

## Identitetskonstruktioner af patienter

*Inger Lassen*

*er professor på Institut for Kultur og Globale Studier, Aalborg Universitet. Hun modtog ph.d.-graden i 1999 for en afhandling om grammatiske metaforer. Hendes forskning omfatter genre- og diskursstudier med særlig fokus på borgerinddragelse og grøn omstilling, organisationskultur og ligestilling samt sundhedskommunikation*

*Aase Marie Ottesen*

*har i forbindelse med en tre-årig ansættelse som ph.d.-studerende ved Institut for Kommunikation, fået tildelt ph.d.-graden i 2014. Ph.d.-afhandlingen omhandler en læringsmodel, hvor gruppemusikterapi og Dementia Care Mapping anvendes i et tværfagligt forløb til udvikling af plejepersonales musiske og interpersonelle kompetencer med fokus på fremme af livskvalitet og trivsel hos personer med demens.*

*Jeanne Strunck*

*er lektor ved Institut for Kultur og Globale Studier. Hun fik ph.d. graden i 1999 for en afhandling om implicit sprogbrug i en interkulturel kontekst. Hendes forskning ligger inden for professionel og interkulturel kommunikation, diskurs og køn, diskurs og ledelse, og sundhedskommunikation.*

### **Abstract:**

This article focuses on the discursive construction of patient identity in the Danish Health Act. Traditionally, the ideology of the welfare state has been based on equality and solidarity, and the state has so far been responsible for the provision of health care services. Recent research suggests, however, that the implementation of New Public Management influences the welfare model in a neo-liberal direction. The study focuses on how such underlying ideologies may influence the dominant discourses present in the Health Act and how

these discourses may construct different subject positions and identities. The analysis points to two competing, hegemonic discourses: a welfare discourse and a New Public Management discourse. Those reveal an asymmetrical relationship between three groups: health professionals occupying dominant subject positions, patients empowered to make free choices within the limits stipulated by policy makers and patients constructed as objects in need of care.

**Keywords:** Sundhedsloven, velfærdsstat, patientidentitet, sundhedsaktører, diskurser

### Introduktion

I dette kapitel undersøges hvordan patientbegrebet italesættes i den danske Sundhedslov, som trådte i kraft d. 1. januar 2007. Undersøgelsen tager udgangspunkt i den danske velfærdsmodel, der synes at være under forandring. Således indikerer forskning på området, at den offentlige sektor gennem de senere år i stigende grad er blevet styret efter New Public Management (NPM) principper, hvilket blandt andet indebærer mere statslig styring, øget markedsorientering samt fokus på effektivitet med hensyn til at nå målene. Karakteristisk for NPM er, at serviceydelser udbydes i konkurrence, og at brugerne opfattes som 'kunder' med frihed til at vælge serviceudbydere (Torfing, Peters, Pierre and Sørensen, 2012, 124). NPM kan således karakteriseres som en styringsform der dikterer reglerne for, hvordan den offentlige sektor skal organiseres, hvilket umiddelbart indebærer en form for top-styring. Men på den anden side rummer NPM også mulighed for en grad af selvstyring hos brugerne af de offentlige ydelser, hvilket gør det nødvendigt at forholde sig til hvilke mekanismer og diskurser der er i spil, når det drejer sig om 'styring af selvstyring' eller det Torfing et al (ibid.) har kaldt *meta-governance* (ibid) og som governmentality teorien har refereret til under begrebet *conduct of conduct* (Foucault 1986 in Torfing et al, 2012: 130).

Tæt forbundet hermed er *interactive governance*, der kan forstås som en dialogbaseret styringsform med udgangspunkt i kollektiv styring (Torfing et al 2012: 145). Denne styringsform må ses som en videreudvikling af rendyrket NPM styring, idet borgerne her indtager nye roller som aktive partnere og medproducenter af lovgivning gennem borgergrupper, patientforeninger

og lignende. Der lægges med andre ord her op til brugerinddragelse og patient-empowerment.

Tegn på ændringer i diskurser omkring velfærdsydelser ses blandt andet i policy dokumenter publiceret på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Således finder Askehave, Holmgreen, Lassen og Strunck (2010, 154) at der i sådanne dokumenter findes mange begreber, der konstruerer patienten som aktør, herunder begreber som 'egenomsorg', 'selv-monitorering', 'egenbehandling', 'borgerinddragelse', men også begreber som 'frit valg' og 'personligt ansvar' ses ofte som tegn på at patienterne tilskrives nye roller og dermed nye identiteter og handlemuligheder.

