samtidigt må man dog også erkende, at det på dette komplekse og vanskelige område vil være nærliggende for en politisk logik at fokusere på relativt letforståelige og symbolske elementer som ventetid og ventetidsgaranti. Tal vil altid være politiske i et sådant univers og politisk beslutnings-

tagning vil altid være en kombination af rationelt-instrumentelle, interesse-baserede og institutionelle elementer. Man kan imidlertid godt have som ambition at skifte balancen til fordel for mere gennemanalyserede og vel-begrundede forslag.

Idéen om differentierede ventetider/garantier baseret på en faglig vurdering af alvorlighedsgrad forekommer fornuftig. Det forekommer indlysende, at ventetider for livstruende sygdomme skal minimeres. Af den grund kunne det være fornuftigt med en klarere definition af rettigheder og sanktionsmuligheder i de tilfælde, hvor afdelinger/sygehuse/amter undervejs må opgive at overholde en given garanti. Det må endvidere sikres, at de hidtil valgte garantier ikke indebærer en skævvridning, så ressourcer trækkes fra andre og ligeså vigtige behandlingsområder. Det må også sikres, at ordningen bliver til at administrere for de udførende niveauer. Der skal være klarhed om ansvar og pligter. En anden vigtig forudsætning er, at der ikke skabes flaskehalse i form af mangel på personale eller udstyr. Uden disse elementer vil det være umuligt at overholde garantierne, og vi risikerer at ende i en situation med mange patientklager og tab af tiltro til systemet.

Ideelt set bør ventetidssatsningen kombineres med bredere og mere nuancerede betragtninger af hele behandlingsforløbet fra patientens henvendelse til praktiserende læge, over den praktiserende læges henvisning til videre udredning hos speciallæge eller på sygehus. Man skal søge detaljeret viden om, hvad der foregår i alle led af kæden. I endnu bredere forstand må indsatsen følges op med en opmærksomhed på de underliggende faktorer, som påvirker befolkningens helbredstilstand, nemlig det komplekse samspil af livsstil, miljø og biologiske faktorer. Der må gøres en indsats for at højne vidensniveauet om sådanne faktorer, og om vigtigheden af tidlig henvendelse til behandlingssystemet.

En yderligere styrkelse af informationsindsats med viden om (forventede) ventetider (i hele behandlingsforløbet) kan nok lette bekymringsniveauet hos mange patienter. Sammenligninger af ventetider i USA og England har som nævnt vist, at der var større accept i USA, selv om ventetider var længere. Dette blev tilskrevet, at man i USA fik en dato for behandling fastlagt tidligt i forløbet. Generelt handler det om at skabe realistiske forventninger og om at informere om, hvad der sker i de forskellige dele af forløbet. Et vigtigt første skridt kunne være at foretage en validering af de ventetidsopgørelser, som i øjeblikket er tilgængelige for borgerne. Disse oplysninger bygger på amternes forventninger, men reelt kan der være meget store afvigelser mellem forventet og faktisk ventetid. En oplagt valideringsmåde kunne være at sammenholde de fremadrettede oplysninger med information over realiserede ventetider fra Landspatientregisteret.

Styrket valgfrihed via nedbrydelse af barrierer for det frie sygehusvalg vil kunne udjævne nogle ventetider og vil kunne øge tilfredsheden i systemet. Dette kræver, at der tilvejebringes pålidelig information om ventetid, kvalitet, tilbud osv. forskellige steder i landet, og at patienter reelt gives adgang til de ønskede afdelinger i modsætning til situationen nu, hvor modtagende afdelinger kan afvise fritvalgspatienter (Vrangbæk, 1999).

Etablering af ret til valg af private behandlere kan yderligere styrke det frie valg, men kan være uacceptabelt af andre grunde (udgiftskontrol, ideologi, etc.).

## Appendiks A.

### Uddrag fra folketingsdebatten om ventetider i sygehusvæsenet, 1985-1999 (Baseret på søgning i "Retsinfo" med søgeordene ventetid, venteliste, sygehus etc.)

