

---

# LUNDBECK

Strategisk håndtering af den forøgede  
forbrugerrefleksivitet i medicinalindustrien

---

Copenhagen Business School  
HA(kom.) - Foråret 2015

Vejleder: Anders Riis

Kristine Lykke Østergaard Nielsen, 300591-2422  
Christoffer Sandholt Worsøe, 231293-1977  
Rasmus Lehmann, 190492-1463

Lundbeck



---

Tirsdag d. 26.05.2015

Satseenheder inkl. mellemrum: 135.660

---

# Indholdsfortegnelse

<b>SUMMARY</b>	<b>4</b>
<b>INDLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>PROBLEMFELT OG PROBLEMFORMULERING</b>	<b>7</b>
<b>AFGRÆNSNING</b>	<b>10</b>
<b>VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT</b>	<b>10</b>
<b>EMPIRISK FUNDAMENT</b>	<b>12</b>
<b>TEORI</b>	<b>13</b>
<b>INSTITUTIONEL TEORI</b>	<b>13</b>
FLIGSTEINS POLITICAL-CULTURAL MARKEDSTILGANG	14
ETABLERING OG REPRODUKTION AF MAGTPPOSITIONER PÅ MARKEDER	17
<b>SYSTEMTEORI</b>	<b>18</b>
<b>POLYFONE ORGANISATIONER I DET MODERNE SAMFUND</b>	<b>21</b>
<b>PUBLIC AFFAIRS</b>	<b>24</b>
MAGT OG RESSOURCER	25
ADGANG TIL POLITISKE BESLUTNINGSPROCESSER	25
BRIDGING OG BUFFERING	26
<b>METODISK FREMGANGSMÅDE OG STRUKTUR</b>	<b>27</b>
<b>PROJEKTETS STRUKTUR</b>	<b>28</b>
<b>INSTITUTIONEL ANALYSE</b>	<b>30</b>
<b>FORMELLE OG UFORMELLE REGLER I DET PSYKOFARMAKOLOGISKE FELT</b>	<b>30</b>
PROPERTY RIGHTS	30
GOVERNANCE STRUCTURES	31
RULES OF EXCHANGE	31
CONCEPTIONS OF CONTROL	31
<b>SOCIALE RELATIONER I DET PSYKOFARMAKOLOGISKE FELT</b>	<b>32</b>
<b>DIVERGERENDE KOGNITIVE FORSTÅELSER AF DET PSYKOFARMAKOLOGISKE FELT</b>	<b>33</b>
<b>DELKONKLUSION</b>	<b>34</b>

<b>SYSTEMTEORETISK ANALYSE</b>	<b>34</b>
<b>SUNDHEDSSTYRELSEN SOM FUNKTIONSSYSTEM</b>	<b>35</b>
<b>IRF SOM FUNKTIONSSYSTEM</b>	<b>38</b>
<b>LÆGEFORENINGEN SOM FUNKTIONSSYSTEM</b>	<b>40</b>
<b>DANSKE PATIENTER SOM FUNKTIONSSYSTEM</b>	<b>42</b>
<b>DELKONKLUSION</b>	<b>44</b>
<b>LUNDBECK SOM POLYFONT ORGANISATIONSSYSTEM</b>	<b>45</b>
<b>DELKONKLUSION</b>	<b>48</b>
<b>ET PUBLIC AFFAIRS TILTAG</b>	<b>49</b>
<b>FORVENTNINGSKLØFTEN I DET PSYKOFARMAKOLOGISKE FELT</b>	<b>49</b>
<b>LUNDBECKS MAGTRESSOURCER</b>	<b>50</b>
<b>MÅLSÆTNING FOR PUBLIC AFFAIRS-STRATEGIEN</b>	<b>52</b>
<b>KONKLUSION</b>	<b>54</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>58</b>
<b>TRYKTE KILDER – TEORI</b>	<b>58</b>
<b>ELEKTRONISKE KILDER – EMPIRI</b>	<b>60</b>
<b>TRYKTE KILDER – EMPIRI</b>	<b>63</b>
<b>BILAG</b>	<b>66</b>
<b>BILAG 1 - INTERVIEW MED TINA HJORTLUND</b>	<b>66</b>
<b>BILAG 2 – GRUNIG &amp; HUNTS FIRE PUBLIC AFFAIRS MODELLER</b>	<b>66</b>
<b>BILAG 3 – INGEN LOV</b>	<b>67</b>
<b>BILAG 4 – LEDELSESRAPPORT</b>	<b>69</b>

## Summary

The main purpose of the thesis is to explore the challenges and possibilities that Lundbeck face as a consequence of the modern, critical consumer.

The consumer has been empowered by the increasing amount of information made available by technology, thus rendering consumer-oriented communication crucial for Lundbeck, if they want to meet the rising demands of transparency. This serves as a rather complex challenge within the medical industry, given that Lundbeck is prohibited from having any direct contact with its patients. Due to strict legislation, public affairs is perceived as an alternative, because it is defined as a way to serve a company's interests within the field of politics and authorities.

The institutional market perspective of Fligstein (2002) and Fligstein & McAdams (2011) are drawn upon in order to establish a thorough understanding of the medical industry and its dynamics. The interactions of Lundbeck and Sundhedsstyrelsen (The Danish Health and Medicines Authority), IRF (Institute for Rational Pharmacotherapy), Lægeforeningen (The Danish Medical Association) and Danske Patienter (Danish Patients) are placed within a field perspective where the relations of dominance are exposed. It is then possible to observe an almost circular process, where the patients influence the political system, by voting for the politicians they believe will handle their interest of increasing patient engagement the best. The needs of the patients will then trickle down through the healthcare system, with different interpretations as a result, before being internalized by Lundbeck, which then produces medicine, which will be prescribed by doctors to the patients.

The different interpretations play a key role, when trying to understand how the communication should be formed. The different stakeholders are therefore analyzed with Luhmann's (1984-1997) systems theory, in order to explain the different priorities that each stakeholder has, due to their functional differentiation. Sundhedsstyrelsen focuses, to a large extent, on whether something is health improving, whereas IRF concentrates its efforts around the economic rationality of a given drug. Furthermore, the focus of Lægeforeningen is disease and the cure hereof, where Danske Patienter values the quality of the treatment.

By applying the conclusions of the systems analysis and further using Andersen's (2002) diagnosis of polyphonic organizations, it is clarified how Lundbeck is established as a polyphonic

organization. It is therefore concluded that the different stakeholders as, functional differentiated function systems, provide divergent symbolically generalized media for Lundbecks communication within the pharmaceutical field. As a consequence Lundbeck is rendered unable to decide on one specific codification of its communication and has to alter it towards the given stakeholder every time.

In order to utilize the above-mentioned analysis it is therefore applied within Schultz-Jørgensen's (2014) strategic public affairs model. It becomes evident that there is a gap between the public expectation of increased patient engagement and Lundbeck's actual activities. Lundbeck has to minimize that gap by pursuing a change in the current legislation that will allow the firm to communicate with the patients. The public's wish of increased patient engagement is perceived as a latent resource that can be activated in order to influence politicians, whom Lundbeck believes they have easy access to. In order to succeed, the message has to be framed properly. By using co-orientation Lundbeck is enabled to communicate the message from a point of congruence between itself and the stakeholders, which enables Lundbeck to tap into the analyzed rationales of the stakeholders. This can be done by communicating that increased patient engagement will lead to enhanced treatments, which then will be interpreted differently by the stakeholders.

## Indledning

Den teknologiske udvikling har bevirket et mere legitimitetsorienteret og dynamisk samfund, hvor virksomheders behov for kontinuerlig udveksling med deres omgivelser er intensiveret og udfordret af, at alle i princippet har fået adgang til samme information. Forbrugerne er som følge heraf blevet kritiske, refleksive og til tider skeptiske overfor det, de bliver fortalt, idet deres muligheder for selvstændigt at opsøge information til baggrund for deres holdninger, beslutninger og ageren, er forbedret i takt med internettets udbredelse og virksomheders pålagte, forøgede transparens (Beck 2001; Qvortrup 1998; Web 1; Bilag 1). Det har gjort, at konkurrencen mellem virksomheder er blevet skærpet, og at de nu i højere grad må forholde sig til og prioritere forbrugernes krav om indsigt og involvering i deres virke, og konstant forsøge at imødekomme forbrugernes forventninger til, at de kommunikerer med og forklarer sig overfor dem. Markedssituationen er således præget af hård konkurrence og refleksive forbrugere, hvormed der særligt i de seneste år er kommet fokus på, hvordan virksomheder kan involvere forbrugerne og samtidigt agere konkurrencedygtigt på det danske såvel som internationale marked.

For medicinalindustrien er ovenstående en kompleks udfordring, da de samfundsmæssige omstændigheder grundlæggende har revolutioneret medicinalvirksomhedernes rammer for organisatorisk ageren (ibid.), samt samfundets ønske om medicinske fremskridt, uanset omkostningerne forbundet hermed, og således fordret, at medicinalindustrien og sundhedsvæsenet de seneste år har måtte stå til regnskab for deres tidligere legitime handlinger. Udfordringen bliver yderligere kompleks med Sundhedsstyrelsens stræben efter stadig hurtigere, bedre og billigere patientbehandling, Danske Patienters orientering mod patientinddragelse og mediernes enorme fokus på fejl- og overmedicinering. Samtidigt har høje priser på ny medicin øget efterspørgslen på information omkring forskellige former for fysiske og psykiske lidelser og medført, at forbrugerne nu aktivt søger at øge indflydelse på deres behandlingsmuligheder, for selvstændigt at være i stand til at vurdere de diagnoser, deres respektive læger stiller (Web 1; Bilag 1). Det har resulteret i et betydeligt pres fra den danske befolkning om, at medicinalvirksomhederne tager større ansvar for formidlingen af deres produkters behandlingspotentialer på en sådan måde, at lægerne er rustede til at imødekomme patienternes ønske om aktiv involvering i diagnosticerings- og behandlingsprocessen.

Kompleksiteten øges endvidere for medicinalvirksomheder der udvikler receptpligtig medicin, da de ikke alene er udfordret af at have færre nye produkter i deres pipeline, snarligt udløbende patenter på deres mest solgte medicin, stigende konkurrence fra kopiprodukter og priser der af flere årsager mindskes, men ligeledes er underlagt strikse legale restriktioner i forhold til markedsføringen af deres produkter (Web 2). Det betyder, at disse medicinalvirksomheder bliver afhængige af, hvordan kommunikationen af deres produkters behandlingspotentialer bliver fortolket og videreformidlet af Sundhedsstyrelsen til lægerne, og igen af lægerne til patienterne. I den relation kan en interessekonflikt iagttages, idet patienterne i forbindelse med receptpligtig medicin afholder mindstedelen af de økonomiske udgifter (Web 3), og derfor ikke orienterer sig mod medicinens pris, men behandlingspotentialer. Staten afholder herimod størstedelen af den samlede økonomiske udgift, og er derfor præget af økonomiske rationaler i prioriteringen af det medicinske udbud.

Som en dominerende aktør på det danske marked for psykofarmaka, er H. Lundbeck A/S (herefter Lundbeck) involveret i ansvaret for den danske folkesundhed, når det gælder forskning og udvikling af behandlingspræparater inden for psykofarmaka. Ved at engagere sig “[...] i at forbedre livskvaliteten for mennesker, der lever med sygdom i hjernen” (Web 4), er virksomheden direkte påtvunget at tage stilling til sundhedsvæsenets udfordringer med at imødekomme kravene fra de nu mere oplyste, kritiske og refleksive forbrugere, det moderne samfund har skabt.

## **Problemfelt og problemformulering**

Ved direkte at være involveret i det danske sundhedsvæsenes nutidige problemstilling, har samfundets organisering indflydelse på, hvordan Lundbeck kan og må prioritere relationen og kommunikationen til sine forskellige stakeholdere, samt hvorledes de væsentligste af disse identificeres og specificeres. Lundbeck har i dette henseende fremhævet patienter, patientorganisationer, NGO’er og partnere, samt Sundhedsstyrelsen, IRF og politikere generelt, som virksomhedens primære stakeholdere, hvoraf en cirkulær proces kan iagttages (Bilag 1). Her øger patienterne indflydelse på de politiske beslutninger der træffes ved på demokratisk vis at afgive stemmer på partier og politikere, der således agerer repræsentanter for deres måde at iagttage rationel behandling og patientinddragelese på. Patienternes krav og ønsker præger efterfølgende processen ved at blive fortolket og italesat gennem de instanser, der aktivt deltager i det politiske spil (Web 5), og får derigennem betydning for Lundbecks legale ageren og mulighed for, at nå helt

ud til virksomhedens patienter. Processen præges herefter af Lundbecks fortolkning og italesættelse af patienternes ønsker og krav, der påny fortolkes og italesættes af de læger, der skal formidle den respektive medicins behandlingspotentialer overfor patienterne. Ud fra denne proces forekommer det interessant at betragte forholdet mellem patienterne, lægerne, Sundhedsstyrelsen og politikerne, samt den beslutningsproces og gensidige stillingtagen der forekommer på tværs af disse stakeholderne. Endvidere, hvordan den øgede forbrugerrefleksivitet og det stigende fokus på patientinddragelse påvirker interaktionen stakeholderne imellem, og endelig den effekt det har for Lundbeck.