Det er på den baggrund fristende at tegne et forenklet billede af velfærdsstatens udvikling og de diskurser, der kendetegner denne udvikling. Det er imidlertid vigtigt at forstå kompleksiteten i denne udvikling ved at betragte, i dette tilfælde Sundhedsloven, som et øjebliksbillede, der afspejler en rolle- og ansvarsfordeling mellem en række aktører inden for forskellige styringslag. Det vil i den forbindelse være en plausibel antagelse, at komplekset af skiftende styringsformer og rollefordelinger, der i større eller mindre grad er udsprunget af tanker om velfærdsstaten, er båret af konkurrerende diskurser som udkæmper diskursive kampe i Sundhedsloven. Denne undersøgelse søger at afdække hvilke diskurser er fremtrædende, herunder om man i Sundhedsloven kan se spor af den traditionelle velfærdsdiskurs, eller om denne er blevet udkonkurreret af andre hegemoniske diskurser. Patientbegrebet har her en central placering, og vi undersøger på den baggrund følgende spørgsmål:

- Hvilke patientidentiteter konstrueres i fremtrædende diskurser i den danske sundhedslov?
- Hvilke handlerum/ subjektspositioner muliggør eller begrænser diskurserne for patienter og sundhedsprofessionelle aktører?
- I hvilket omfang bærer sundhedslovens diskursive konstruktioner af patientbegrebet præg af nyere politisk-ideologisk tænkning?

### **Teoretiske perspektiver Velfærdsstaten**

Den danske velfærdsstat ses af mange (Christiansen 1997; Niklasson 2006, 56) som et kompromis mellem forskellige sociale klassers

ideologier og bevidsthedsformer og Esping-Andersen (1999) opstiller i den sammenhæng en typologi over velfærdsregimer (Jensen 2011, 33). Disse omfatter liberalismen, det social-demokratiske regime og det kristen-demokratiske regime. Liberalismen ønsker at begrænse velfærdsstaten og fremme det frie marked. Til forskel herfra tilstræber det social-demokratiske regime lighed i samfundet og en omfordeling mellem rig og fattig, mens det kristen-demokratiske regime ønsker at fremme velfærdsstaten, men på bekostning af lighedsprincippet. I Esping-Andersens typologi henføres det liberale regime til Storbritannien og de tidligere kolonier, mens det kristendemokratiske regime kendetegner lande som Tyskland, Frankrig og Japan. Det social-demokratiske regime findes derimod kun i Norge, Sverige, Finland og Danmark – altså i de nordiske lande (Jensen 2011, 33).

Der findes mange definitioner af hvad en velfærdsstat er, men i det social-demokratiske regime bygger begrebet på tanken om sociale rettigheder, forstået som "den formelle (dvs. lovbestemte) ret til at modtage en velfærdsydelse" (Jensen 2011, 21). Jensen definerer sociale rettigheder som "den formelle (dvs. lovbestemte) ret til at modtage en velfærdsydelse. Omfanget af en social rettighed er bestemt af (a) adgangsprincippet, (b) tildelingsprincippet og (c) udbetalingsniveauet" (Jensen 2011, 21). Disse kriterier vægtes forskelligt i de tre velfærdsregimer beskrevet ovenfor. Med adgangsprincippet tænkes der på i hvilket omfang man har gjort sig fortjent til en ydelse. Tildelingsprincippet tager hensyn til hvorvidt ydelsen er indkomstafhængig (ibid). Med udbetalingsniveauet tænkes der på ydelsens størrelse, fx i forbindelse med arbejdsløshedsunderstøttelse. Endvidere bygger begrebet på en ide om at velfærdsordninger skal være universelle og kendetegnet ved solidaritet og lige adgang til ordningerne for alle (Jensen 2011, 123). Rammerne skabes således for "udvikling af moralsk adfærd" (Niklasson 2006, 61), men den moderne skandinaviske velfærdsstat indeholder også i stigende grad et ønske om at ville "regulere de moralske forpligtelser mellem menneskene gennem direkte indgriben i civilsamfundet" (Niklasson 2006, 61).

Dette sker i tråd med at der gennem de senere år ses tegn på, at den stærke folkelige følelse af solidaritet er ved at forsvinde. En stærk vækst i den offentlige sektor kombineret med indførelsen af nye styringsformer synes at svække det civile samfund (Niklasson

2006, 59). Dette medfører ifølge Habermas (1981, 1985) at borgerne er blevet gjort til afpolitiserede, passive forbrugere af velfærdsstatens ydelser. Det civile engagement er blevet fortrængt af markedets og statens ekspansion (Niklasson 2006, 62) samtidig med at solidariteten er kommet under pres. Som en reaktion herpå har politikere og embedsmænd ønsket at styrke borgernes egne ressourcer gennem begrebet 'empowerment', og man ser her en glidning hen imod et mere liberalt regime, hvor også tanker om dialog og kollektiv styring vinder indpas (Torfing et al. 2012). Dette har imidlertid haft den negative konsekvens, at skellet mellem stærke og svage borgere er blevet øget (Niklasson 2006, 65).