År	Dag	Mdr.	Type forhandling	Aktør
1985	27	11	Skriftlig besvarelse.	Indenrigsminister (Schall Holberg)
1986	4	4	1. behandling af forslag til lov om sygehusvæsenet.	Indenrigsminister (Enggaard)
1986	21	4	Forespørgsel vedrørende sygehusvæsenet (21/4)	VS
1986	21	4	2. behandling af forslag til lov vedr. kommunal indkomstskat.	VS
1987	17	3	1. behandling af FrP lovforslag vedr. ventelister.	Indenrigsminister (Enggaard)
1987	29	3	Skriftlig besvarelse.	Indenrigsminister (Enggaard)
1987	29	10	Forespørgsel om nedskæringer på sygehuse.	FK
1987	29	10	Forespørgsel om nedskæringer på sygehuse.	SF
1987	29	10	Forespørgsel om nedskæringer på sygehuse.	Sundhedsminister (Agnete Laustsen)
1988	20	1	Forhandling om sundhedspolitisk redegørelse.	S
1988	25	11	1. behandling af FrP forslag om nedlægelse af amterne.	CD
1989	27	11	1. behandling af FrP forslag om ventetidsgaranti (afskaffelse af ventetider).	KF
1989	27	11	1. behandling af FrP forslag om ventetidsgaranti (afskaffelse af ventetider).	CD
1990	29	5	Forespørgsel om det offentlige sygehusvæsen fremsat af S og SF.	V
1990	29	5	Forespørgsel om det offentlige sygehusvæsen fremsat af S og SF.	S
1990	29	5	Forespørgsel om det offentlige sygehusvæsen fremsat af S og SF.	FrP
1990	31	5	Forespørgsel om indenrigs- og udenrigspolitiske emner.	V
1991	5	11	1. behandling af forslag til lov om sygehusvæsen.	Sundhedsminister (Ester Larsen)
1991	5	11	1. behandling af forslag til lov om sygehusvæsen.	S
1992	7	2	1. behandling af forslag om borgernes rettigheder.	S
1992	28	10	1. behandling af S beslutningsforslag om 3 måneders garanti.	Sundhedsminister (Ester Larsen)
1992	28	10	1. behandling af S beslutningsforslag om 3 måneders garanti.	CD

<i>Regeringsskifte. Første aftale om ventetidsreduktion indgår kort efter tiltrædelse af den socialdemokratiske ledede regering.</i>			
<i>Aftalen baseres på allerede forhandlede udvidelser af aktivitetsniveau. Der bliver ikke tale om et håndfast retrækrav. Man vælger aftalemodel i stedet.</i>			
1993	10	11	Spørgsmål til ministrene. V
1993	9	12	1. behandling af forslag til nedbringelse af ventelister. V
1994	25	2	1. behandling af FrP beslutningsforslag om ventetider. Sundhedsminister (Torben Lund)
1994	17	3	Forespørgselsdebat om sundhedsvæsenet. V
1994	17	3	Forespørgselsdebat om sundhedsvæsenet. Sundhedsminister (Torben Lund)
1994	6	4	Spørgsmål til ministrene. V
1994	6	4	Spørgsmål til ministrene. Sundhedsminister (Torben Lund)
1994	24	6	Skriftlig besvarelse. Sundhedsminister (Torben Lund)
1994	16	11	Skriftlig besvarelse. Sundhedsminister (Torben Lund)
1994	23	11	Skriftlig fremsættelse af forslag L 71 om forsøgsordning. Sundhedsminister (Yvonne Herløv Andersen)
1994	1	12	Forhandling om L 71 (forsøgsordning). V
1994	1	12	Forhandling om L 71 (forsøgsordning). K
1994	1	12	Forhandling om L 71 (forsøgsordning). FrP
1994	1	12	Forhandling om L 71 (forsøgsordning). EL
<i>Forsøgsordningen med 3 måneders garanti for knæ og diskus, samt aktivitetsbaseret finansiering vedtages 21/12/1994.</i>			
1995	8	2	Spørgsmål til ministeren. Sundhedsminister (Yvonne Herløv Andersen)
1995	25	10	Spørgsmål til ministeren. Sundhedsminister (Yvonne Herløv Andersen)
1995	25	10	Spørgsmål til ministeren. Sundhedsminister (Yvonne Herløv Andersen)
1996	30	5	Forespørgsel til statsministeren. V
1996	3	10	Redegørelse ved Folketingets åbning. S
1996	19	11	Forespørgselsdebat. FrP
1996	19	11	Forespørgselsdebat. Sundhedsminister (Yvonne Herløv Andersen)
1996	19	11	Forespørgselsdebat. K
1997	12	3	Forslag til ændring af ligningsloven. DF
1997	9	4	1. behandling af forslag L 210 til ændring af sygehuslov (opfølgning på Sygehuskommissionen). Sundhedsminister (Birthe Weiss)