I den cirkulære proces må Danske Patienter iagttages som værende repræsentant for patienterne, da organisationen uafhængigt af patienternes lidelser, beskæftiger sig med at fremme deres forhold, og udelukkende har til formål at fungere som talerør for patienterne og pointere behovet for øget patientinddragelse i diagnosticerings- og behandlingsprocessen (Web 6, Web 7). Danske Patienter må således søge at komme til orde i den sundhedspolitiske debat, hvor Sundhedsstyrelsen endvidere må antages at agere primært genstandsfelt for organisationens kommunikative italesættelser og fortolkninger af patienternes ønsker og krav. Ved at være ansvarlig for monitorering og administrering af al medicinering på det danske marked, er Sundhedsstyrelsens fortolkning af patienternes ønsker og krav en væsentlig instans for den videre kommunikative og politiske italesættelse heraf. At Sundhedsstyrelsen er underlagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og derigennem sundhedsminister Nick Hækkerup, betyder at den er genstand for politiske spekulationer, der reelt kan udmøntes i et fokus på patienternes og den generelle vælgers behov. Det kan eksempelvis ekspliciteres ved Sundhedsstyrelsens samarbejde med Danske Patienter, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner om udspillet *Borgernes Sundhedsvæsen*, der understreger nødvendigheden af og fordelene ved en øget inddragelse af patienterne og deres nærmeste i behandlingsprocessen (Borgernes Sundhedsvæsen 2012).

Processens cirkularitet må i projektets optik således iagttages som værende kommunikativt funderet i et blandt stakeholderne fælles fokus på patientinddragelse, hvor stakeholderne i deres egenfunktion er gatekeepers for Lundbecks adgang til markedet. Som udgangspunkt kan dette iagttages som en relativ positiv indgangsvinkel for Lundbeck, men da stakeholderne divergerer i mål og logikker, kompliceres Lundbecks samtidige hensynstagen til dem alle betydeligt.



Problemfeltet agerer omdrejningspunkt for projektet og leder frem til følgende problemformulering:

Hvordan kan Lundbeck strategisk imødekomme de institutionelle dynamikker mellem Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter og herved håndtere samfundets stigende refleksivitet?

Problemformulering besvares med udgangspunkt i følgende underspørgsmål:

- Hvilke magtforhold og institutionelle dynamikker kan observeres mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter?
- Hvordan afviger Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters rationaler sig fra hinanden?
- Hvorledes påvirker Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters divergerende rationaler måden hvorpå Lundbeck kommunikativt agerer?

I projektet vil der således være fokus på de institutionelle dynamikker, der forekommer Lundbeck og virksomhedens væsentligste stakeholdere imellem, hvorledes stakeholdernes rationaler afviger fra hinanden og hvad det betyder for Lundbecks kommunikative råderum.

Projektet indledes med en redegørelse for det videnskabsteoretiske udgangspunkt, og følges af en empirisk afgrænsning samt en præsentation af de i projektet anvendte teoretiske perspektiver. Problemformuleringen er besvaret gennem tre analyser, med udgangspunkt i de formulerede underspørgsmål, og ved at sætte de fremanalyserede pointer i kontekst med strategisk håndtering af kommunikationen. Først analyseres magtforholdet mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter, med formålet om at opnå indsigt i de dynamikker og magtforhold der forekommer mellem dem. Herefter foretages en analyse af, hvilke rationaler Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter hver især opererer ud fra, for at opnå indsigt i hvordan deres interesser i det psykofarmakologiske felt afviger fra hinanden. I forlængelse heraf foretages en analyse af, hvilke konsekvenser stakeholdernes divergerende rationaler har for virksomhedens kommunikative udfoldelsesmuligheder. Slutteligt bringes de fremanalyserede pointer i kontekst med en model for strategisk håndtering af kommunikation, med henblik på at

belyse hvordan, Lundbeck kan imødekomme de institutionelle dynamikker stakeholderne imellem. På baggrund af analyserne fremsættes endeligt en konklusion på, hvordan Lundbeck kan imødekomme det psykofarmakologiske felts institutionelle dynamikker strategisk og herved håndtere den stigende refleksivitet i samfundet.

## **Afgrænsning**

Projektets genstandsfelt udgøres af interaktionen der forekommer mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter i forbindelse med salg, lovgivning og udvikling af psykofarmaka samt beslutningsprocessen herom. Da det i iagttagelsen af interaktionen ikke findes muligt at inkludere samtlige aktører, er ovenstående udvalgt, idet de forekommer overvejende relevante i den politiske beslutningsproces og tilsammen betragtes som et repræsentativt udsnit af Lundbecks stakeholdere. Foranstående medfører endvidere en afgrænsning til alene at fokusere på interaktion og forhold, der forekommer aktørerne imellem på det danske marked. Desuden antages det, at det ud fra et øjebliksbillede af de institutionelle og systemiske forhold aktørerne imellem er muligt at give et retvisende billede af Lundbecks strategiske handlemuligheder. I analysen af disse forhold tages der udgangspunkt i et interview med Reputation Management Director i Lundbeck Tina Hjortlund, foretaget den 13.05.2015 (Bilag 1), samt publikationer, rapporter og øvrigt kommunikationsmateriale fra de udvalgte stakeholdere.

## **Videnskabsteoretisk udgangspunkt**

I følgende afsnit ekspliciteres projektets applikation af socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk udgangspunkt. Der redegøres her for epistemologiske og ontologiske tilgange til socialkonstruktivisme og argumenteres endvidere for en kombination af tilgangene i projektet.

Socialkonstruktivisme er funderet i iagttagelsen at virkeligheden kontinuerligt præges og formes af vores erkendelse af den, og at samfundsmæssige fænomener genereres af historiske og sociale processer (Fuglsang & Olsen 2012:349). At være i stand til at erkende omverdenen hænger i denne optik sammen med at kunne formulere den sprogligt, hvormed socialkonstruktivismen i sit epistemologiske udgangspunkt kan betragtes som en relation mellem sproget, og det sproget er om. Det enkelte individ konstruerer og rekonstruerer således sin omverden ved kontinuerligt at observere og interagere med den, alt imens det selv konstrueres og rekonstrueres af selve

interaktionen med omverdenen. Samfundet og de enkelte individer må ud fra socialkonstruktivismens forandringsperspektiv således iagttages som værende dynamiske og under konstant forandring (ibid.: 349-350). I projektet adopteres denne epistemologi, hvormed der fokuseres på, hvorledes institutionelle dynamikker mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter udmøntes i konkrete interaktioner, og hvad de kan blotlægge omkring Lundbecks situation og handlemuligheder. Som følge heraf fungerer Lundbeck og virksomhedens stakeholderes italesættelse af medicinalmarkedet som genstandsfelt for projektets analytiske formål om at opnå indsigt i de på nuværende tidspunkt aktuelle markedsdynamikker.

Ifølge Finn Collin (2003) er det som udgangspunkt nødvendigt at vurdere, hvorvidt der tages afsæt i en epistemologisk eller ontologisk tilgang til socialkonstruktivisme, og endvidere om det analytiske genstandsfelt referere til en fysisk eller social virkelighed (Fuglsang & Olsen 2012:353, Collin [2003]). Forskellen mellem de to tilgange består i, at den epistemologiske iagttagelse erkendelse som determineret af den sociale kontekst frem for den fysiske virkelighed, hvor den ontologiske tilføjer at erkendelsens genstand ligeledes determineres socialt (ibid.). I projektet appliceres en ontologisk tilgang, hvormed Lundbecks ageren iagttages som værende et produkt af virksomhedens egen italesættelse heraf samt markedets magtpositioner og institutionelle dynamikker. En epistemologisk tilgang appliceres endvidere i relation til projektets analyse af magtpositioner, institutionelle dynamikker og systemiske forhold, der alle influerer Lundbecks ageren, hvor virksomhedens kommunikations- og handlemuligheder således iagttages som værende et produkt af de sociale strukturer den omgives af. Projektets genstandsfelt er en social virkelighed, hvor de for Lundbeck afgørende sociale strukturer iagttages med henblik på at opnå indsigt i virksomhedens fremtidige handlemuligheder.

Valget af en socialkonstruktivistisk tilgang bevirker en fortolkningsmæssig distancering til den objektive realitet (ibid.: 349), hvilket medfører et aspekt af subjektiv vurdering og stillingtagen, hvormed projektet præges af en fortolkende karakter. Det betyder, at de analytiske konklusioner skal iagttages som et resultat af metodiske og teoretiske valg og afgrænsninger, der danner baggrund for en kvalificeret argumentation for plausibiliteten af årsagssammenhænge på baggrund af analyse.

I projektet anvendes en kombination af teorier fra fagblokkene erhvervsøkonomi,

kommunikationsteori og -strategi og strategi- og samfundsdiagnostik til at belyse projektets genstandsfelt. De anvendte teorier fra de tre fagblokke betragtes som værende socialkonstruktivistiske af natur, idet de beskæftiger sig med organisatorisk ageren som funktion af sociale konstruktioner i og på tværs af organisationerne. Projektet konstrueres hermed ud fra forståelsen af Lundbecks fremtidige handlemuligheder som værende affødt af virksomhedens egen italesættelse heraf samt institutionelle dynamikkens indflydelse herpå. I den optik er konteksten både konstitueret af og konstituerende for Lundbecks handlen, hvor virksomhedens måde at forholde sig til og agere på, i den sociale virkelighed, influeres heraf.

## **Empirisk fundament**

I indeværende afsnit beskrives baggrunden for indsamlingen af projektets empiri, samt implikationerne af de trufne valg i forbindelse med denne indsamling, hvor der endvidere redegøres for den anvendte tilgang i indsamlingen af projektets primære empiri.

Projektets socialkonstruktivistiske udgangspunkt fordrer et kvalitativt grundlag, hvorfor empirien også er udvalgt herefter. Det må her bemærkes, at en sådan afgrænsning fra brug af kvantitativ empiri og dertilhørende kvantitativt baserede analysemetoder formindsker mulighederne for reproduktion af analysens resultater. Udvælgelsen er kvalitativ i den forstand, at empirien er indsamlet på baggrund af forudbestemte udvælgelseskriterier. Til at belyse interaktionen mellem de udvalgte stakeholdere anvendes udelukkende empiri fra stakeholderne, der indgår direkte i den givne interaktion, og udtalelser fra Danske Patienter anvendes således ikke til at belyse forholdet mellem Sundhedsstyrelsen og Lundbeck. Dette gøres for at bringe analysen så tæt på sit genstandsfelt som muligt, og for at eliminere det fortolkende aspekt, empiri fra en sekundær kilde ville medføre. Denne beslutning gør, at der må forventes en grad af subjektivitet i empirien, da stakeholdernes udtalelser anvendes til at analysere de forhold, de selv indgår i. Indsamlingen er fokuseret på at finde materiale, der fremstår repræsentativt for de enkelte aktørers holdninger, hvorfor politiske høringssvar og publikationer er vægtet højt. Det findes dog relevant at pointere, at der udelukkende er tale om en antaget repræsentativitet, da denne ikke er blevet testet, og endvidere at enhver udvælgelse medfører en fravælgelse, hvormed udvælgelsen af projektets empiri udgør en implicit fravælgelse af anden empiri.

Eftersom Lundbeck, og den interaktion virksomheden indgår i med de udvalgte stakeholdere, agerer projektets primære genstandsfelt, er primær empiri indsamlet om virksomhedens forhold gennem et interview med Reputation Management Director i Lundbeck Tina Hjortlund (Bilag 1). Her anvendes en semi-struktureret interview-tilgang, da det ønskes at øge interviewets eksplorative kapabiliteter, mens der stadig er mulighed for at indsamle viden om en række forudbestemte temaer. Interviewet falder endvidere ind i projektets overordnede konstruktivistiske tilgang, og ses således ikke som en passiv interviewer-respondent relation, men en dialogisk interaktion hvor interviewer såvel som den interviewede deltager aktivt i skabelsen af interviewets fortælling. Dette afspejles i, at interviewet går ud over de for projektet relevante temaer, for at give en helstøbt fortælling om Lundbecks forhold og Hjortlunds implikation i disse.

## **Teori**

I de følgende afsnit præsenteres teorierne udvalgt til at besvare projektets problemformulering. Rækkefølgen tager form som den er ekspliciteret i fremlæggelsen af projektets metodiske overvejelser og struktur, og vil således blive indledt med en præsentation af Fligstein (2002) og Fligstein & McAdams (2011) institutionelle teorier.

Projektets teoretiske udgangspunkt hverken kan eller skal skildre hele Lundbecks operationelle kontekst, hvorfor det teoretiske grundlag er funderet i den betragtning, at teorierne vil bidrage til at formulere et øjebliksbillede af Lundbecks udfordringer som producent af receptpligtig medicin på det danske marked. Projektets teoretiske grundlag agerer i overensstemmelse med det videnskabsteoretiske udgangspunkt i socialkonstruktivismen og betragtes som værende tilstrækkeligt til at udføre en retvisende analyse af problemformuleringen. Projektets udformning afgrænses således fra øvrige perspektiver på Lundbecks udfordringer på det danske marked.