### Den danske velfærdsstat i forandring

Inspireret af Foucaults og Roses begreber om governmentality beskriver Vallgård (2003, 14-15) en styringsform, der er baseret på appel til borgernes ansvarlighed og pligtfølelse for herved "at forme borgernes mål og ønsker". Vallgård (2003) ser dette som magtudøvelse fordi borgerne tvinges til at foretrække en bestemt adfærd frem for en anden. Herved forpligtes de til at vælge samtidig med at de er "forpligtet til at være frie" (Vallgård 2003, 16; Rose 1999; Foucault 1986). Selv om der i de senere år er kommet mere fokus på borgernes såkaldte handlekompetencer (empowerment) (Vallgård 2003, 266), strider denne målsætning dog stadig mod målet om at forme borgerne som lydige subjekter. Vallgård (2003, 263) konkluderer på den baggrund, at politikernes styringsambitioner er vokset og at bestræbelserne på at styre folks adfærd i dag foregår med større intensitet og "foregår i flere sammenhænge end i midten af 1900-tallet" (Se også Niklasson 2006).

Som noget centralt i forbindelse med at kunne modtage ydelser i velfærdsstaten står begrebet *medborgerskab* med dertil hørende forestillinger om rettigheder og pligter. Som borger har man ikke kun rettigheder i forhold til at modtage hjælp, men fællesskabet hviler også på en forpligtelse til at bidrage. Der synes med andre ord at være sket et skifte fra det der var velfærdsstatens grundtanke, at man skulle yde efter evne og nyde efter behov, til den variant der ifølge Lu og Olsesen (2009, 4) i dag er mere betegnende for den danske velfærdsmodel, nemlig at man skal "yde efter evne og nyde i forhold til det man har ydet" (2009, 4), jævnfør også kriterierne for sociale rettigheder omtalt ovenfor. Disse ændringer er

gennem den offentlige diskurs tilsyneladende blevet iklædt mange gestalter, såsom frihed til at vælge (fx behandlingssted), empowerment af patienter, ansvarsfølelse og solidaritet, men spændet mellem principper og praksis peger ifølge Lu og Olesen (2009, 6) på det grundlæggende problem at det der engang var et velfærdssystem baseret på solidaritet nu er blevet til et individualistisk, liberalistisk system. Som et eksempel herpå er der indført behandlingsgaranti i forhold til operationer og flere opgaver er overgået til de private sygehuse, hvor brugerne enten selv betaler for at blive opereret eller har benyttet private sygeforsikringer. Et af argumenterne for det frie sygehusvalg var ønsket om at nedbringe ventelisterne ved at give borgene mulighed for at vælge et andet behandlingssted (Bilde, Hansen og Søgaard 2010, 24). Imidlertid synes argumentet om frihed til at vælge at stå i et modsætningsforhold til det ligheds- og solidaritetsargument der hidtil har kendetegnet den traditionelle velfærdmodel (Vallgård 2003), samtidig med at principperne om brugerinddragelse og frihed til at vælge rejser spørgsmål om i hvilket omfang patienter i praksis har en reel mulighed for at handle inden for de frihedsgrader der stilles dem i udsigt inden for det eksisterende sundhedsregime.

### **Patientidentitet**

I sammenhæng med ideologien om velfærdsstaten og de udviklingstendenser, der viser sig aktuelt her indenfor, kan der også peges på ændringer i opfattelsen af kategorierne borger og patient. Fra politisk side ønskes for nuværende besparelser på det offentlige sundhedsvæsen, hvilket øger fokus på egenomsorg og styrkelse af patientens ressourcer. Samtidig bevirker en samfundsmæssig individualisering, at borgeren i højere grad end tidligere har ret og pligt til at styre sit liv og sit helbred, så ansvaret ikke kun hviler på de offentlige institutioner.

Ifølge Olesen (2010) er der tale om ændringer i patientbegrebet fra at være patient, passiv, lidende, sengeliggende og modtager af behandling fra professionelle, til at være aktive patienter, hvilket selvmodsigende vil sige "borgere, usyge mennesker, der er aktive, ikke patienter!" (Olesen 2010, 309).

Patientidentiteten udvikler sig hen imod en aktivt handlende borger, der kan påtage sig egenomsorg – self-care og self-management, som antyder diskurser fra ledelsesteorien, hvor selvledelse i

denne sammenhæng skal forstås som det at patienter lærer at løse problemer relateret til deres eget liv, at håndtere sygdom, at agere i rollen og at styre følelser. (Se dog også Rose 2007, hvor begrebet biocitizen ikke italesætter patienten inden for en NPM-diskurs). Olesen påpeger imidlertid, at "Patienter besidder ikke nødvendigvis (raske) borgeres evne til at handle adækvat og træffe fyldestgørende beslutninger til rette tid og sted – hverken formelt eller reelt" (Olesen 2010, 323), hvilket han opfatter som et uklart skel mellem at være patient og være borger.