1997	9	4	1. behandling af forslag L 210 til ændring af sygehuslov (opfølgning på Sygehuskommissionen).	V
1997	9	4	1. behandling af forslag L 210 til ændring af sygehuslov (opfølgning på Sygehuskommissionen).	FrP
1997	7	5	1. behandling FrP Lovforslag (LSF 238) og V beslutningsforslag (BSF 136) om frit valg til privathospitaler.	Sundhedsminister (Birthe Weiss)
1997	7	5	1. behandling FrP Lovforslag (LSF 238) og V beslutningsforslag (BSF 136) om frit valg til privathospitaler.	K
1997	7	5	1. behandling FrP Lovforslag (LSF 238) og V beslutningsforslag (BSF 136) om frit valg til privathospitaler.	V
1997	7	5	1. behandling FrP Lovforslag (LSF 238) og V beslutningsforslag (BSF 136) om frit valg til privathospitaler.	EL
1997	9	10	Drøftelse af statsministerens åbningstale.	V
1997	5	11	Drøftelse af V og FrP forslag om skattefritagelse for medarbejdere, der får betalt behandling på privathospital.	V
1997	5	11	Drøftelse af V og FrP forslag om at give kommuner lov til at betale for behandling hos private.	FrP
1997	21	11	Skriftlig besvarelse.	Sundhedsminister (Birthe Weiss)
1998	21	1	Drøftelse af regeringens redogørelse om forebyggelse.	Sundhedsminister (Birthe Weiss)
1998	23	1	1. behandling af lovforslag om patienters retsstilling.	Sundhedsminister (Birthe Weiss)
1998	24	4	1. behandling af FrP lovforslag om afskaffelse af beskatning for arbejdsgi- verbetaling af ansattes behandling på privathospitaler.	FrP
1998	12	6	Forespørgselsdebat.	Sundhedsminister (Carsten Koch)
1998	12	6	Forespørgselsdebat.	K
1998	8	10	Forhandling om statsministerens redogørelse ved Folketingets åbning.	K
1998	26	11	1. behandling af L 84 om ændring af sygehuslov (evalueringsscener, styr- kelse af frit sygehusvalg mv.)	S
1999	14	1	1. behandling af L 132 om behandlingsgaranti for livstruende sygdomme.	Sundhedsminister (Carsten Koch)
1999	14	1	1. behandling af L 132 om behandlingsgaranti for livstruende sygdomme.	CD

1999	14	1	1. behandling af L 132 om behandlingsgaranti for livstruende sygdomme.	KrF
1999	14	1	1. behandling af L 132 om behandlingsgaranti for livstruende sygdomme.	EL og SF

*Lovforslaget om garanti for livstruende sygdomme vedtages som Lov 395 af 2/6/1999 og udmøntes ved BEK 161 af 8/3/2000. – Der udarbejdes gradvist venetidsmidl for forskellige sygdomsgrupper.*

## Appendiks B. Lovforslag, der berører ventetidsproblematikken

År	Dato	Nr.	Forslag	Parti	Bemærkning
1985		LSF 191	Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet.	SF	Fortyde privathospitaler.
1986	6/5	LSF 238	Forslag til Lov om ændring af arbejdstilrettelæggelsen mv. for underordnede sygehuslæger og om fornyelse og forlængelse af overenskomster for underordnede.	Reg.	Arbejdstilrettelæggelse.
1986	14/5	LSF 268	Forslag til Lov om ændring af lov om kommunal udligning og generelle tilskud til kommuner og amtskommuner (Den kommunale økonomi i 1987 og 1988).	Reg.	Regeringen og Amtrådsforeningen er enige om, at det indenfor rammerne af den aftalte henstilling vil være muligt at reducere ventelisterne på sygehuse væsentligt.
1987	21/5	LSF 247	Forslag til Lov om den kommunale og amtskommunale skatteudskrivning i 1988.	Reg.	Tillade amterne at optage lån til sygehusområdet.
1988	6/10	LSF 33	Forslag til Lov om nedlæggelse af amtskommunerne.	FrP	Amtskommuner skaber ventelister.
1988	13/12	LSF 136	Forslag til Lov om afskaffelse af ventelister på sygehuse.	FrP	Enhver, som har stået på venteliste til behandling på offentlige danske sygehuse i de seneste 3 måneder, har ved henvedelse til sygehusforvaltningen ret til at kræve behandling iværksat inden 14 dage.
1991	8/2	LSF 145	Forslag til Lov om nedlæggelse af amtskommunerne.	FrP	Sygehuse bør være selvstyrende under sundhedsministerens overordnede ledelse.
1991	30/10	LSF 74	Forslag til Lov om det offentlige sundhedsvæsen.	Reg.	Samle sundhedslovgivning. Introducere "frit sygehusvalg" mv. Ellers ingen særlige tiltag i forhold til ventelister.
1994	23/11	LSF 71	Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forsøgsordning).	Reg.	Forsøgsordning: Penge-følger-patienten eksperiment og 3 måneders garanti for to behandlingstyper (diskus og knæ). Støttes af et flertal i sundhedsudvalget (alle undtagen SF).