### **Institutionel teori**

For at opnå indsigt i de institutionelle dynamikker mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter er det nødvendigt at anlægge en institutionel teoretisk vinkel. Overordnet kan der skelnes mellem to grene af institutionel teori; én funderet i realismen og én funderet i sociologien (Meyer 2007:790-792). De realistiske tilgange antager at samfund består af

rationelle aktører, der opererer under forudsætning af historisk skabte institutioner i form af fysisk evidente regler og mindre evidente normer. Normerne antages her at være skabt af samfundets aktører, og binder kun en given aktør, såfremt denne vælger at støtte normen (ibid.). I modsætning hertil, er normer i de sociologiske sjældent skabt af aktørerne selv, men har en eksogen historisk oprindelse. Her kan aktører ikke nødvendigvis undgå en given norms indflydelse, da denne vil være indbundet i et komplekst institutionelt net, på tværs af aktører og andre institutioner (ibid.). I indeværende projekt iagttages magtstrukturerne i Lundbecks omverden som værende mere end blot en fysisk evident virkelighed, og iagttages derimod som en funktion af sociale konstruktioner, virksomheden og dens omverden har skabt. Endvidere iagttages samfundets regler og normer som værende bindende for Lundbeck, uagtet virksomhedens tilslutning til disse, idet behovet for legitim og legal ageren, fundamentalt er determinerende for virksomhedens overlevelse. Hermed anlægger projektet en sociologisk institutionel tilgang, hvor Neil Fligstein og Doug McAdams (2011) institutionelle teori og Fligsteins Political-Cultural markedstilgang (2002) anvendes som analysens teoretisk ståsted. Dette valg skyldes primært teoriens tilgang til markedet som værende politisk impliceret, hvilket tilsvarende den institutionelle analyses overvejende fokus på statslig interaktion i Lundbecks virke.

### **Fligsteins Political-Cultural markedstilgang**

En Political-Cultural markedstilgang (herefter politisk-kulturel) står som alternativ til almen økonomisk markedsanalyse, der ifølge Fligstein (2002) ikke besidder de nødvendige redskaber til at analysere mængden af sociale strukturer, markeder som følge af interaktion mellem regeringer, virksomheder, institutioner og individer indeholder (2002:xiv). Med institution refereres her til Fligsteins (2002) institutionsbegreb, der indbefatter formelle love, regler og uformelle praksisser (ibid.). Den primære genstand for observation i Fligstein & McAdams (2011) teori er Social Action Fields (herefter SAFs), som agerer de grundlæggende enheder for kollektiv handling i samfundet. Et SAF er en orden på meso-niveau, hvor individuelle og kollektive aktører interagerer under en fælles forståelse af feltets formål, sociale relationer og magtrelationer samt feltets regler (Fligstein & McAdam 2011:3). SAFs kan så længe disse krav er opfyldt variere fra at være på størrelse med et kontorfællesskab til et helt marked, og der vil i SAFs således ofte forekomme flere mindre SAFs med lignende om end divergerende regler, magtrelationer og formål (ibid.). I modsætning til Pierre Bourdieu (1992) ser Fligstein & McAdam (2011) ikke objektiv social magt som den primære faktor i struktureringen af felter, men antager derimod en institutionel socialkonstruktivistisk tilgang, hvor

felter såvel som deres interne magtforhold anses som en social konstruktion. SAFs afgrænsninger er dermed omskiftelige og afhænger af den givne situation (ibid.:4).

Omkring alle SAFs kan der observeres et komplekst net af mere eller mindre relaterede felter, og Fligstein & McAdam (2011) fremsætter tre sæt af binære distinktioner til at karakterisere disse (2011:8). Først skelnes der mellem nære og fjerne felter, hvor nære felter er dem, som det observerede SAF jævnligt interagerer med, og hvor handlinger i det ene felt påvirker det andet. Fjerne felter besidder som modsætning hertil, ingen kobling til det observerede SAF (ibid.). Her skelnes endvidere mellem vertikale og horisontale forhold mellem nære felter, hvor en vertikal kobling betyder, at et felt udøver formel autoritet over et andet. Et horisontalt forhold herimod at felterne ikke yder formel autoritet over for hinanden, men er gensidigt afhængige af hverandre (ibid.). Sidst differentieres der mellem statslige og ikke-statslige felter. Denne sidste distinktion er essentiel, da et statsligt felt har betydelig magt til at skabe ustabilitet i de omkringliggende felter, og er i stand til at påvirke sager om legalitet og legitimitet, i langt højere grad end ikke-statslige felter. Statslige felter indeholder i sig selv en samling af SAFs, der er mere eller mindre tæt forbundet horisontalt og vertikalt (Fligstein & McAdam 2011:8-9). Et felts stabilitet er således påvirket af interaktion med og forhold til dets omkringliggende felter.

Med henvisninger til Brian Arthur (1988, 1989) skriver Fligstein (2002), at når først sociale strukturer er institutionaliseret, er de svære at frigøre, og markedet bliver som funktion heraf mindre dynamisk og mere stabilt, da markedsaktørernes ageren er underlagt historiske institutioner. Denne proces betegnes af Fligstein som stiafhængighed (Fligstein 2002:176). Om end der forekommer en vis grad af stiafhængighed, distancerer Fligstein & McAdam (2011) sig dog fra antagelsen om, at en komplet fastlåsning af et markedsstruktur kan finde sted, da kontinuerlige interne stridigheder og forandringer i nære felter medfører inkrementelle forandringer på mikro-niveau, der med tid kan medføre institutionelle forandringer på meso-niveau (Fligstein & McAdam 2011:5, 9).

Den politisk-kulturelle markedstilgang besidder et overvejende fokus på analyse af magtrelationer, stabilitet og sikkerhed. I modsætning til megen øvrig litteratur inden for institutionel teori og feltteori, anser Fligstein & McAdam (2011) kun sjældent felter som værende centreret omkring en generel konsensus hos feltets aktører, hvilket bunder i en antagelse om konstant forandring, grundet aktørers løbende og ofte sporadiske beslutninger (ibid.:4-5). Foranstående medfører, at aktører

sjældent når til en endelig konsensus, da enhver handling foretaget i feltet nødvendiggør en afkodning og fortolkning hos de øvrige aktører, på baggrund af hvilke der forekommer yderligere handlinger (ibid.).

Aktørerne i et givent felt opdeles i den politisk-kulturelle tilgang i etablerede og udfordrende aktører samt interne governance units (herefter styreenheder). En etableret aktør er dominerende på sit marked og søger at forstærke og reproducere sin dominans. Dette gøres gennem stabilisering af allerede tilstedeværende markedsforhold, herunder aktørrelationer og institutioner, samt etablering af nye institutioner for at afholde udfordrende aktører fra at ændre de tilstedeværende magtrelationer (Fligstein 2002:17-18, 68-69). Det resulterer i, at et felts struktur og kultur i høj grad forekommer som en afspejling af de dominerende aktørers interesser og holdninger (Fligstein & McAdam 2011:5). I modsætning hertil står udfordrende aktører, der søger at ændre markedets institutioner og magtrelationer for at styrke deres egne positioner (Fligstein 2002:17-18, 68-69). Udfordrende aktører anses som værende fuldt bevidste om feltets dominerende logikker og strukturer, men fremsætter til tider alligevel en modstridende opfattelse af den optimale organisering af feltet. Oftest ses det dog, at en udfordrende aktør tilpasser sig feltets institutionaliserede logik, med det formål på et senere tidspunkt at ændre denne til egen fordel. (Fligstein & McAdam 2011:6). Den politisk-kulturelle markedstilgang anser således ikke aktører som værende profitmaksimerende, men derimod som orienterede mod overlevelse gennem reproduktion og styrkning af egne magtpositioner (Fligstein 2002: 17-18, 68-69). Felters styreenheder har til rolle at føre tilsyn med, at de øvrige aktører overholder feltets regler, og afspejler oftest den dominerende aktørs indflydelse samt de logikker der retfærdiggør den dominerende aktørs magtposition (Fligstein & McAdam 2011:6). Det findes ikke altid, at felter er så hierarkisk opdelt som dette. Hvis aktører i et SAF er af tilnærmelsesvis samme størrelse og magtposition formes feltet ofte efter politiske koalitioner, og struktureres af en række aktører, der står sammen mod en mindre organiseret opposition (ibid.).

Markedsdannelse, stabilitet og forandring kobles i den politisk-kulturelle tilgang direkte til intentionelle såvel som uintentionelle interaktioner mellem virksomheder, markedet og staten. Fligstein argumenterer her for, at statens rolle i disse processer ofte underspilles i forhold til konkurrencens indflydelse på processer for markedsdannelse og forandring (Fligstein 2002:12).



Stater betragtes af Fligstein i sig selv som et sæt af felter, men er endvidere tilknyttet markedsfelter, i hvilke staten fortolker, skaber og håndhæver samfundets regler (ibid.:19).

### **Etablering og reproduktion af magtpositioner på markeder**

En etableret aktørs magtposition er baseret på sociale strukturer i det felt aktøren agerer i, og disse strukturer kommer til udtryk i en kombination af kognitiv forståelse og konkrete sociale relationer (Fligstein 2002:32). Den kognitive forståelse består af en generel samfundsforståelse af optimal organisering af virksomheder og markeder, hvordan stabil konkurrence opnås på et marked, samt en specifik forståelse af det pågældende marked (ibid.). De sociale relationer der har medbestemmelse for en aktørs magtposition afspejler markedets historie, og omfatter blandt andet relationer mellem aktøren og dens konkurrenter, kunder, samarbejdspartnere, leverandører og regeringer (ibid.). Sociale strukturer i et felt er baseret på en række regler, der kan fremstå som love, forståelser eller praksisser, og som ifølge Fligstein kan inddeles i de fire abstrakte kategorier property rights (PR), governance structures (GS), rules of exchange (RE) og conceptions of control (CC) (Fligstein 2002:33).

PR betegner hvem der har krav på en virksomheds profit og herunder forholdet mellem stakeholders samt statens rolle i investering, virksomhedsejerskab og relation mellem virksomhed og medarbejder. PR har således to stabilitetsskabende effekter; at definere magtforhold internt i virksomhederne, mellem virksomheder og deres omverden, samt at skabe en synlig afgrænsning af virksomhederne (ibid.:33-34). GS betegner de regler i samfundet, der begrænser og definerer konkurrence og samarbejde, og udmøntes enten i love, uformelle institutionelle praksisser eller førnævnte styreenheder (ibid.). Disse strukturer afspejles i virksomheders organisatoriske beslutninger, eksempelvis i form af horisontal og vertikal integration, samt længerevarende samarbejde med andre aktører på markedet som respons på øget konkurrence, og skyldes en stræben mod stabilisering af relationer mellem et felts aktører (Fligstein 2002:33-34). Fligsteins (2002) RE omfatter hvilke aktører der kan indgå i transaktioner med hinanden, hvordan transaktionerne må foregå samt lavpraktiske regler omkring blandt andet vægt, forsikring og kontraktskrivning. Ved disse regler forekommer en høj grad af standardisering, hvilket ifølge Fligstein (2002) inden for medicinalindustrien udmøntes i kliniske tests af produkter, før deres lancering (ibid.:35). Reglerne har overordnet til formål at fremme stabiliteten på markedet ved at sikre, at transaktioner foregår på lige vilkår for alle aktører (ibid.:34-35). CC betegner en fælles

forståelse mellem et markeds aktører omkring intern organisering, konkurrencerammer, samarbejde, markedets statushierarki samt relationerne mellem etablerede og udfordrende aktører (Fligstein 2002:35). Det endelige mål med disse CC er at opnå stabilitet på markedet, og mest af alt, at undgå priskonkurrence og interne stridigheder i virksomhederne (ibid.:70). Foranstående opnås almindeligvis ved at skabe samarbejder på tværs af stakeholdergrupper og med konkurrenter. For dominerende agenter er det endvidere almindeligt at involvere staten i definitionen af disse CC gennem lovmæssig regulering (ibid.:73). CC er kulturelle og historiske produkter, og bygger således i høj grad på markedets historiske normer og regler, samt eksisterende forståelser af og praksisser for ageren herpå (Fligstein 2002:35).

## **Systemteori**

For at undersøge hvorledes Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter er funderet i funktionssystemer, er det nødvendigt at anse dem som systemer og ud fra et systemteoretisk perspektiv. Overordnet kan systemer iagttages som værende åbne eller lukkede, hvor åbne systemer ifølge Katz & Kahn (1978) karakteriseres ved deres gennemtrængelige grænser, mulighed for at kommunikere med omverden og en struktur og funktion der kontinuerligt forandres (Windahl et al. 2009:109; Katz & Kahn 1978). Af Niklas Luhmann (1984) karakteriseres lukkede systemer herimod ved faste, uigennemtrængelige grænser, der udelukker alle former for kommunikation mellem system og omverden (Borch 2011:20-26). I indeværende projekt iagttages Lundbeck og virksomhedens stakeholdere som værende systemer, hvor det der forekommer meningsgivende i det ene system, ikke gør det i andre, hvorfor det må antages, at systemerne er lukkede. Katz og Kahns (1978) teori omkring åbne systemer forekommer således umulig at applicere, hvormed Luhmanns systemteori og begrebsapparat agerer teoretisk ramme.

Luhmanns (1984) systemteori er funderet i en skelnen mellem system og omverden, hvormed verden iagttages som værende konstitueret af divergerende systemer, der differentierer sig ud fra deres respektive egenskaber og typologiseres som henholdsvis biologiske, psykiske og sociale systemer. Foranstående konstituerer sig selv ved at differentiere sig fra omverdenen og lukke sig omkring egne operationer, hvormed systemernes eksistensgrundlag konstitueres og determineres af selve distinktionen mellem system og omverden (Borch 2011:20-23; Luhmann 1984). Ethvert system er dermed operationelt lukket og uafhængigt af andre systemer, hvilket vil sige, at det enkelte systems individuelle operationer ikke kan bevæge sig til andre systemer, og at systemerne

derfor altid agerer omverden for hinanden. I relation hertil forekommer det essentielt at påpege, at selvom sociale systemer karakteriseres ved operationen kommunikation, vil de alene kunne anvende operationen til at kommunikere om og aldrig med øvrige systemer, da det grundlæggende er umuligt for systemer at krydse deres egne grænser (ibid.).