Anvendelsen af begrebet empowerment i forbindelse med patienter, kan ses i lyset af de økonomiske reformer og nye styringsmekanismer, som har fundet sted inden for sundhedssektoren de seneste 20 år, og som har bevirket mindre tydelige skel mellem kategorier som borger og patient. Denne udvikling kommer bl.a. til udtryk ved at patienter tidligere blev konstrueret som objekter, som modtagere af sundhedsydelse, men nu konstrueres som subjekter, der er blevet brugere / forbrugere eller kunder på et sundhedsmarked. Forskellige italesættelser og opfattelser af begreber som patient, borger, forbruger er hæftet op på forskellige opfattelser af normer for sundhed og sygdom, som relaterer sig til forskellige sociale grupper. Der hersker således ikke samme ambitioner for sundhed og muligheder for empowerment i alle samfundslag og aldersklasser, hvilket bevirker en vis ulighed i sundhed (Larsen & Esmark 2013, 10). Der bliver på denne måde tale om et a- og et b-hold med forskellige krav og forventninger, og hvor a-holdet bl.a. er i stand til at springe ventelisterne til de offentlige sygehuse over på grund af særlige sygeforsikringer, der giver adgang til private hospitaler (Jacobsen & Larsen 2007, 493).

### Metode og data

På et samfundssociologisk niveau indsættes analyserne af Sundhedsloven i en ramme, som udgøres af ovennævnte redegørelser for begreberne patientidentitet og velfærdsstat. Patientidentitetsbegrebet indebærer opfattelser af de udviklinger der er foregået, og som kan betragtes som udspring af ændringer på samfundspolitisk plan. De relaterer sig således til ideologier om velfærdsstaten og styringsmekanismer som New Public Management. Velfærdsstaten og nye styringsmekanismer relateres desuden til Foucault's teorier om governmentality og Habermas' teorier om forholdet mellem

stat og borger. Artiklens afsnit om disse bredere samfundsideologiske perspektiver danner således baggrunden for de tekstnære analyser af Sundhedsloven.

Valget af Den Danske Sundhedslov, som empirisk datamateriale hviler på en antagelse om, at loven som udtryk for det øverste politiske niveau og styringslag lægger grunden til de opfattelser af sygdom, sundhed og ikke-raske borgere, som bliver fremherskende i første omgang inden for politisk hold, derefter udmøntes i sundhedspraksisser på flere niveauer, og endelig kan spores i befolkningens opfattelse af, hvordan det danske sundhedsvæsen fungerer, og hvilket menneskesyn der kommer til udtryk. Interessen for at udforske Sundhedsloven skal ligeledes ses i sammenhæng med, at den grundlæggende indretning af den offentlige sektor i Danmark blev reorganiseret i januar 2007, via Kommunalreformen. Der blev således etableret et nyt kommunalt og regionalt danmarkskort og gennemført en ny arbejdsdeling mellem stat, kommuner og regioner. Samtidig blev der gennemført en finansierings- og udligningsreform. Kommunerne fusionerede, så der blev 98 kommuner frem for 271. Amterne blev nedlagt, og der blev oprettet fem regioner, hvis primære opgave var at stå for driften og planlægningen af det offentlige sundhedsvæsen (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013). Det empiriske datamateriale fra Sundhedsloven, vi har analyseret, er verificeret fra Retsinformation den 10. august 2014 (Retsinformation 2014) og rummer de ændringer og tilføjelser til loven, der er tilkommet siden dens ikrafttræden i 2007.

Artiklens afsæt i socialkonstruktionismen udmønter sig i en kritisk diskursanalytisk tilgang med Fairclough (2003) og Willig (2008) som udgangspunkt for analyser af Sundhedsloven. Analyserne baserer sig på en opfattelse af diskurs som sæt af bestemte ytringer og praksisser, der er fremherskende inden for sundhedsområdet. Diskurserne, der betragtes som en måde at skabe mening på i bestemte kontekster, kan således afdække bl.a. de magtforhold mellem borger / patient og sundhedssystemet, som fremkommer i Sundhedsloven samt de handlerum og subjektpositioner, som stilles til rådighed diskursivt i teksten. I denne artikel arbejdes der primært med to overordnede sæt af ytringer, hvoraf det første sæt peger i retning af en karakteristisk NPM praksis, som kan fortolkes som en NPM diskurs, mens det andet sæt af ytringer bærer kendetegn fra velfærdstænkning, og som kan fortolkes som en velfærd-



statsdiskurs. Disse betragtes som overordnede begreber, der kan rumme varianter som fx politisk-økonomisk diskurs, markedsdiskurs, omsorgsdiskurs og rettighedsdiskurs.

Analyserne af Sundhedsloven er på det tekstuelle plan fokuseret på lingvistiske aspekter som modalverber / modalitet (modalverberne 'kan' og 'skal', hvor 'skal' og andre konstruktioner der udtrykker nødvendighed benævnes deontisk modalitet), betingelseskonstruktioner, definerende relativsætninger og overordnede diskurser. Analyserne fokuserer desuden på aktørers handlerum, identitetskonstruktioner, udtryk for stigmatisering og naturalisering. Med hensyn til lovtekstens genremæssige aspekter vil disse ikke blive behandlet separat i artiklen, idet teksten er struktureret omkring de træk, som er traditionelle konventioner for lovtekster. Det vil sige, at den består af kapitler, paragraffer og stykker hver med sit specifikke indhold, og at der refereres til aktører med autoriteter og kompetencer, aktørers rettigheder og pligter, som er indbygget i det institutionelle tilhørsforhold og de tilhørende professioner, der er relevante for vidensområdet.