1997	22/4	LSF 238	Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Patienters ret til frit valg mellem privat og offentligt hospital).	FrP	Valgfrihed mellem offentlige og private behandlingssteder.
1997	10/12	LSF 128	Forslag til Lov om patienters retsstilling.	Reg.	Bemærkelsesværdigt, at der ikke er regler om ventetider (eller kvalitet). Patientforeninger og lægeforeninger havde ønsket dette, men det afvises af politiske grunde, og fordi man ønsker at holde reglerne simple og robuste.
1998	13/11	LSF 84	Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Evalueringsscenter for sygehuse, styrkelse af det frie sygehusvalg samt information om ventetider m.m.).	Reg.	Pligt til informering om ventetider andre steder ved forundersøgelse.
1998	9/12	LF 132	Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring. (Behandling af visse livstruende sygdomme).	Reg.	Ventetidsgaranti for livstruende sygdomme. Sundhedsstyrelsen afgør relevante ventetidsgrenser for de enkelte behandlingsområder (indtil videre er sat grænser på 2+2 uger for forskellige kræft- og hjertesygdomme). Amter er forpligtede til at overholde tidsgrenser eller finde behandlingsmulighed i andre amter, udlandet eller på private sygehuse. Sundhedsstyrelsen er bogsætter i forhold til at finde behandlingsmuligheder.

## Appendiks C. Forslag til folketingsbeslutninger

Dato	Nr.	Forslag	Parti
10. februar 1987	BSF 134	Om afskaffelse af ventelister på sygehuse.	FrP
15. oktober 1987	BSF 9	Om stop for uønskede nedskæringer og udskydelser i 1988 på sygehusområdet.	S
15. oktober 1987	BSF 10	Om forbud mod etablering og drift af private betalingshospitaller i Danmark.	S
5. november 1987	BSF B 36	Om øgede bevillinger til sygehussektoren.	FK
14. januar 1988	BSF 78	Om nedskættelse af et udvalg til udarbejdelse af forslag til en sundhedslov.	SF
14. januar 1992	BSF 45	Om borgernes rettigheder.	S
25. marts 1992	BSF 79	Om valgfrihed i den offentlige sektor.	FrP
7. oktober 1992	BSF 1	Om maksimal ventetid på sygdomsbehandling.	S
10. december 1992	BSF 39	Om valgfrihed i den offentlige sektor.	FrP
<i>Regeringsskifte. Første aftale om ventetidsreduktion indgås kort efter tiltrædelse af den socialdemokratiske ledede regering.</i>			
<i>Aftalen baseres på allerede forhandlede udvidelser af aktivitetsniveauet. Der bliver ikke tale om et håndfast retskrav. Man vælger aftalemodel i stedet.</i>			
17. november 1993	BSF 23	Om nedbringelse af ventetider for hjertepatienter, der er visiteret til operation.	V
4. februar 1994	BSF 64	Om afskaffelse af ventelister ved inddragelse af private og udenlandske hospitaler i sygdomsbehandling samt ved inddragelse af ventetidsgaranti.	FrP
8. februar 1994	BSF 67	Om indførelse af resultatorienteret finansierings- og bevillingssystem i sygehussektoren.	FrP
<i>Forsøgsordningen med 3 måneders garanti for knæ og diskus, samt aktivitetsbaseret finansiering vedtages 21/12/1994.</i>			
3. april 1997	BSF 113	Om borgernes rettigheder.	SF
29. april 1997	BSF 136	Om reelt frit valg for patienter med visse sygdomme mellem offentlige sygehuse og privathospitaler.	V
9. oktober 1997	BSF 5	Om kommuners ret til at yde tilskud til sygdomsbehandling.	FrP
9. oktober 1997	BSF 6	Om kommunal støtte til sygdomsbehandling.	V og KF
20. november 1998	BF 58	Om indførelse af en landstækkende behandlingsgaranti til sygehusbehandling.	KF
<i>Lovforslaget om garanti for livstruende sygdomme vedtages som Lov 395 af 2/6/1999 og udmøntes ved BEK 161 af 8/3/2000.</i>			