Systemernes operationelle lukning medfører ikke empirisk isolation, men følges af en kognitiv åbenhed, hvormed sociale systemer altid agerer kognitivt åbne, idet de er operationelt lukkede. Det betyder, at det enkelte system alene forekommer ved at etablere en forskel i sin omverden, der både produceres operationelt og fordrer operationel reproduktion, såfremt systemets eksistens ønskes sikret og opretholdt. Således er ethvert system, ifølge Luhmann (1995), defineret ved og reproduceret gennem sine egne operationer, hvorved det produceres og reproduceres i et lukket netværk af systemspecifikke operationer og på den måde konstitueret som et selvrefererende, autopoietisk system (ibid.:24-29; Luhmann 1995). Når systemets operationelle lukning derved er internt produceret, vil det til hver en tid følge systemets strukturelle selvorganisering, idet systemets struktur konstitueres som forventninger, der gestalter fundamentet for, hvorledes systemets operation udvælges. Forventningerne begrænser således systemets operationelle valg ved at agere kompleksitetsreducerende for systemet, hvilket medfører at systemet altid vil figurere enklere end omgivelserne (Borch 2011:24-25).

Sociale systemer eksisterer som kommunikation alene og er autopoietiske i den forstand, at de både produceres og reproduceres gennem kommunikation, hvorved alt andet end kommunikation ekskluderes fra dem. Det betyder ikke, at sociale systemer består af de samme kommunikative operationer, men at ethvert socialt system genererer sine egne kommunikative operationer, og at disse umuligt kan fungere i øvrige sociale systemer (ibid.:26-27). I relation hertil fremhæves kommunikation som værende en tredelt selektionsproces bestående af en konkret skelnen mellem information, der observeres som en ytring, meddelelse og forståelse. Her må systemet der figurerer modtager således først opfatte det ytre, som det afsendende systems intention om at ytre sig, derefter tage stilling til ytringens informative indhold, og endeligt forstå det ytre, førend kommunikationen kan betragtes som afsluttet. Foranstående kommunikationstilbud er dog muligt at afvise for modtagersystemet, uanset om ytringen er forstået eller ej, hvormed kommunikationen ikke alene kan iagttages som værende en meddelelse der overføres som information, men også skal

betragtes som en uafhængig autopoietisk operation, der ved at kombinere selektionsprocessens elementer, konstruerer en emergent enhed til grundlag for den videre kommunikation (ibid.:33-38).

I forbindelse med sociale systemer beskæftiger Luhmann (1981) sig endvidere med, hvordan samfundets semantikker er relaterede til dets struktur, og skelner mellem tre former for social differentiering, henholdsvis segmentær, hierarkisk og funktionel differentiering, der udgør overgangen fra præmoderne til moderne samfund (Borch 2011:47-48). Ifølge Luhmann (1981) er det moderne samfund således karakteriseret ved at være funktionelt differentieret, hvormed det er opdelt i “[...] *a series of operationally autonomous subsystems that fulfil each their function for society*” (ibid.:66), der desuden kan inddeles i interaktions- og organisationssystemer. Interaktionssystemer forekommer alene på individniveau og defineres ved individers tilstedeværelse og refleksive opfattelser, hvorimod organisationssystemer kan håndtere kommunikation, der rækker langt længere end blot individers tilstedeværelse. Organisationssystemer har specifikke regler for medlemskab, opererer ved at træffe beslutninger og er i stand til at opretholde deres eksistens, uanset medlemmernes løbende udskiftning. Samtidigt besidder de en ekstraordinær evne til at knytte an til flere forskellige funktionelt differentierede systemer, hvilket i stigende grad gør dem til essentielle instanser i det moderne samfund (ibid.:68-67).

Systemernes funktion definerer deres relation til samfundet, og beskriver dermed deres funktionsspecifikke rolle, hvormed hver enkel funktion alene kan udfyldes af ét system. Det betyder, at ethvert funktionssystem artikulerer i og iagttager omverdenen ud fra sin egen kode, hvormed det der inden for systemet ikke giver mening, automatisk ekskluderes og således forhindrer systemet i at adaptere andre systemers perspektiver. Det enkelte funktionssystem iagttages i denne optik som værende unikt og umuligt for andre systemer at erstatte, hvilket vil sige, at det kontinuerligt udvikles til at kunne håndtere de stigende mængder af kompleksitet, dets omverden producerer. Dermed vil systemets kollaps betyde, at dets funktion forsvinder fra samfundet (Borch 2011:70-71, Luhmann 1997:761-763). Det moderne samfunds funktionelle differentiering resulterer således i et decentraliseret samfund, hvor tidligere geografiske opdelinger af systemerne suspenderes, og hvor intet system kan influere andre funktionssystemers operationer eller per definition iagttages som værende vigtigere end andre. Hermed konstruerer det moderne samfund en strukturel barriere, der ifølge Luhmann (1997) komplicerer mulighederne for at imødekomme og løse de udfordringer, der løbende opstår, idet systemernes inkongruente

observationer af sociale fænomener aldrig kan harmoniseres i ét observerende blik. Samfundet vil således forblive det samme, men fremstå forskelligt, alt efter hvilket funktionssystem der betragter og beskriver det, hvormed det enkelte funktionssystem alene er i stand til at fremskrive en løsning, der matcher dets systemspecifikke logik (ibid.:94-98, Luhmann 1997).

Med udgangspunkt i ovenstående iagttagelse Luhmann (1993) risiko som værende defineret ved forskellen mellem den betydning, risk og danger har i forhold til systemers beslutningstagen. Der er således tale om risk, når eventuelle skader på systemet kan tilskrives dets egne beslutninger, og danger, når skaderne ikke er forbundet med systemets beslutninger, men et resultat af det, systemet udsættes for. Her er det igen blikket, ud fra hvilket verden iagttages, der determinerer hvorvidt en eventuel situation vil fremstå som værende en risiko for eller skade på systemet. Foranstående illustrerer ifølge Luhmann (1993) en tendens i det moderne samfund, hvor sociale observatører i højere grad end tidligere observerer samfundets udfordringer og problemer gennem en generel skelnen mellem risk og danger, ved som udgangspunkt at identificere den pågældende risiko (ibid.:99-101, Luhmann 1993:19-23). Hermed ikke sagt, at risikokommunikation erstatter eller suspenderer funktionel differentiering, men at risiko bør iagttages ud fra, hvorledes det enkelte funktionelt differentierede system udfolder risiko i sin kodificerede logik. På grund af samfundets decentrering vil funktionssystemernes tilskrivninger af risiko således afvige markant fra hinanden og derved eksplicitere, at der i det moderne samfund aldrig kan etableres en koordineret regulering af de observerede risici mellem funktionssystemerne. Ved endvidere at forstå risiko som værende fremkomsten af en ny form for semantik, samfundet beskriver sig selv med, og dermed ikke en dybtgående forandring af dets sociale struktur, adskiller Luhmann (1993) sig i særdeleshed fra Ulrich Becks (1992) diagnose af det moderne samfund (Borch 2011:101-102).

### **Polyfone organisationer i det moderne samfund**

Niels Åkerstrøm Andersens (2002) diagnose om den polyfone organisation bidrager til forståelsen af, hvorfor der for organisationer i dag hersker behov for både at træffe beslutninger og kommunikere i forskellige koder (Andersen 2002:38). Med foranstående er det således muligt at iagttage Lundbecks kommunikation som værende et kontinuerligt valg mellem funktionssystemer og koder, og derved anvende organisationsdiagnosen til at belyse, hvordan Lundbeck kan agere polyfont i overensstemmelse med stakeholdernes behov, samt hvilke implikationer dette har for virksomheden.

I diagnosen om den polyfone organisation tager Andersen (2002) udgangspunkt i Luhmanns systemteori, og antager dermed samfundet som udelukkende bestående af kommunikation og delt i forskellige sociale systemer, der individuelt konstruerer sig ud af kommunikation og kommunikativt lukker sig overfor hinanden (ibid.:27). Ifølge Luhmann differentierer de sociale systemer sig funktionelt fra hinanden i det moderne samfund, hvormed skellet mellem funktions- og organisationssystem etableres (Borch 2011:67-69). Her agerer funktionssystemerne sagligt afgrænsede og individuelt tilknyttet et symbolsk generaliseret medie, der mellem for hinanden ukendte kommunikationsdeltagere muliggør den ellers usandsynlige kommunikation (Andersen 2002:27). Symbolsk generaliserede medier iagttages som værende generelle, idet de for alle former for kommunikation er i stand til at danne et medie, endvidere som værende symbolske, da de er koncentrerede omkring enkelte symboler, og etablerer alle binære koder for kommunikation, hvormed kommunikationen afgrænses på sagsdimensionen. Funktionssystemerne forholder sig således til deres respektive symbolsk generaliseret medie, gennem et eller flere sæt af binære koder, der grundlæggende består af én positiv og én negativ værdi. Den positive værdi definerer motiv i kommunikationen, men specificerer det aldrig, hvor den negative agerer refleksionsværdi (ibid.:28).

I modsætning til funktionssystemer er organisationssystemer socialt afgrænsede og grundlæggende eksklusive, hvorfor det er afgørende at være besluttet inkluderet som medlem af organisationen, for at være i stand til at kommunikere heri. Organisationssystemer kommunikerer og konstituerer sig gennem beslutninger, og består derfor alene af beslutninger og de dertilhørende besluttede beslutningspræmisser (ibid.:28). Da organisationssystemerne ikke har deres eget symbolsk generaliserede medie, og da et sådant er nødvendigt for overhovedet at kunne træffe en beslutning, må et medie naturligvis altid udvælges. Som udgangspunkt fremstår beslutningen uoverskuelig, da kontingensen her er åben, og først når det symbolsk generaliserede medie er valgt, kan kontingensen fikseres og beslutningen overskueliggøres. Således vil kontingensen altid fikseres efter de respektive koder og medier organisationssystemerne vælger, og hvis mediet ændres, vil kontingensen fikseres på ny herefter (ibid.:28-31). Foranstående betyder ikke, at organisationerne gøres til delsystemer af funktionssystemerne, men at der etableres en strukturel kobling imellem dem, hvormed organisationer og funktionssystemer agerer hinandens omverdener. Det enkelte organisationssystem vil altid være tilkoblet mindst ét funktionssystem, da det nødvendigvis må lukrere på mindst ét symbolsk generaliseret medie, hvorved organisationens beslutninger både bliver til hændelser i organisationssystemet og det respektive funktionssystem, men på hver sin

måde. Det vil sige, at når organisationen træffer en beslutning i et specifikt symbolsk generaliseret medie, så kodificeres organisationens kommunikation i overensstemmelse med mediet, hvormed kommunikationen former et lignende medie, som organisationens beslutningskommunikation farves af (Andersen 2002:29-30). Organisationen må ifølge Andersen (2002) således iagttages som en form for beholder for de mange forskellige kommunikationssystemer, men i den enkelte kommunikation altid bundet af én specifik kodning. Her er det for organisationssystemets emergens og organisatoriske kommunikations fortsættelsesmuligheder afgørende, hvilket medie der formes, samt hvilken kode der således knyttes an til (ibid.:30-32).

Organisationer er i dag opkoblet mange forskellige funktionssystemer, hvormed de ikke har nogen entydig overdeterminerende logik, og derfor må håndtere multipel kodificering, hvilket vil sige, at kodningen der forekommer mellem organisation og samfund nu må afgøres ud fra en empirisk redegørelse (ibid.:25,35). Polyfone organisationer opstår således som effekt af, at funktionssystemerne ekspanderer tematisk, men ikke forlader deres operationelle lukkethed, hvormed alting italesættes med udgangspunkt i funktionssystemernes specifikke koder. For organisationerne betyder det, at stadig flere medier står til rådighed for både kommunikation vedrørende deres respektive funktionsafgrænsede temaer og overordnede beskrivelser af sig selv. Ifølge Andersen (2002) er den polyfone organisation derfor en, hvor divergerende værdier støder sammen og ingen af dem i stand til at repræsentere helheden af de øvrige, hvorfor det konstante behov for at træffe afgørelse om valget af det ene eller det andet kommunikationsmedie fremstår som polyfone organisationers basale, strategiske problem (Andersen 2002:37-39). Fraværet af en primær kodificering resulterer således i, at der i organisationerne eksisterer konkurrerende selvbeskrivelser, der kodificeringsmæssigt adskiller sig fra hinanden, og determineres af, at det ikke længere alene er til beslutning, hvilken kode beslutningen skal beslutes i, men også hvilken kode, selve beslutningen om kode skal beslutes i.

Med ovenstående kan den polyfone organisation iagttages som en organisation, der per definition er fremmed indenfor egne organisatoriske rammer, idet dens organisatoriske selvbeskrivelse er kontingent og pluralt opdelt i flere forskellige selvbeskrivelser. Den polyfone organisation er dermed symptom på nutidens konstitutive vilkår for organisationers og differentieringsformers enhed, samt enheden af organisation og samfund og dennes konstituering (ibid.:42-45).

## Public Affairs

Public affairs omhandler virksomhedens politiske magt og nærmere bestemt adgangen til de politiske beslutningsprocesser (Schultz-Jørgensen 2014:219). Den magt virksomheden besidder, afhænger af dens politiske ressourcer og indflydelse. Til analyse heraf præsenterer Schultz-Jørgensen (2014) spilteori og systemteori som de primære værktøjer. Spilteori forlader sig i høj grad på forventninger til modstanderens adfærd og en kalkule af hvad der kan betale sig. Mere kompleks og anvendelig fremstår systemteori, idet denne anfører at *"[...] det er centralt for en virksomheds overlevelse at tilpasse sig omgivelsernes forventninger og krav"* (ibid.:219), og bidrager derudover med et konkret analyseapparat, i modsætning til spilteorien.