### **Analyse**

Sundhedsloven indledes med en beskrivelse af det værdimæssige grundlag, der lægger vægt på at "sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse" (§2). I indledningen (§2) lægges der blandt andre formål vægt på punkter som "at opfylde behov", "let og lige adgang til sundhedsvæsenet", "valgfrihed", "kort ventetid på behandling" samt "selvbestemmelse". Allerede i disse begreber ses elementer af såvel en velfærdsdiskurs med ret til ret for borgerne (opfyldte behov, lige adgang) som en NPM-styringsdiskurs med fokus på selvbestemmelse og valgfrihed for det enkelte menneske. I det følgende undersøger vi, i hvilket omfang disse værdimæssige elementer viser sig i den måde, hvorpå lovens aktører, herunder patienter, konstrueres diskursivt, samt hvilke handlerum aktørerne tildeles.

### **Sundhedslovens konstruktion af institutionelle og professionelle aktørers handlerum**

Ud over at beskrive det værdimæssige grundlag og formål med Sundhedsloven i relation til borgerne, har loven også til formål at regelsætte ansvar og pligter for de myndigheder og institutioner,

som skal forvalte loven. Det følgende er derfor en analyse af de aktører, som bliver diskursivt konstrueret som de dominerende i loven. Sundhedsministeriet, indenrigsministeriet og loven udgør det øverste juridiske lag, som tildeler og afgrænser sundhedsvæsenets handlerum. Som øverste myndighed "kan ministeren [...] fastsætte nærmere regler om [...]" (§ 81, stk.3), hvor modalverbet 'kan' giver muligheder men ikke forpligter.

Regioner, hospitaler, private klinikker og sundhedsprofessionelle tildeles og pålægges retten til at udøve sundhedsydelser i forhold til borgerne: "Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v." (§ 3, stk.2). Regionerne får gennem en NPM diskurs et handlerum, som muliggør uddelegering af behandling også til private institutioner, idet "Regionsrådet kan [...] indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver" (§ 75, stk. 2). Dette kan ses som en tendens henimod, at de offentlige institutioner fratages deres monopol på sundhedsfremme og sygdomsbehandling til fordel for privatisering. Et sådant handlerum kan også tildeles kommunerne, dog først efter ministeriel godkendelse, idet "En kommunalbestyrelse kan deltage i samarbejder [med private virksomheder], når samarbejdet tillige varetager opgaver, som kommunerne lovligt kan varetage" (§ 78 stk.7).

Regionernes ansvar italesættes især som mulige råderum ved modalverbet 'kan', f.eks. i sammenhæng med henvisning til behandling andre steder end i patientens bopælsområde: "Regionsrådet kan tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet" (§ 89), mens bopælsregionsrådet i det følgende eksempel pålægges en forpligtelse via det deontiske modalverbum 'skal'. Deontisk modalitet anvendes i Sundhedsloven især i forbindelse med tidsfrister, der skal overholdes, eller hvis behandling skal tilbydes patienten et andet sted end efter gældende regler: "Bopælsregionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at [...]" (§ 88 stk. 2). Mens regionsrådets ansvar er at løse sygehusvæsenets opgaver (§ 74-117), er det kommunalbestyrelsens at tilvejebringe sundhedsydelser (§ 118-142), med ansvar for den sundheds- og forbyggende praksis: "Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der [...]" (§ 140).

Der er vedrørende regioner og kommuner i rollen som aktører ofte tale om økonomisk-politiske diskurser og indbyrdes ansvars-

fordeling, hvorimod en meget stor gruppe af aktører, der er direkte involveret i behandling og forebyggelse består af forskelligt uddannede fagpersoner, som i loven benævnes 'sundhedspersoner', og som tildeles fagligt såvel som etisk handlerum i kraft af deres faglige autorisationer. Disse er de egentlige aktører i forhold til borgerne i de daglige sundhedspraksisser, og derfor er deres handlerum og afgrænsninger af handlerum vigtige i forhold til både disse aktørers mulighed for udøvelse af velfærd og patienters selvstyring og valgfrihed.

Sundhedspersoner bemyndiges ret til at træffe beslutninger og at udføre behandling i tilfælde, hvor patienten ikke kan tage stilling selv: "Har en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, ingen nærmeste pårørende eller værge, kan sundhedspersonen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson [...] giver sin tilslutning hertil" (§ 18 stk.2). Handlerummet afgrænses således af betingelser ("har en patient") som patientens muligheder og af sundhedsfaglige hensyn. Angående patientens medinddragelse i beslutninger, hedder det med deontisk modalitet, at "Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information" (§ 15, stk.5). Sundhedspersonen pålægges ansvar, men den indskrænkes i dette tilfælde af patientens beslutning, hvor patienten har handlerum. Ligeledes italesættes sundhedspersoners handlerum i deontisk modalitet, når "Den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, er forpligtet til at [...]" (§ 21) og " [...] må en sundhedsperson ikke afbryde denne [sultestrejke]" (§ 23). Patienten fremstår her som den, der har valgfriheden, mens sundhedspersonens handlerum begrænses. For denne gruppe aktørers vedkommende er der såvel tale om rettighe-der og ansvar som begrænsninger i handlerum i forhold til patienten, som på den ene side er det modtagende objekt af sundhedsydelser, men på den anden side også får mulighed for valg og selvledelse. I Sundhedsloven forekommer således både velfærdsdiskurser, hvor patienterne har ret til ydelser, og forskellige varianter af NPM diskurser – herunder en empowerment-diskurs, der tildeler patienter valgmuligheder og en vis grad af selvbestemmelse – et handlerum der begrænses af de forpligtelser det øverste styringslag pålægger de sundhedsprofessionelle, som i kraft af faglig