## Appendiks D. Rapporter, der berører ventetidsproblematikken

År	Udgiver	Titel
1986	Indenrigsministeriet	Ventetider til sygehusbehandling. Redegørelse fra Indenrigsministeriets arbejdsgruppe vedr. ventetider.
1990	Sundhedsstyrelsen	Operationsmønstret og ventetider ved danske sygehuse 1988.
1992	Sundhedsstyrelsen	Operationsmønstret og ventetider ved danske sygehuse 1990.
1992	Amtsrådsforeningen i Danmark	Ventetidsgaranti.
1993	Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppe vedrørende hjertekirurgi	Hjertekirurgi i Danmark – behov, kapacitet og organisation. Redegørelse.
1993	Sundhedsministeriet	Første rapport fra Sundhedsministeriets ventetidsudvalg.
1993	Sundhedsstyrelsen (udg.); Sundhedsministeriet (udg.)	National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.
1994	Sundhedsministeriet (udg.)	Rapport fra Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi (SØK-rapporten).
1995	Sundhedsministeriet o.a. (udg.)	Sygedagpenge og ventetid i sundhedsvæsenet.
1996	Sundhedsstyrelsen. Koordinationsgruppen for Individbaseret Patientregistrering	Ventetidsgarantier i Norden – veje til kortere ventelister og ventetider i sundhedsvæsenet?
1996	Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, DIKE; DSI. Institut for Sundhedsvæsen	Titel: Evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti.
1997	Sundhedsstyrelsen	Ventelister og ventetider: Opgørelser fra Ventelisteregisteret. Tidsskrift: Månedstal fra sundhedsvæsenet.
1997	Sundhedsministeriet	Titel: Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen.
1997	Sundhedsministeriet	Afsluttende rapport fra Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg.
1998	Sundhedsministeriet	Titel: Rapport fra udvalget om ventetidsoplysninger og elektronisk booking.
1999	Sundhedsministeriet	Titel: Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning.

## Litteratur

- Amtsrådsforeningen (1989). *Rapport fra Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe vedrørende systemer til opgørelse af ventetider og ventelister*. København.
- Amtsrådsforeningen (1992). *Ventetidsgaranti*, København.
- Bachrach, Peter & Morton Baratz (1962). "The Two Faces of Power", *American Political Science Review*, Vol. 56, pp. 947-952.
- Baumgartner, Frank R. & Bryan D. Jones (1993). *Agendas and Instability in American Politics*, Chicago: University of Chicago Press.
- BEK nr. 152 af 08/03/1995 (Historisk). *Bekendtgørelse om forsøgsordning på sygehusområdet*.
- BEK nr. 141/1996. *Bekendtgørelse nr. 141/1996 om ændring af bekendtgørelse om forsøgsordning på sygehusområdet*. Lovtidende 1996. København.
- BEK nr. 161 af 08/03/2000 (Gældende). *Bekendtgørelse om behandling af visse livstruende sygdomme*.
- Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir & Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999). *Når styringsambitioner møder praksis - Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøjskolens Forlag.
- Berlingske Tidende*, 26/10/2000.
- Blom-Hansen, Jens (1998). "Sisyfos på arbejde: Ventetidsgarantier i de skandinaviske sygehusvæsenet", *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, 79. årgang, nr. 4, pp. 359-391.
- Brunsson, Nils & Johan P. Olsen (1990). *Makten att reformera*, Stockholm: Carlsons.
- Cohen, Michael, James G. March & Johan P. Olsen (1972). "A Garbage Can Theory of Organizational Choice", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, pp. 1-25.
- Christensen, Jørgen Grønnegaard (2000). "The Dynamics of Decentralization and Recentralization", *Public Administration*, Vol. 78, No. 2, Summer 2000, pp. 386-405.
- Christiansen, Terkel et al. (1995). *Tilvalg og fravalg, Om prioritering i Sundhedssektoren*, Odense: Odense Universitetsforlag.
- Deadline*, DR2, 2/3/2000. Interview med sundhedsminister Sonja Mikkelsen.
- DIKE og DSI (1996). *Evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti*, København.
- DSI (1996). *Ventetidsgarantier i Norden*. DSI Rapport 96.03.
- Dunleavy, Patrick (1995). *Democracy, Bureaucracy and Public Choice*, New York & London: Harvester-Wheatsheaf.
- Ekstra Bladet*, 20/4/1999. *Hospitalet i forfald: En let sejr*. Af Hans Mortensen.
- Finansministeriet (1994). *Aftale om finansloven for 1995*. November. København.
- Finansministeriet (1995). *Aftale om finanslov for finansåret 1996*. November. København.
- Finansministeriet (1996). *Finansloven for 1997: Forhandlingsresultater*. København. <http://www.fsk.dk/locations/fm/finans97/>