Schultz-Jørgensen (2014) definerer public affairs som *"En virksomhed eller organisations varetagelse af interesser i forhold til politikere, myndigheder og de politiske dagsordener og beslutningsprocesser"* (Schultz-Jørgensen 2014:220). Med Lundbecks begrænsede muligheder for direkte at henvende sig til patienterne, må public affairs stå som alternativet, da man går politikens vej, i forsøget på at opnå sine mål. Ved aktivt at anvende de redskaber public affairs åbner op for, kan Lundbeck imødekomme politiske processer, de ellers ikke ville have været i stand til. Påvirkningen heraf kan have et tosidet formål, dels at beskytte mod kommende politiske tiltag, som kan være u hensigtsmæssige for driften og dels vil det være muligt at identificere nye markedsmuligheder, i takt med at de politiske rammer forandrer sig (ibid.).

Public affairs handler om at påvirke lovgivningen, hvilket ikke kan gøres direkte, hvorfor virksomheder må forlade sig på argumenter og netværk, som er i stand til at påvirke politikere og dermed den offentlige debat og i sidste ende landets love og regler (ibid.).

Udgangspunktet for public affairs er issues og stakeholdere. Issues kan både være pludseligt opståede problemer, som Lundbeck eksempelvis oplevede da deres bedøvelsesmedicin blev brugt til henrettelser i amerikanske fængsler (Web 8). Issues kan ligeledes være emner som er længere tid undervejs, hvorved virksomheden opnår muligheden for at påvirke processen (Schultz-Jørgensen 2014:221). Førstnævnte fører til krisekommunikation og sidstnævnte til en public affairs-indsats, hvor fokus er at bygge bro mellem de trusler og muligheder virksomheden stilles overfor. I tilfælde heraf er det nødvendigt for virksomheden at kortlægge de relevante stakeholdere, så det bliver muligt at minimere forventningskløften mellem det, der ventes af virksomheden, og det, de rent faktisk gør (Esbensen 2007).



## **Magt og ressourcer**

Public affairs kompliceres af de begrænsede muligheder for at afgøre hvad der egentlig har effekt. Dette skal ses i lyset af, at disciplinen finder sted i sammenhænge som er åbne for fortolkning og til dels uden for offentlighedens søgelys (Schultz-Jørgensen 2014:222). Samtlige stakeholdere, med hver deres individuelle interesser, agendaer og ressourcer, er en afgørende del af kommunikationsprocessen, der når det gælder public affairs, kan iagttages som et spil om magt (ibid.). I en virksomheds bestræbelser på at opnå sine mål, må det antages at magt spiller en rolle, idet målene typisk opnås gennem en accept af dennes aktiviteter. Til at uddybe forståelsen af magt anvendes Max Webers (1922) definition, der understreger *”At magt er ensbetydende med evnen til at sætte sin egen vilje igennem inden for et socialt forhold, også over for modstandere af magtbuddet”* (Andersen et al. 2003 [Weber 1992]). Såfremt virksomheden opnår magt i denne forstand, bliver det i høj grad muligt at drive virksomhed på deres egne præmisser.

Til at eksplicitere hvordan magt opnås anvendes William Obermanns (2008) definitioner, der inddeler magtressourcer i tre afarter: Latente, operationelle og katalytiske ressourcer (Obermann 2008). Latente ressourcer opstår på baggrund af en offentlig stemning, som virksomheden har mulighed for at anvende til egen fordel (ibid.). Operationelle ressourcer, er et resultat af den status og legitimitet som virksomheden besidder i både det offentlige og politiske miljø. Slutteligt er der katalytiske ressourcer, som virksomheden selv kontrollerer, hvilket kan være den økonomi, ekspertise eller medarbejdere med specielle relationer (Schultz-Jørgensen 2014:223). Betegnelsen katalytisk understreger, at virksomheden kan anvende disse ressourcer til at forstærke effekten af de to førstnævnte og at de tre tilsammen bidrager til to overordnede politiske ressourcer: Offentlig legitimitet og adgang til beslutningstagere (ibid.:224). Tilstedeværelsen af begge er afgørende for at opnå indflydelse, idet adgang uden legitimitet er nytteløs og vice versa.

## **Adgang til politiske beslutningsprocesser**

Såfremt virksomheden fremstår legitim, vil det forbedre chancerne for adgang til det politiske miljø, lige så vel som fraværet af legitimitet besværliggør det betydeligt. Offentlig legitimitet får dermed karakter af en latent ressource, når det gælder operationalisering af adgang til det politiske miljø, idet selve adgangen til politikere og embedsmænd er en ressource, der typisk udvikles over en længere årrække (Schultz-Jørgensen 2014:225). Adgangen kan endvidere inddeles i fire kategorier, henholdsvis formel, formidlet, repræsentativ og associativ, og determineres af, hvordan den opnås.

Formel adgang opnås gennem tilstedeværelse i officielle råd, nævn og udvalg, der i høj grad dækker over medlemskabet i de situationer, hvor politikere inddrager organisation og virksomheder i udviklingen af love og retningslinjer (ibid.). Formidlet adgang er, ganske som betegnelsen indikerer, arrangeret af PR-folk og lobbyister, hvorfor denne form for adgang regnes for at være den ringeste, idet der sjældent er mulighed for at skabe en langvarig relation og opnå indflydelse (ibid.:226). Repræsentativ adgang anses for den mest naturlige og legitime form, idet der er sammenfald mellem virksomhedens og offentlighedens interesser (Schultz-Jørgen 2014:226). Dette kan eksemplificeres ved ønsket om at bevare arbejdspladser, da det oftest både vil være i virksomhedens og offentlighedens interesse. Slutteligt er der associativ adgang, hvor virksomheden gennem italesættelse søger at blive sat i forbindelse med en række emner og på den måde opnå adgang til politiske beslutningsprocesser (ibid.). Det er ligeledes her, at de største muligheder foreligger i forhold til virksomhedens egen indsats, idet de gennem events, konferencer, publikation og analyser får bragt sig selv i spil som værende en vigtig formidler af viden og information.

### **Bridging og buffering**

Med udgangspunkt i Grunig og Hunts (1984) public relations-modeller (Bilag X) og deres forskellige betoning af asymmetri og symmetri i kommunikation, kan der drages paralleller til måden hvorpå public affairs fungerer. Særligt de to af modellerne som anskuer kommunikation som værende tovejs, lader sig fortolke i en public affairs kontekst. Tovejs asymmetrisk kommunikation tager afsæt i modtageren, men formålet er ikke gensidigt afbalanceret. Det gælder om overtalelse, og i public affairs regi, om fastholdelse af egen position (Schultz-Jørgensen 2014:228). Den tovejs symmetriske er anderledes diplomatisk, idet målet ikke blot er at ændre modtagerens adfærd, men også hos afsenderen selv.

I public affairs kontekst arbejdes der konkret med buffering og bridging (Meznar 2006). Som anført, gælder det om at minimere gabet mellem de politiske forventninger og virksomhedens egentlige aktiviteter, i forsøget på hvilket det for virksomheden er muligt at vælge mellem de to nævnte metoder. Såfremt man forlader sig på buffering, søger virksomheden at ændre offentlighedens forventninger til virksomheden, der eksempelvis kan ske ved at påvirke kommende lovgivning gennem lobbyisme (Schultz-Jørgensen 2014:229). I modsætning hertil står bridging, hvor virksomheden forsøger at imødekomme forventninger ved at ændre sit eget virke. De to

retninger skal ikke ses som værende modsatrettede, men i højere grad værktøjer, der kan spille sammen i forsøget på at sikre virksomheden mere tid til at ændre sin praksis (ibid.). Buffering bærer i høj grad præg af lobbyisme, alt imens bridging i lige så høj grad handler om politisk innovation og udvikling. Netop den innovation bridging medfører, kan lede til nye forretningsmuligheder og øget vækst, såfremt virksomheden rammer rigtigt (ibid.:230).

Vægtningen af buffering og bridging i en public affairs-indsats er et strategisk valg, som afgøres af en lang række faktorer. Relevant for indeværende projekt findes sondringen mellem hvorvidt man står frem som aktiv aktør eller lader konkurrenter og brancheorganisationer stå frem. I en tid med stigende kritik fra forbrugerne, kan det ofte være fordelagtigt for virksomheder at lade konkurrenter og brancheorganisationer blive synonyme med det kritiske issue (Schultz-Jørgensen 2014:230).

## **Metodisk fremgangsmåde og struktur**

Følgende afsnit præsenterer projektets metodiske overvejelser og fremgangsmåde med afsæt i projektets teoretiske ståsted, hvorefter strukturen for fremgangsmåden ekspliciteres og illustreres.

Med udgangspunkt i Fligstein & McAdams (2011) institutionelle teori og Fligsteins (2002) politisk-kulturelle markedstilgang betragtes de institutionelle dynamikker og magtrelationer mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter på baggrund af interviewet med Hjortlund (Bilag 1) samt sekundær empiri i form af politiske høringsvar, publikationer og udsnit af aktørernes hjemmesider. Gennem anvendelse af Fligsteins (2002) fire regler for social strukturering af markeder analyseres magtrelationerne mellem førnævnte aktører. På baggrund af resultaterne af denne analyse belyses de institutionelle dynamikker, kognitive forståelser samt sociale relationer der forekommer i feltet, med udgangspunkt i Fligstein & McAdams (2011) teori vedrørende institutionelle processer i SAFs.

Ud fra Luhmanns systemteoretiske begrebsapparat betragtes Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters afvigende rationaler. Foranstående ved, gennem den erhvervede empiri at iagttage stakeholderne som aktører inden for funktionelt differentierede funktionssystemer, for derefter og med empirisk belæg at identificere deres respektive symbolsk generaliserede medie, binære kodificering af omverdenen og regulerende program for brug af kodens værdier. Luhmann beskæftiger sig hovedsageligt med det politiske system, retssystemet og

det økonomiske system, men da det endvidere fremhæves som et empirisk anliggende at identificere systemer (Borch 2011:70), findes hans grundlæggende begrebsapparat anvendeligt i forbindelse med den systemteoretiske analyse. Formålet med systemanalysen er at konstruere fundamentet for videre, og med udgangspunkt i Andersens (2002) diagnose om den polyfone organisation, at eksplicitere hvorledes Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters differentierede funktionssystemer bevirker, at Lundbeck konstitueres som polyfont organisationssystem.

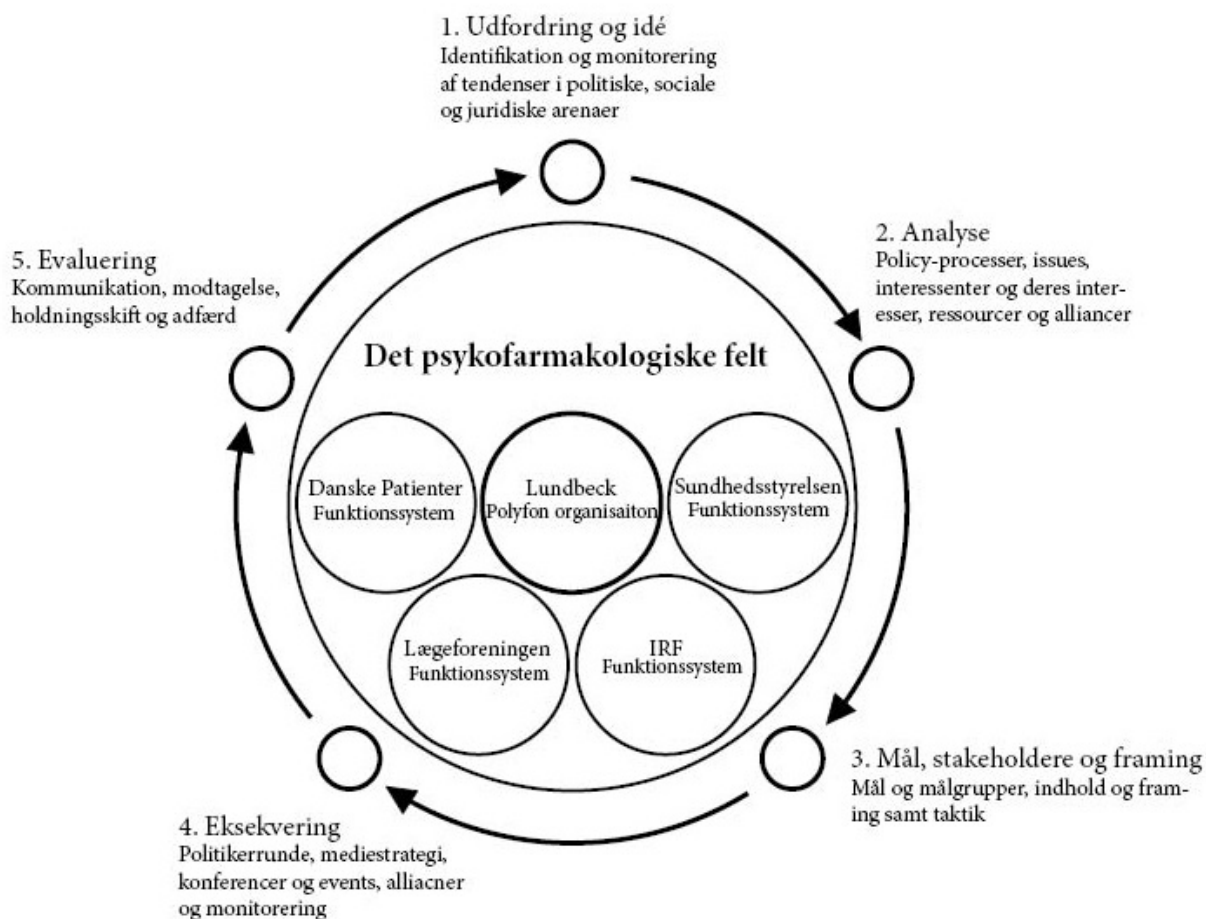
Med Schultz-Jørgensens (2014) strategimodel for public affairs skabes der en praktisk kobling i opgaven, der søger at belyse hvilke muligheder Lundbeck har for at agere strategisk, på baggrund af de forudgående analyser. I forbindelse med en analyse af Lundbecks magtressourcer og perspektiv på offentligheden trækkes der på interviewet med Hjortlund for at illustrere pointerne i afsnittet. Derudover anvendes sekundær empiri, hvis formål er at understøtte afsnittets pointer. Ved at gøre brug af de første tre trin i strategimodellen for public affairs, fokuseres der på identifikation af udfordringer i samfundet som kan have indflydelse på Lundbeck. Herefter rettes fokus mod Lundbecks muligheder for at håndtere udfordringen, både i en politisk kontekst og ud fra hvilke magtressourcer, Lundbeck besidder. Afsnittet rundes af med en målsætning for public affairs indsatsen samt afvejninger af hvordan dette bedst opnås