autoritet kan sætte visse begrænsninger for patienternes selvbestemmelse. Som de næste analyser vil vise, er der således en asymmetrisk magtrelation mellem patienter og sundhedsfaglige aktører, hvor sidstnævnte har det største handlerum.

### **Sundhedslovens konstruktion af patienters identitet og handlerum**

I lovtæksten, der har med Kommunalbestyrelsens opgaver at gøre (eks. § 118-142) bruges i overvejende grad begrebet 'borger' eller 'personer', eksempelvis således: "personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap" og "personer, der modtager". Begrebet 'patient' bruges i overvejende grad og hyppigst i lovtæksten, der omhandler Regionernes opgaver (eks. § 74-117). Der bruges dog her også ofte betegnelser som "person med" eller "personer der ansøger", eksempelvis i afsnittet om befordringsgodtgørelse (§ 171 stk. 3): "Regionsrådet yder befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, hvis deres tilstand gør det nødvendigt". I eksemplet indgår både en definerende relativsætning og en betingelsesledsætning. Disse ledsætninger udtrykker begrænsninger for den lige adgang til en offentlig ydelse. Herved opstår et modsætningsforhold mellem lovens værdigrundlag, der overvejende indeholder en velfærdsdiskurs og en markedsorienteret diskurs, der i citatet ikke giver alle adgang til vederlagsfri sygehusbehandling.

Skiftet fra en identitet som borger med rettigheder til en identitet som patient sker tilsyneladende når der er tale om, at nogen modtager ydelser fra 'sundhedspersoner'. Denne patientidentitet fraviges dog i de tilfælde, hvor 'personer' f.eks. afgiver biologisk materiale til lægemiddelproduktion i virksomheder. Her optræder borgeren som den aktivt handlende og beslutningstagende part, men italesættes igen som patient, hvis vedkommende ikke selv er i stand til at træffe beslutninger og varetage egne interesser som i § 14: "For en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder [...]". Herved sker samtidig en indsnævring af patientens handlerum som selvledende aktør.

I loven ses en tendens til at let og lige adgang til sundhedsvæsenet ikke gælder alle grupper i samfundet, eksempelvis for psykia-

triske patienter, når det angår frit sygehusvalg, f.eks. formuleret således: "For psykiatriske patienter kan adgangen til at vælge efter stk. 1 begrænses [...]" (§ 86, stk. 3). Derudover ses der stigmatiseringstendenser i forhold til særlige grupper/udsatte grupper, der f.eks. kommer således til udtryk: "Er betingelserne i § 105 eller § 106 ikke opfyldt, kan tilladelse til sterilisation gives, hvis [...] 2) ansøgeren eller dennes ægtefælle eller samlever på grund af sindssygdom eller anden sjælelig lidelse, svag begavelse, grovere karakterafvigelser eller alvorlig legemlig lidelse er uegnet til at drage omsorg for børn på forsvarlig måde" (§ 94). Begrænsningen naturaliseres her implicit til betydningen 'beskyttelse af børn', samtidig med at forældreevnen hos personer med nærmere definerede afvigelser fra normen konstrueres som uegnede som forældre, på trods af at det er muligt at forestille sig alternative muligheder.

Der hvor personen/patienten tildeles handlerum, udtrykkes dette eksempelvis således: "En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionenes sygehuse [...] uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier [...]" (§ 86). Sådanne tilfælde efterfølges i overvejende grad af, at handlerummet bliver indskrænket igennem udtryk som: "Et sygehus kan afvise at modtage personer fra andre regioner [...]" (§ 86, stk. 2). En indskrænkning af borgerens/patientens handlerum sker ofte begrundet i en lægefaglig vurdering eller et lægefagligt skøn – eksempelvis udtrykt som en betingelseskonstruktion: "skønner lægen at betingelserne for svangerskabsafbrydelse eller forsterreduktion [...] ikke er opfyldt, skal lægen [...]" (§ 100, stk. 4).

Tildeling af handlerum til personer (borgere, patienter) i loven sker hyppigt ved brug af modalverbet 'kan' som i følgende eksempel: "En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling" (§ 17). Der er mange forekomster af 'kan' i loven, hvilket åbner op for en valgmulighed, der ligger i tråd med den nyere liberalistiske ideologi om frie valg som det fremgår af lovens § 86: "En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse [...]". Andre konstruktioner af det frie valg er omskrevet til 'har ret til', hvilket indebærer at den tvungne valgfrihed bliver forklædt som en rettighedsdiskurs. Der er i loven 40 forekomster af 'ret til' – ofte kombineret med 'ret til at vælge', 'ret til information', 'ret til at frabede sig information' og hermed

endnu en valgmulighed, samt det mere velfærdsorienterede begreb 'ret til ydelser'.