- Frølund Thomsen, Jens Peter (2000). *Magt og indflydelse*, Århus: Magtudredningen.
- Første behandling af lovforslag nr. L 74. Tirsdag den 5. November 1991. [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk)
- Første behandling af lovforslag nr. LSF 210. Onsdag den 9. April 1997. [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk)
- Gilje, Nils & Harald Grimen (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Grund, Jan (1995). *Helsepolitikk, Effektivisering, spill eller utvikling?*, Oslo: Tano.
- Hill, Michael (1997). *The Policy Process. A Reader*, Essex: Prentice Hall.
- Indenrigsministeriet (1986). *Redegørelse fra Indenrigsministeriets arbejdsgruppe vedrørende system til opgørelse af ventetider og ventelister*.
- Jones, Bryan D. (1994). *Reconceiving Decision Making in Democratic Policies*, Chicago. University of Chicago Press.
- Juhl, Claus (1996). "Statslig sundhedspolitik", *Samfundøkonomen*, 1996:4, pp. 5-13.
- Juhl, Claus & P.E. Hansen (1997). "Anvendelse af registre i den sundhedspolitiske beslutningsproces", *Samfundøkonomen*, 1997:4, pp. 5-11.
- Jyllands-Posten*, 25/1/1997. *Ventetidsgaranti virker ikke*. Af Jakob Vissing.
- Jyllands-Posten*, 14/1/1999. *Ventetid forlænges*. Af Niels Mulvad.
- Kingdon, John W. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, New York: Harper Collins.
- LOV nr. 1134 af 21/12/1994 (Historisk). *Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forsøgsordning)*.
- LOV nr. 395 af 02/06/1999 (Gældende). *Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring*.
- LSF 71. *Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forsøgsordning)*. Fremsat af sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen) den 23/11/1994.
- LSF 210. *Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Styrkelse af det frie sygehusvalg, forsøgshjemmel og tilbud i kommunalt regi)*. Fremsat af sundhedsministeren (Birte Weiss) den 2/4/1997. Vedtaget ved tredje behandling den 15/5/1997.
- Lukes, Stephen (1974). *Power: A Radical View*, London: Macmillan.
- Majone, Giandomenico (1989). *Evidence, Argument & Persuasion in the Policy Process*, New Haven: Yale University Press.
- Ostrom, Elinor (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge & New York: Cambridge University Press.
- Pallesen, Thomas (1997). *Health Care Reforms in Britain and Denmark. The Politics of Success and Failure*, Aarhus: Aarhus Universitet.
- Parsons, Wayne (1997). *Public Policy*, Cheltenham & Lyme: Edward Elgar.
- Politiken*, 25/11/1998. *Garanti for hurtig behandling*. Af Hanne Fall Nielsen.
- Politiken*, 9/11/1999. *Kræftpatienter vælger behandling i Tyskland*. Ritzau.
- Regeringen og Amtsrådsforeningen (1986). *Aftale om amters økonomi*.
- Regeringen og Amtsrådsforeningen (1996). *Aftale af 12. Juni 1995 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 1997*.