## **Projektets struktur**

Projektets struktur er bygget op omkring Schultz-Jørgensens (2014) strategimodel for public affairs. Modellen beskriver tilblivelsen og eksekveringen af en public affairs-strategi og findes således relevant for projektets problemformulering, da denne betragtes som en public affairs-problematik. Modellen fremstår cirkulær på baggrund af fem trin; 1. Udfordring og idé, 2. Analyse, 3. Mål, stakeholdere og framing, 4. Eksekvering og 5. Evaluering. Projektets indledning, problemfelt og problemformulering anses som en redegørelse for strategimodellens første trin, der beskæftiger sig med at observere de tendenser, der har eller kan få betydning for virksomhedens rammevilkår (Schultz-Jørgensen 2014:232). I andet trin anvendes henholdsvis en institutionel og systemteoretisk analyse til at klarlægge de enkelte aktørers logikker, samspil og magtforhold og en public affairs-analyse til at belyse de relevante policyprocesser i aktørernes interaktion. Tredje trin behandles ligeledes gennem en public affairs-analyse, der bygger på projektets øvrige analyser, med det mål at eksplicitere det endelige formål med, og framing for, en ændring i Lundbecks kommunikative

ageren. De resterende trin forekommer ikke relevante i forhold til projektets problemformulering, der beskæftiger sig med grundlaget for Lundbecks strategiske ageren, hvorfor de er udeladt.

I projektet anvendes den institutionelle tilgang til at iagttage interaktionen mellem de udvalgte stakeholdere som en helhed, og Fligstein & McAdams (2011) felt-perspektiv agerer således basis for denne interaktion. I analysen af de enkelte stakeholderes logikker, anses stakeholderne som værende lukkede systemer, der som følge af ovenstående er placeret i et SAF, hvor al interaktion finder sted, som illustreret i *Model 1*. Det antages således at kommunikationen foregår som en 3-trins selektionsproces, og at aktører ikke kan kommunikere eller interagere direkte med hinanden, som det foreskrives af Luhmann (Borch 2011:33-34), og at kommunikationen endvidere antages at være underlagt det overordnede felts institutionelle rammer.



*Model 1: Projektets struktur*

## **Institutionel analyse**

Formålet med den institutionelle analyse af Lundbecks forhold til, og interaktionen imellem, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter er at klarlægge magtforholdene aktørerne imellem, samt at blotlægge de institutionelle dynamikker og logikker, der ligger til grund for deres ageren. For at nå dette analyseres først præmisserne for feltets sociale struktur og dernæst den kognitive forståelse, der er fremtrædende i de enkelte aktørers felter. Her undlades at behandle IRF som en selvstændig stakeholder, da magtforholdene mellem IRF og feltets øvrige aktører, i kraft af at IRF er en underafdeling af Sundhedsstyrelsen og derved trækker sin magtposition herfra, kan analyseres ved at belyse relationerne mellem Sundhedsstyrelsen og de ikke-statslige felter.

## **Formelle og uformelle regler i det psykofarmakologiske felt**

Feltet i hvilket Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Danske Patienter interagerer, er underlagt felterne for det danske medicinalmarked samt det danske samfund, og derved de formelle og uformelle institutioner der foreligger her, hvorfor relevant lovgivning i disse felter inddrages i indeværende analyse. Om end projektet afgrænses til et fokus på Lundbeck og et udsnit af virksomhedens stakeholdere, forekommer det relevant at nævne, at det psykofarmakologiske felt er vertikalt såvel som horisontalt koblet til en række øvrige felter, der besidder autoritær magt samt forhandlingsmagt over det psykofarmakologiske felt, og derved er i stand til at påvirke feltets sociale strukturer. For at muliggøre indeværende analyse antages påvirkningen at være statisk, og således allerede institutionelt aflejret i feltet.

## **Property rights**

Profitten i det psykofarmakologiske felt skabes ved salg af Lundbecks medicin gennem private apoteker, der skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, og hvis virke løbende kontrolleres af Sundhedsstyrelsen (Apotekerloven: §2, §26). Ved salg af receptpligtig medicin tager apotekerne 16,61 kr. af salgsbeløbet, hvoraf det resterende beløb fratrukket moms går til Lundbeck og udgør virksomhedens andel af indtjeningen i feltet (Web 9). Udover retten til markedets profit er patentejerskab en vigtig del af PR i det psykofarmakologiske felt, da der forekommer stor risiko for substitution fra billigere kopiprodukter, såfremt der ikke foreligger patent. Den ordinære patentperiode er på 20 år, men kan for lægemidler forlænges med fem år, og skal søges på national

basis, hvilket oftest allerede gøres mens lægemidlerne er i pipelinen for at forhindre kopiering (Web 10:3-4).

### **Governance structures**

Generelle GS på det danske marked inkluderer anti-kartel lovgivning samt lovgivning vedrørende retvisende markedsføring og god markedsføringsskik. Specifikt for medicinalmarkedet foreligger der endvidere lovgivning omkring markedsføring henvendt til offentligheden, der foreskriver, at virksomheder ikke er tilladt at tage kontakt til offentligheden og endvidere ikke må tilbyde rabatter til slutbrugerne (Receptbekendtgørelsen: §1, §66, §71). Ovennævnte formelle GS modvirkes i det psykofarmakologiske felt af en række uformelle institutioner, der fordrer samarbejde og dialog på tværs af feltets aktører. Det kommer eksempelvis til syne i Lundbecks løbende dialog med feltets øvrige aktører i forbindelse med produktudviklingsprocessen (Bilag 1:17.20). Af disse er særligt institutionaliseringen af patientens betydning stærk, og italesættes af både Lundbeck, Sundhedsstyrelsen og Danske Patienter (Web 11; Bilag 1:18.00).

### **Rules of exchange**

På markedet for receptpligtig medicin besidder Staten en gatekeeper-funktion, idet salg af medicin kræver en markedsføringstilladelse fra Sundhedsstyrelsen, hvilken endvidere kan tilbagekaldes af Sundhedsstyrelsen og kræves fornyet hvert femte år (Lægemiddelloven: §14, §27, §39). Dette medfører en høj grad af produktstandardisering, der ligeledes er statsstyret, idet tilladelse til test af medicinalprodukter skal gives af Sundhedsstyrelsen (Receptbekendtgørelsen: §85). Endvidere skabes en tvungen priskonkurrence, da ekspedition af en recept skal ske med udgangspunkt i det billigste tilgængelige lægemiddel (ibid.:§38, §39). Salg af receptpligtig medicin skal foregå gennem et apotek, og apotekerne besidder således en afgørende funktion i feltets salgsproces (ibid.:§60). Læger og speciallæger agerer ligeledes gatekeepere for salgsprocessen, da Lundbeck udelukkende producerer receptpligtig medicin, der skal ordineres af lægen.

### **Conceptions of control**

CC i det psykofarmakologiske felt betragtes som en funktion af koalitioner på tværs af feltets aktører, hvilket bevirker et fladt magthierarki, hvor aktørerne indgår i et gensidigt afhængighedsforhold, og staten som den eneste aktør besidder en autoritær magt overfor feltets

øvrige aktører (Bilag 1:15.30). Hjortlunds udtalelser afspejler en opfattelse af, at feltets CC er under forandring, idet hun anfører at staten påtager sig en stadigt voksende magtposition, og overtager den rolle lægerne tidligere besad som primære gatekeepere (ibid.:35.40). Offentlighedens og derigennem patienterne og patientorganisationernes indflydelse er ligeledes voksende i takt med statens indflydelse, da politikernes bevæggrunde i sidste ende er borgernes stemmer (ibid.:41.00). Disse observationer understøttes endvidere af Danske Patienters italesættelse af patienterne og deres pårørendes rolle i behandlingsprocessen, samt samarbejdet mellem Danske Patienter og Sundhedsstyrelsen om patientinvolvering som et væsentligt led i fremme af danskernes sundhed (Web 12; Borgernes Sundhedsvæsen).

### **Sociale relationer i det psykofarmakologiske felt**

Forholdene mellem Danske Patienter og feltets øvrige aktører er fra Danske Patienters side rettet mod at give patienterne de bedst mulige forhold i behandlingssystemet, delvist gennem en inddragelse af patienterne i beslutningsprocesserne omkring behandlingen (Web 5). Med Lundbeck foregår interaktionen som et politisk samarbejde, hvor Lundbeck på baggrund af dialog med foreningen, tilgodeser Danske Patienters holdninger i deres udspil (Bilag 1:18.09). I interviewet med Hjortlund udtrykkes endvidere en opfattelse af, at danske patientforeninger inden for psykiatrien besidder et relativt uudnyttet politisk magtpotentiale, og det må derfor antages, at interaktionen fra Lundbecks side har formålet at Danske Patienter, såfremt foreningen begynder at udnytte dette potentiale, vil tilgode Lundbeck i sine politiske udspil (ibid.:21.00). Danske Patienters samarbejde med Lægeforeningen har samme politiske karakter, og baseres på en aftale om, at de to organisationer vil stå sammen i politiske beslutninger og udspil, der kan gavne begge parter. Samarbejdet er endvidere bygget på en fælles forståelse af den positive effekt af øget patientinddragelse i behandlingsprocessen, hvilket ligeledes er tilfældet i Danske Patienters direkte kontakt til de praktiserende læger (Web 13; Web 14; Web 15). Lundbecks kontakt til lægerne foregår dagligt og kan have to formål; salg eller produktudvikling, og kontakten foregår både til almene praktiserende læger og key opinion leaders i form af speciallæger (Bilag 1:12.35). Produktudviklingssamarbejdet støttes af Lægeforeningen, men salgsrelateret interaktion modarbejdes i høj grad, og som følge heraf søger foreningen at påvirke staten til at stramme styringen af dette samarbejde (Web 16).



Sundhedsstyrelsens og statens sociale relationer til feltets øvrige aktører bærer præg af styrelsens magtposition, hvilket eksempelvis afspejles i Hjortlund-interviewet, hvor det klarlægges, at den umiddelbare kontakt til Sundhedsstyrelsen altid er dialogisk, og at der lægges stor vægt på forberedelse inden en sådan dialog, da styrelsen har den endelige beslutningsmagt (Bilag 1:30.40). Da Lundbeck ingen autoritær magt besidder overfor Sundhedsstyrelsen, udmunder en mislykket dialogisk kontakt mellem de to parter i, at Lundbeck søger at få sin agenda igennem ved at gå gennem offentligheden, og af den vej søge at yde et uformelt institutionelt pres på Staten (ibid.:32.45). Lignende tilgange observeres anvendt af Lægeforeningen og Danske Patienter for at opnå indflydelse på statslige beslutninger (Web 11, Web 16). Udover statens vertikale kobling til feltets øvrige aktører, observeres ligeledes en grad af horisontal kobling, grundet det gensidige afhængighedsforhold. Hvor aktørerne er afhængige af staten af legale årsager, er staten, og hermed Sundhedsstyrelsen, afhængig af positiv omtale fra Danske Patienter, da foreningen repræsenterer patienterne og derved besidder en politisk magtposition. Endvidere Lægeforeningen, der er nødvendig i forhold til diagnosticerings- og behandlingsprocessen (Bilag 1:17.00).