Udover disse eksempler på et udvidet handlerum, optræder patienter og borgere i loven hyppigst som personer med begrænsede handlemuligheder og konstrueres overvejende som objekter og som modtagere af forskellige sundhedsydelser. De konstrueres som personer der er under behandling og som tilbydes eller modtager ydelser. Anvendelsen af begrebet patient varierer tilsyneladende i forhold til det tildelte handlerum samt den institutionelle kontekst, hvori begrebet anvendes.

I Sundhedslovens værdigrundlag optræder en række begreber som afspejler såvel en velfærdsdiskurs som varianter af en markedsorienteret NPM-diskurs. Hvis man antager at loven er præget af en omsorgstankegang, kunne man forvente hyppig brug af begreberne 'patient' med et indsnævret handlerum, mens en lov præget af NPM-tænkning måske i højere grad ville anvende begreber som 'borger' og 'bruger'. Fra et kvantitativt perspektiv viser en søgning i Sundhedsloven på begrebet 'patient' 273 forekomster. Til sammenligning optræder begrebet 'borger' kun 18 gange, mens begrebet 'bruger' kun optræder i et enkelt tilfælde, nemlig i § 4 der bestemmer: "Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten [...]". Eksemplet, der indeholder et element af en markedsorienteret diskurs med brugere og brugerinddragelse, indikerer implicit en begrænsning af aktørernes handlerum gennem det forpligtende 'skal'. Modalverbet 'kan' anvendes 390 gange i loven, mens modalverbet 'skal' til sammenligning anvendes 190 gange. 'Kan' anvendes for det meste for patientgruppen, mens 'skal' sjældent forekommer i forbindelse med patienter, men derimod anvendes i forhold til de forpligtelser som sundhedsministeren pålægger især sundhedspersoner. Dette kan ses som et forsøg på at sikre patienters rettigheder og dermed som en beskyttelse af patienterne.

Sammenholdt med den hyppige anvendelse af modalverbet 'kan' og den sjældne anvendelse af 'skal' i forbindelse med patientbegrebet, viser dette et temmelig uklart billede af hvorvidt loven i sin tænkning overvejende er præget af en velfærdsdiskurs eller en NPM-diskurs. Eksemplerne på at patienterne har valgmuligheder er udtryk for en NPM-diskurs der tilskynder patienter til at træffe

selvstændige valg. På den anden side synes loven ikke at gå så langt som til at omtale patienter som brugere, hvilket ville være kendetegn på en videreudvikling af NPM-diskursen hen imod en brugerinddragelsesdiskurs. Loven udviser en asymmetrisk magtrelation mellem patienter og sundhedsfaglige aktører. Analysen peger dermed i retning af, at Sundhedsloven fortsat bygger på en velfærdstænkning, men at der er spor af en drejning over imod et paradigme, hvor patienter tilskrives en identitet som frit vælgende borgere. Disse identiteter konstrueres gennem de i loven anvendte diskurser, hvor hovedvægten fortsat er på velfærdsdiskurs (retfærdighed, pligter og omsorg) men med spor af NPM-diskurs med ingredienser fra politisk-økonomisk diskurs og markedsorienteret diskurs.

### Konklusion

I denne artikel har vi undersøgt og belyst diskursive konstruktioner af patientidentitet i den danske Sundhedslov af 2007. Til dette formål har vi analyseret hvordan patientbegrebet anvendes i loven samt hvilke handlerum Sundhedsloven stiller til rådighed for såvel patienter som institutionelle og professionelle aktører i det danske sundhedsvæsen. Det overordnede formål med analysen har været at undersøge, hvorvidt loven overvejende bygger på en traditionel velfærdsdiskurs eller den i højere grad er præget af en nyere NPM-diskurs med pålæg af øget frihed, ansvar og forpligtelse for den enkelte borger. Vi har således ønsket at undersøge hvorvidt lovens diskursive konstruktioner af patientbegrebet bærer præg af gældende politisk-ideologisk tænkning, herunder om borgeren positioneres som objekt for sundhedsvæsenets serviceydelser eller som subjekt for egen omsorg.

Som udgangspunkt refererede vi til nyere litteratur om velfærdsstatens udvikling, der går i retning af et liberalt velfærdsregime med fokus på styrkelse af borgernes egne ressourcer i et samfund styret efter NPM-principper med appel til borgerne om frihed under ansvar. Herved er opstået et ideologisk modsætningsforhold mellem retten til omsorg og retten til frit at vælge.