- Regeringen og de kommunale parter (1986). *Fælleserklæring af 13. Maj 1986 fra de kommunale parter og regeringen om den kommunale økonomi i 1987 og 1988 samt om det fremtidige tilskuds- og udligningssystem.*
- Roness, Paul G. (1995). "Avskjerming, utfylling, konkurrering og sameining. Nokre tanker om strategier for handtering av teorimangfaldet knytta til organisasjonsendringer", *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, pp. 178-197.
- Schall Hollberg, Britta (1985). *Skriftlig besvarelse til Folketinget fra indenrigsminister Britta Schall Hollberg den 27/11/1985.* [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk)
- Schon, Donald & Martin Rein (1994). *Frame Reflection*, New York: Basic Books.
- Starr, Paul & Ellen Immergut (1987). "Health care and the boundaries of politics", pp. 221-255 i Charles S. Maier, *Changing boundaries of the political*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Stone, Deborah (1997). *Policy Paradox? The Art of Political Decision Making*, New York & London: W.W. Norton and Co.
- Sundhedsministeriet (1993a). *Første rapport fra Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg*, København.
- Sundhedsministeriet (1993b). *Registrering og opfølgning af ventelisteinitiativer. Redegørelse fra Ventetidsudvalgets underudvalg vedrørende registrering og opfølgning*, København.
- Sundhedsministeriet (1994). *Rapport fra Udvalget vedrørende sundhedsvæsenets økonomi ("SØK-rapporten")*, København.
- Sundhedsministeriet (1995). *Statusnotat af maj 1995 om ventetider.*
- Sundhedsministeriet (1996). *Fællesindhold for registrering af ventelistepatienter.*
- Sundhedsministeriet (1997a). *Afsluttende rapport fra Sundhedsministeriets Ventetidsudvalg*, København.
- Sundhedsministeriet (1997b). *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen*, København.
- Sundhedsministeriet (1998). *Rapport fra Udvalget om ventetidsoplysninger og elektronisk booking. Sundhedsanalyser 1998:3*, København.
- Sundhedsministeriet (1999). *Sygehusvæsenet - en dansk og international sammenligning. Sundhedsanalyser 1999:7*, København.
- Sylvest Olsen, Peter (1997). "Analyse af ventetidsregistreringen", *Appendiks til "Rapport fra udvalget om ventetidsoplysninger og elektronisk booking"*, København: Sundhedsministeriet.
- Vrangbæk, Karsten (1999). *Markedsorientering i Sygehussektoren. Opkomst, udformning og konsekvenser af frit sygehusvalg*, København: Ph.D.-afhandling. Institut for Statskundskab.
- Wildavsky, Aron (1979). *Speaking Truth to Power*, Boston: Little Brown.
- Wilson, James Q. (1989). *Bureaucracy*, New York: BasicBooks.

## **Om forfatteren**

Karsten Vrangbæk er adjunkt ved Institut for Statskundskab og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Forsker og underviser i sundhedspolitik, forvaltning, organisation og ledelse. Forfatterskabet inkluderer ph.d.-afhandlingen fra 1999, "New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser" samt artikler om reformer i sygehussektoren. Arbejder på projekter om evaluering i sundhedssektoren, betydningen af DRG-takster og den politiske beslutningsproces om folkesundhedsprogrammet.

## Udgivelser fra Magtudredningen

### Bøger

Jørgen Goul Andersen, Peter Munk Christiansen, Torben Beck Jørgensen, Lise Togeby & Signild Vallgård (red.) (1999). *Den demokratiske udfordring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Peter Munk Christiansen, Birgit Møller & Lise Togeby (2001). *Den danske elite*. København: Hans Reitzels Forlag.

### Skrifter

Erik Oddvar Eriksen (1999). *Is Democracy Possible Today?* Århus: Magtudredningen.

Ole Hammer & Inger Bruun (2000). *Etniske minoriteters indflydelseskanaler*. Århus: Magtudredningen.

Jens Peter Frølund Thomsen (2000). *Magt og indflydelse*. Århus: Magtudredningen.

Jørgen Elklit, Birgit Møller, Palle Svensson & Lise Togeby (2000). *Hvem stemmer – og hvem stemmer ikke?* Århus: Magtudredningen.

Jacob Gaarde Madsen (2000). *Mediernes konstruktion af flygtninge- og indvandrerspørgsmålet*. Århus: Magtudredningen.

Karsten Vrangbæk (2001). *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne? Ventetidsgarantier til sygehusbehandling*. Århus: Magtudredningen.