### **Divergerende kognitive forståelser af det psykofarmakologiske felt**

Blandt aktørerne i det psykofarmakologiske felt observeres en række divergerende opfattelser af feltets formål, hvilket bunder i ligeledes divergerende kognitive forståelser hos de enkelte aktører, om deres eget virke. Sundhedsstyrelsens kommunikerede formål med sit eget virke, er at skabe sundhed for hele samfundet gennem en effektiv og sikker forebyggelse og behandling (Web 17). I styrelsens opfattelse af feltets formål, kommer dette til udtryk i et mål om at skabe bedre behandling i det psykofarmakologiske felt gennem samarbejde på tværs af regioner, organisationer, fagfolk og politikere (Web 18:14). Konkret ønskes dette opnået gennem en dialogisk interaktion med de enkelte aktører, med et overvejende fokus på en forhøjet inddragelse af patienterne (ibid.:29). Danske Patienters kommunikerede formål med sit eget virke, er at sikre de danske patienter de bedst mulige vilkår i behandlingssystemet, og foreningen ser sig selv som repræsentant for de danske patienter i politiske spørgsmål (Web 5). For at opnå dette, ønsker Danske Patienter ligesom Sundhedsstyrelsen at skabe et konstruktivt samarbejde og løbende dialog med feltets øvrige aktører, i hvilken Danske Patienter iagttager sig selv som ekspert på patientområdet (ibid.). Samarbejdets endelige formål er, at det danske sundhedsvæsen bliver centreret om patienternes behov og leverer behandling af en høj kvalitet (ibid.). I modsætning til Danske Patienter, er Lægeforeningens formål at påvirke den sundheds- og samfundspolitiske udvikling med henblik på at varetage lægernes

interesser og at synliggøre problemstillinger ud fra de sundhedsprofessionelles interesser (Web 19). Foreningens opfattelse af feltets formål er, at samarbejdet skal rettes mod at øge samfundets fokus på psykiatrien og derigennem forbedre behandlingsforholdene for patienterne og arbejdsforholdene for lægerne (Web 20, Web 21). Modsat samtlige af disse opfattelser italesætter Hjortlund Lundbecks formål og virksomhedens opfattelse af feltets formål som det “[...] *at levere ny og hele tiden bedre medicin til patienter. Medicin som har en ønsket og bedre effekt og medicin som har mindst mulig bivirkning*” (Bilag 1:4.30). Der ses således en forståelsesmæssig kløft mellem Lundbeck og det psykofarmakologiske felts øvrige aktører, når det kommer til at bestemme feltets overordnede formål.

## **Delkonklusion**

I indeværende analyse er det belyst, hvordan det psykofarmakologiske felt er underlagt en lang række formelle strukturer, der reguleres af staten. Heriblandt, dog ikke udtømmende, regler for PR, der definerer ejerskabsforhold og profitfordeling, GS, der ulovliggør karteller og begrænser markedsadgang samt RE, der ulovliggør reklamering til offentligheden og fastlægger omstændighederne for salg af medicin. Endvidere observeres, at feltet ikke besidder en almen magthierarkisk lagdeling, men at Danske Patienter, Lægeforeningen og Lundbeck derimod er gensidigt afhængige, alt imens Sundhedsstyrelsen sætter de formelle rammer for interaktionen mellem parterne. Det ses dog, at patienternes magt er gradvist voksende. I analysen af de sociale relationer mellem feltets aktører klarlægges det, at Danske Patienter, Lægeforeningen og Lundbecks samarbejde har en politisk karakter, og derfor ofte er rettet mod at yde indflydelse på Sundhedsstyrelsens beslutninger. Endvidere, at kontakten mellem feltets aktører fortrinsvist foregår dialogisk. Slutteligt fremstår feltets aktørers opfattelse af dettes formål divergerende, hvor særligt Lundbecks skiller sig ud, idet virksomheden er produktorienteret, hvor de øvrige aktører er individorienterede.

## **Systemteoretisk analyse**

Med udgangspunkt i Niklas Luhmanns (1984-1997) systemteori kan kompleksiteten fremanalyseret i foregående afsnit favnes og det psykofarmakologiske felts problemstillinger rationaliseres. Følgende afsnit beskæftiger sig således med en systemteoretisk analyse af Sundhedsstyrelsen, IRF,

Lægeforeningen og Danske Patienters respektive interesser i det psykofarmakologiske felt. Formålet er at belyse deres interessemæssige differens som resultat af deres funktionelle differentiering, og på baggrund af Luhmanns (1984-1997) systemteori at eksplicitere systemspecifikke karakteristika der gør, at deres interesser i det psykofarmakologiske felt afviger fra hinanden. IRF analyseres her som værende en selvstændig instans, da instituttet iagttages at operere ud fra et andet rationale end Sundhedsstyrelsens overordnede, og jævnfør interviewet med Hjortlund fremstår som en afgørende aktør inden for medicinalindustrien.

### **Sundhedsstyrelsen som funktionssystem**

Sundhedsstyrelsen er en offentlig instans under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, hvis formål er at monitorere og administrere al medicinering på det danske marked, herunder blandt andet godkendelse af ny medicin og monitorering af gammel, salg af medicin og generel rådgivning af den danske befolkning, sundhedsprofessionelle og øvrige myndigheder i forbindelse med disse (Web 22). Sundhedsstyrelsen skal i samarbejde med beslutningstagere således “[...] *understøtte, at folk i Danmark har mulighed for at leve sundt og kan få behandling i et sundhedsvæsen af høj faglig kvalitet*” (ibid.) og bestræber derfor missionen om “[...] *at fremme sundhed for alle gennem sikker og effektiv forebyggelse og behandling*” (SS Årsrapport 2014:2). I relation hertil er det nødvendigt at påpege, at der underlagt Sundhedsstyrelsen findes mange selvstændige instanser, som for eksempel IRF, men at der i indeværende analyse alene vil blive lagt vægt på Sundhedsstyrelsen som ét hele og dermed dets overordnede formål og mission.

Når Sundhedsstyrelsen iagttages ud fra formålet om at understøtte den danske folkesundhed og missionen om at fremme denne gennem både sikker og effektiv forebyggelse og behandling, er det med udgangspunkt i Luhmanns (1984-1997) systemteori muligt at argumentere for, at Sundhedsstyrelsen agerer i et sundhedssystem. Foranstående da for eksempel hverken det økonomiske system eller retssystemet vil være i stand til at udføre styrelsens samfundsmæssige funktion. Det betyder, at Sundhedsstyrelsen iagttages som værende organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie *sundhed*, hvorigennem styrelsen fikserer kontingens, og at sundhed således er den logik, der fremtræder, når Sundhedsstyrelsen kommunikerer i sundhedssystemet. Sundhedsstyrelsens rådgivning og funktion er i den optik et sundhedsmæssigt anliggende, der beskæftiger sig med at sikre, at alle danskere har mulighed for at leve sundt, og at sundhed i Danmark generelt fremmes. Sundhedsstyrelsens kommunikative omverden vil i samme optik være

begrænset til mediet sundhed, hvorfor styrelsen alene vil være i stand til at kommunikere med andre om omverdenen, inden for sundhedssystemet. At sundhed agerer medie for Sundhedsstyrelsen betyder ikke, at kommunikationen omhandler det sundhedsmæssige rigtige i at spise frugt og grønt og motionere, men at sundhed er symbolet på den værdi, sundhed har i selve kommunikationen. Sundhed skal som medie således opfattes som et meningsgivende begreb, der alene er muliggjort gennem kommunikation.

Idet Sundhedsstyrelsen grundlæggende er optaget af at sikre og fremme danskernes sundhed, og mediet fremherskende for Sundhedsstyrelsens kommunikation som funktionssystem er sundhed, bliver henholdsvis sundhedsprofessionelle og danskernes opfattelse af sundhed til Sundhedsstyrelsens funktion at regulere. Med Sundhedsstyrelsens overordnede formål om at understøtte danskernes sundhed og derigennem sikre, at sundhedsprofessionelle imødekommer denne gennem effektiv forebyggelse og behandling (SS Årsrapport 2014:5-7), fremstår viden om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdom determinerende for, hvordan Sundhedsstyrelsen har mulighed for at imødegå sin sundhedsregulerende funktion. Sundhedsprofessionelle skal ifølge Sundhedsstyrelsen derfor være uddannede og oplyste i den forstand, at de *“[...] skal kunne inddrage sundhedsfremmende elementer i [deres] kliniske arbejde”* (Web 23), for aktivt at kunne bidrage til at fremme danskernes sundhed. Selvom ‘sundhed for alle’ ikke fremmes inden for tidshorisonten for en årsrapport, men i højere grad er en årelang proces (SS Årsrapport 2014:2), og danskernes opfattelse af sundhed spiller en væsentlig rolle, vil det altid være den respektive sundhedsteoretiske viden, der afgør hvorvidt for eksempel en bestemt livsstil betragtes som værende sund i forhold til, at skulle kunne fremme danskernes generelle sundhed. I den forbindelse, og ved at kommunikationen i sundhedssystemet således vedrører, hvorvidt noget kan fremme danskernes sundhed, etablerer det symbolsk generaliserede medie sundhed en binær kode, der opdeler Sundhedsstyrelsens kommunikative omverden i én positiv og én negativ værdi, der kan illustreres ved forskellen sundhedsfremmende / sundhedshæmmende. Sundhed kan i den forstand siges at mediere en helbredsmæssig tilstand og alene at være udviklet som symbol, for at gøre kommunikationen og kompleksiteten omkring det, at noget er sundhedsfremmende eller sundhedshæmmende, mere simpel.

For Sundhedsstyrelsen betyder ovenstående, at det ud fra binære koder der ikke knytter sig til styrelsens symbolsk generaliserede medie og funktionssystem, ikke er muligt at iagttage, om noget

er sundhedsfremmende eller ej. Sundhedsstyrelsen kan dermed umuligt vurdere, hvorvidt fremme af danskernes sundhed er solidarisk eller etisk korrekt, da kommunikationen alene forekommer og forstås i et sundhedsorienteret perspektiv. Foranstående skal forstås ved, at sundhedssystemet, ligesom alle øvrige sociale systemer, er et autopoietisk og selvrefererende system, der som funktionssystem er konstitueret af kommunikation med 'sundhed' som mindsteenhed. Det vil med andre ord sige, at Sundhedsstyrelsens kommunikation om sundhed alene er mulig på grund af tidligere kommunikation, og dermed i sig selv muliggør fremtidig kommunikation.

At Sundhedsstyrelsens kommunikative omverden er binært kodificeret i sundhedsfremmende / sundhedshæmmende betyder endvidere, at det er ud fra denne binære kode, Sundhedsstyrelsen betragter og forstår sin omverden. Alt i Sundhedsstyrelsens omverden opdeles således i, hvorvidt det er sundhedsfremmende eller -hæmmende, og om det efterfølgende vil være i stand til at forbinde Sundhedsstyrelsens egen kommunikation, ved i sig selv at bevirke ny kommunikation om sundhed. Da binære koder ikke foreskriver den korrekte brug af deres positive og negative sider, udvikler de enkelte systemer et program, der kan *"[...] define the conditions for attributing the code's values correctly"* (Borch 2011:74 [Luhmann 1989:45]). Sundhedsstyrelsen må som funktionssystem således identificere og definere et program, der generelt skal benyttes i vurderingen af, om noget er sundhedsfremmende eller sundhedshæmmende. Ved at Sundhedsstyrelsen i sin samfundsmæssige funktion skal *"[...] følge sundhedsforholdene og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet"* (Sundhedsloven 2008:§213), for retvisende at bidrage til at understøtte og fremme danskernes sundhed, kan der argumenteres for, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af den til enhver tid aktuelle viden og teori om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdom vurderer, hvorvidt noget er sundhedsfremmende eller ej. Sundhedssystemets program vil dermed bestå i viden og teori om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdom og være det, Sundhedsstyrelsen applicerer for at kunne regulere brugen af funktionssystemets binære kode. Sundhedsstyrelsen kan således iagttage ny medicins sundhedspotentiale ud fra den gældende viden og teori omkring indholdets sundhedsfremmende, forebyggende eller behandlingsmæssige karakter, og på baggrund deraf vurdere, om den skal godkendes. Endvidere retvisende at kunne rådgive danskerne, sundhedsprofessionelle og øvrige myndigheder om medicinens sundhedsfremmende eller -hæmmende effekt.

Programmer er grundlæggende fleksible og kan udskiftes i takt med at for eksempel viden og teori udvikles, hvormed det enkelte program giver det respektive system en måde at tilpasse sig en omskiftelig omverden på. Det vil samtidigt sige, at et program anvendt i forbindelse med at regulere en kode, aldrig vil kunne anvendes til at regulere en anden kode (Borch 2011:74-75 [Luhmann 1989]). Det program sundhedssystemet udvikler kompenserer for den binære kodes manglende fleksibilitet, ved i sig selv at besidde et højt niveau af fleksibilitet, og forener således sundhedssystemet med en åbenhed, den binære kode ikke ville være i stand til at tillade alene. Foranstående da sundhedssystemets binære kode ikke kan ændre sig og har til funktion at sikre funktionssystemets stabilitet, ved konkret at være det redskab, sundhedssystemet opretholder sin operationelle lukning med. Kombinationen af sundhedssystemets binære kode og program forsyner således funktionssystemet med en samtidig stabilitet og fleksibilitet, lukning og åbenhed, nødvendig for at kunne interagere i en dynamisk omverden.

## **IRF som funktionssystem**

IRF er en selvstændig instans i Sundhedsstyrelsen, der blandt andet har til formål at rådgive Sundhedsstyrelsen om autorisering af ny medicin, på baggrund af en samfundsøkonomisk afvejning af de enkelte præparaters effekt, bivirkninger og pris, samt eventuelle praktiske forhold i relation til medicinens interaktion med øvrige præparater (Handlingsplan 2014:1). IRF skal således *"[...] understøtte, at de billigste alternativ vælges i tilfælde, hvor effekt og bivirkninger for flere lægemidler ikke er væsentlig forskellig"* (ibid.).