Analyserne af lovens diskursive konstruktion af institutionelle og professionelle aktørers handlerum viste at loven delegerer ansvar og pligter til en række myndigheder og institutioner, der skal forvalte loven. Analyserne tydede på at offentlige institutioner har mistet en

del af deres monopol på sundhedsfremme, idet behandling ifølge loven kan uddelegeres til private institutioner. Der synes dermed at være et udvidet etisk og fagligt handlerum for institutionelle og professionelle aktører, et handlerum der dog kan indskrænkes når særlige hensyn til patienten gør sig gældende. Disse indskrænkninger af aktørernes handlerum konstrueres i loven fortrinsvis gennem deontisk modalitet eller ved hjælp af betingelseskonstruktioner. Når aktørernes handlerum udvides, sker dette derimod hyppigst ved hjælp af modalverbet 'kan', der åbner op for valgfrihed.

I analyserne af hvordan loven konstruerer identitet og handlerum for patienter fandt vi at patienternes handlerum indsnævres, hvis det efter et lægefagligt skøn vurderes at de tilhører særligt udsatte grupper og derfor ikke frit kan vælge behandlingssted. Vi fandt at dette kunne opfattes som stigmatisering af visse grupper, der hermed blev tilskrevet en subjekt-position som svagt begavet eller uegnet til at drage omsorg for børn, men at indsnævringen også kunne opfattes som en beskyttelse af disse patientgrupper og deres pårørende. I forbindelse med patienters rettigheder og pligter blev deontisk modalitet sjældent brugt, hvorimod modalverbet 'kan' forekom i en række tilfælde hvor patienter fik tildelt valgmulighed og udvidet handlerum. Patienter og borgere blev i loven dog hyppigt konstrueret som objekter og modtagere af forskellige sundhedsydelser.

Denne undersøgelse af diskursive konstruktioner af patientidentitet i den danske Sundhedslov bekræfter således antagelsen om at velfærdsdiskursen, der tidligere karakteriserede det danske sundhedsvæsen, i stigende grad udfordres af styringsdiskurser affødt af principperne bag NPM. Som det fremgår af analyserne, synes styringsdiskurserne i Sundhedsloven at påvirke velfærdsmodellen i en mere liberalistisk retning - måske hen imod en mere interaktiv styringsmodel, der dog endnu ikke har afsat tydelige spor i loven.

## Referencer

Askehave, I., Holmgreen, L-L., Lassen, I., og Strunck, J. 2010. "At styrke patienten i en New Public Management verden: En udredning af betydningspotentialitet i begrebet patient empowerment". Anders Horsbøl og Mariann B. Sørensen (red.) *Sundhedskommunikation på sygehuset*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag. 147-179.



- Bilde, L., Hansen, A.R. og Søgaard, J. 2010. Økonomi og styring i Sundhedsvæsenet. Notat udarbejdet for Foreningen af Speciallæger, FOA, HK/ Kommunal, Sundhedskartellet og Foreningen af Yngre Læger. Dansk Sundhedsinstitut.
- Esping-Andersen, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairclough, N. 2003. *Analysing Discourse*. London and New York: Routledge.
- Foucault, M. 1986. "The subject and power". H.L. Dreyfus and P. Rabinow (eds.). *The Foucault Reader*. Harmondsworth: Penguin. 76-100.
- Jacobsen, K. & Klaus Larsen. 2007. *Ve og velfærd. – Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*. København: Lindhart og Ringhof.
- Jensen, C. 2011. *Velfærdsstaten. En introduktion*. København: Hans Reitzels forlag.
- Larsen, K. & Esmark, K. 2013. "Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier". *Praktisk grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. 2013: 1-2. 7. årgang. Larsen, K. & Kim Esmark (red.): 5 – 13.
- Lu, A. og Olesen, L. S. 2009. "The Danish illusion: The Gap Between Principle and Practice in the Danish Welfare System". *Humanity in Action*. [<http://www.humanityinaction.org/knowledge-base/59-the-danish-illusion-the-gap-between-principle-and-practice-in-the-Danish-welfare-system>] (verificeret den 27. februar 2015).
- Niklasson, G. (red.). 2006. *Samfund og kultur i sundhedsarbejdet*. København: Frydenlund.
- Olesen, F. 2010. "Den forstærkede patient". Thorgaard, K., Morten Nissen og Uffe Juul Jensen (red.). *Viden, virkning og virke – forslag til forståelser i sundhedspraksis*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag: 307 – 332.
- Retsinformation. 2014. <https://www.retsinformation.dk/> [verificeret den 10. august 2014]
- Rose, N. 1999. *Powers of Freedom. Framing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. 2007. "Biological citizens". *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.

- Thorgaard, K., Nissen, M. og Jensen, U.J. (red.). 2010. *Viden, virkning og virke – forslag til forståelser i sundhedspraksis*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Torfinng, J., Peters, B.G., Pierre, J. and Sørensen, E. 2012. *Interactive Governance. Advancing the Paradigm*. Oxford: Oxford University Press.
- Vallgård, S. 2003. *Folkesundhed som Politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag
- Willig, C. 2008. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. New York: Open University Press.
- Økonomi- og Indenrigsministeriet. 2013. *Evaluering af kommunalreformen. Marts 2013. Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.