Iagttages IRF ud fra formålet om at understøtte det billigste behandlingsalternativ, er det muligt at argumentere for, at IRF agerer i et økonomisk system, idet instansens funktion dermed er økonomisk orienteret og for eksempel ikke kan udføres af det politiske system eller retssystemet. Det betyder, at IRF iagttages som værende organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie *penge*, igennem hvilket instansen fikserer kontingens, og at penge dermed er den fremtrædende logik, når IRF kommunikerer i det økonomiske system. IRFs rådgivning er i den optik et økonomisk anliggende, der orienterer sig mod at sikre, at Sundhedsstyrelsen alene autoriserer de medicinske behandlingsalternativer, der er billigere end de i forvejen eksisterende på markedet. I samme optik vil IRFs kommunikative omverden være begrænset til mediet penge, hvorfor instansen alene kan kommunikere med andre om omverdenen, inden for det økonomiske funktionssystem. At penge agerer medie for IRFs kommunikation betyder ikke, at kommunikationen omhandler

kontanter som sådan, men at penge fungerer symbolet på værdi i kommunikationen. Penge skal ifølge Luhmann (1988) således ikke opfattes som værende fysiske mønter, sedler eller betalingskort, men som et meningsgivende begreb (Luhmann 1988:230-234).

Når det økonomiske system endvidere er grundlæggende optaget af knaphed på ressourcer, og ressourcen dominerende for IRFs kommunikation som økonomisk funktionssystem er penge, bliver Sundhedsstyrelsens knaphed på penge til IRFs funktion at regulere. Med IRFs rationale om at understøtte de billigste af de mest effektive og mindst bivirkningshæmmede behandlingsalternativer og derigennem sikre, at Sundhedsstyrelsen alene autoriserer disse (Handlingsplan 2014:1), fremstår Sundhedsstyrelsens og i sidste ende patienternes mulighed for at kunne betale præparaterne essentiel og afgørende for hvordan, IRF kan imødekomme sin knaphedsregulerende funktion. Ny medicin skal ifølge IRF derfor være rationel i den forstand, at de *"[...] giver den største effekt, de færreste og mindst alvorlige bivirkninger til den lavest mulige behandlingspris"* (IRF Årsrapport 2014:2), for at kunne blive introduceret på markedet. Det enkelte præparats effekt og bivirkninger spiller i en sådan situation en betydelig og til tider afgørende rolle, men det vil altid være prisen, der afgør hvorvidt præparatet betragtes som værende rationelt i forhold til, at det for både Sundhedsstyrelsen og den enkelte patient skal være muligt at betale. I den sammenhæng etablerer mediet penge en binær kode, der simplificerer kommunikationen om IRFs omverden og opdeler den kommunikative omverden i forskellen betale / ikke betale. Penge medierer i den forstand betalingerne for at forenkle kommunikationen og simplificerer kompleksiteten omkring det at betale eller ikke betale.

Ovenstående betyder, at det for IRF er umuligt at betragte og vurdere nye præparaters betalingspotentiale ud fra binære koder, der ikke knytter sig til mediet penge og det økonomiske funktionssystem. Endvidere, at IRF umuligt kan vurdere eller kommunikere om, hvorvidt det enkelte præparats betalingspotentiale er solidarisk eller i etisk korrekt, da kommunikationen om betalingspotentialet for IRF udelukkende forstås ud fra et økonomisk perspektiv. Betaling er hermed mindstenhed for den kommunikation, der konstituerer IRF som et økonomisk funktionssystem, og er ifølge Luhmann (1988) i sig selv en selvrefererende operation. Forstået ved, at betalinger gør nye betalinger mulige, og selv kun er mulige grundet allerede afholdte betalinger (Luhmann 1988:52).

At IRF iagttages som værende et økonomisk funktionssystem, der er organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie penge, og hvis kommunikative omverden er binært kodificeret i betale / ikke betale, betyder, at IRF benytter den binære kode til at observere og fortolke sin omverden ud fra. Alt bliver således opdelt i, hvorvidt det er muligt at betale eller ej, og om det på den måde kan bevirke en betaling, der i fremtiden kan producere nye betalinger, og derved forbinde systemets egen kommunikation. Som funktionssystem må IRF endvidere udvikle et program, der grundet den binære kodes manglende bekendtgørelse af sine to siders korrekte brug, nødvendigvis må anvendes til vurdere og kommunikere, hvorvidt et nyt medicinalt præparat er muligt at betale eller ej. Her vil det økonomiske systems basale program *pris* være tilstrækkeligt og relevant for IRF at applicere, da pris i Luhmanns (1988) optik tillader en hurtig afgørelse af, om en betaling er mulig at foretage eller ej (ibid.). IRF kan efter afvejningen af det respektive præparats effekt og bivirkninger, således iagttage dets betalingspotentiale ud fra den pris, præparatets producent har tænkt sig at udbyde det til. Endvidere og på baggrund deraf rådgive Sundhedsstyrelsen i valget af, om præparatet kan imødekommes betalingsmæssigt, og om det bør introduceres til markedet.

### **Lægeforeningen som funktionssystem**

Lægeforeningen er en NGO, hvis formål er at italesætte sundhedsfaglige problematikker ud fra et lægefagligt synspunkt og agere repræsentant for de lægefaglige i politiske debatter. Foreningen udstikker i den forbindelse vejledninger til offentlige såvel som private instanser omkring, hvordan de lægefaglige og deres holdninger bør tilgodeses i de politiske beslutninger (Web 19). Lægeforeningen repræsenterer erhvervsaktive såvel som pensionerede og ikke-erhvervsaktive læger, og består således af tre underorganisationer; Foreningen af Yngre Læger, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen for Speciallæger, der den 1. januar 2015 tilsammen havde en medlemsprocent på 98 af de danske lægefaglige (ibid.).

Lægeforeningens bestyrelse består af syv aktive læger, der alle har fået deres poster gennem en demokratisk afstemningsproces i foreningens underorganisationer, samt den nyligt indvalgte formand Anders Rudkjøbing, der er valgt direkte af repræsentantskabet (ibid.). Lægeforeningens ageren må i den optik være direkte forbundet med de praktiserende lægers logik, hvorfor der kan argumenteres for, at foreningen agerer i et sygdomsbehandlingssystem. Det betyder, at Lægeforeningen iagttages som værende organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie *sygdom*, igennem hvilket foreningen fikserer kontingens, og at den grundlæggende logik således er



sygdom, når Lægeforeningen kommunikerer i sygdomsbehandlingssystemet. Foreningens politiske udspil anses i denne optik som et sygdomsbehandlingsmæssigt anliggende, hvorfor Lægeforeningens vejledning og rådgivning baseres på et mål om forbedring af og forbeholdstagen for de behandlingsmæssige processer og forhold. Endvidere, at foreningens kommunikation vil være begrænset til mediet sygdom, og at det for foreningen derfor kun er muligt at kommunikere til og om omverdenen indenfor sygdomsbehandlingssystemet. Al værdi og forståelse i kommunikationen vil som følge heraf baseres på mediet sygdom som meningsgivende begreb.

Sygdomsbehandlingssystem anvendes dagligt i de lægefagliges kommunikation om behandlingsmuligheder og -processer, og indeholder således to subsystemer; ét orienteret mod kroppen og det biologiske i behandlingen, og ét orienteret mod det menneskelige, interaktionelle og processuelle. Lægeforeningens kommunikation besidder som følge heraf to forskelligartede funktioner. Dels at oplyse offentligheden og statslige instanser om behandlingsforhold ud fra en biologisk sundhedsfaglig optik, der gennem mediet sygdom afklarer effekterne af forskellige behandlingsformer, og dels at oplyse om de menneskelige, interaktionelle og processuelle forhold i selvsamme behandlingsformer, ligeledes gennem mediet sygdom. At sygdom ligger til grund for logikken i kommunikationen medfører, at politiske tiltag og udspil vurderes ud fra deres effekt som sygdomshæmmende og helbredende redskaber på et biologisk såvel som processuelt niveau, hvilket eksempelvis afspejles i Lægeforeningens stillingtagen til optimering af lægefaglige arbejdsprocesser og til regeringens vurdering af de vigtigste sundhedsmæssige problemer (Lægeforeningens årsberetning 2014:6-7, 12). I vurderingen af de politiske tiltag samt kommunikationen herom, etablerer det symbolsk generaliserede medie sygdom den binære kode syg / rask, i relation til hvilken der udvikles et program, som simplificerer kompleksiteten i omverdenen ved at indskrænke afvejningen mellem syg og rask.

Ovenstående gør det umuligt for Lægeforeningen at vurdere omverdenens politiske tiltag ud fra andre logikker end den, etableret af den binære kode syg / rask. En vurdering af budgetmæssige ændringer vil eksempelvis udelukkende foregå ud fra behandlingsmæssige effekter, der kan afvejes i forskellen mellem syg / rask, hvor ændringernes økonomiske rationalitet derfor ikke kan vurderes. Sygdom er således mindsteenhed i Lægeforeningens kommunikation og fortolkning af omverdenen, hvor sygdomsbehandlingssystemets autopoiesis betyder, at denne vurdering og kommunikation

udelukkende er mulig på baggrund af tidligere kommunikation, og endvidere ligger til grund for fremtidig kommunikation.

Den binære kode syg / rask bærer i sig selv ingen indikator for, hvad systemet vurderer positivt og negativt, hvorfor det for Lægeforeningen er nødvendigt at udvikle et program, med hvilket omverdenens tiltag kan vurderes ud fra forskellen syg / rask. Idet Lægeforeningens ekspertise findes i bestyrelsens erfaring med udøvelse af lægefaget og den ekspertviden foreningens medlemmer inden for samme fag besidder, fremstår systemets program at være diagnoser og behandlingsformer. Lægeforeningen vil således betragte politiske tiltag i omverdenen ud fra sin erfaring med diagnosticering og behandling, og på baggrund af disse observationer vurdere tiltagene ud fra den binære kode syg / rask, der giver udfald til foreningens stillingtagen.

## **Danske Patienter som funktionssystem**

Danske Patienter er en paraplyorganisation for patientforeningerne i Danmark, der agerer talerør for patienterne over for offentligheden og har til formål at centrere det danske sundhedsvæsen omkring patienternes behov. Danske Patienter skal således, og gennem samarbejde og kontinuerlig dialog med myndigheder, forskningsinstitutioner, erhverv og organisationer, “ [...] *bidrage til visionen om et patientcentreret sundhedsvæsen i højeste internationale klasse*” (Web 5), og derigennem styrke inddragelsen af patienter i både diagnosticerings- og behandlingsprocessen samt sikre behandling af høj kvalitet.

Ved at iagttage Danske Patienter ud fra visionen om et patientcentreret sundhedsvæsen og formålet om at “[...] *sikre patienterne bedst mulige vilkår i behandlingssystemet*” (Sundhedspolitik 2012:5), kan der argumenteres for, at Danske Patienter agerer i et patientsystem, hvis systemspecifikke funktion er umulig for eksempelvis sundhedssystemet at opfylde. Med Danske Patienters fremhævede formål betyder iagttagelsen endvidere, at foreningen anses at være organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie *behandlingskvalitet*. Det vil sige, at foreningen herigennem fikserer kontingens, og at behandlingskvalitet er den fremtrædende logik, når Danske Patienter kommunikerer i patientsystemet. Danske Patienters funktion er i den relation et kvalitetsorienteret, behandlingsmæssigt anliggende, der bestræber sig på at sikre patienterne behandling af høj kvalitet. I samme relation vil Danske Patienters kommunikative omverden være begrænset til mediet behandlingskvalitet og resultere i, at foreningen alene inden for patientsystemet er i stand til at

kommunikere med andre om omverdenen. At behandlingskvalitet er medie for Danske Patienters kommunikation betyder endvidere, at mediet er symbol på den værdi, behandlingskvalitet udgør i kommunikationen, og skal som medie således alene opfattes som et meningsgivende begreb.

I og med Danske Patienter arbejder for, “[...] at det danske sundhedsvæsen bliver centreret om brugernes behov og leverer sundhedsfaglig [...] og patientoplevelt kvalitet på højeste kvalitetsniveau” (ibid.), og mediet for kommunikation er behandlingskvalitet, bliver kvaliteten af behandlingen patienterne får, til Danske Patienters funktion at regulere. Med Danske Patienters formål om at sikre sundhedsvæsenets centrering af patienternes behov og behandling i høj kvalitet, fremstår patienternes oplevelse af livskvalitet efter endt behandling bestemmende for, hvorledes Danske Patienter kan imødekomme sin kvalitetsregulerende funktion. Sundhedsvæsenet, og sundhedsprofessionelle i særdeleshed, skal ifølge Danske Patienter derfor anvende patienternes viden og ressourcer i langt højere grad og mere aktivt end hidtil, sådan at behandlingen af den enkelte patient kan tilrettelægges i overensstemmelse med patientens værdier, ønsker og behov. Foranstående da Danske Patienter endvidere er af den opfattelse at “[...] patienter, som bliver inddraget i planlægningen af og beslutningen om deres forløb, klarer sig bedre og har bedre livskvalitet” (Web 7). De sundhedsprofessionelles faglighed og erfaring samt patienternes helbredsmæssige omstændigheder spiller her en betydelig rolle, men det vil til hver en tid være den enkelte patients vurdering af den respektive behandling, der afgør oplevelsen af behandlingens kvalitet. I relation hertil, og i takt med at patientsystemets kommunikation vedrører behandlingens kvalitet, etablerer det symbolsk generaliserede medie behandlingskvalitet en binær kode, der simplificerer kommunikationen og deler patientsystemets kommunikative omverden i distinktionen god behandling / dårlig behandling. Behandlingskvalitet er således alene udviklet som symbol for at lette kompleksiteten og kommunikationen omkring god eller dårlig behandling.

Danske Patienter vil med udgangspunkt i ovenstående ikke være i stand til at iagttage behandlingskvalitet ud fra binære koder, der ikke knytter sig til foreningens medie og patientsystemet som funktionssystem. Det betyder, at Danske Patienter ikke kan vurdere, hvorvidt en behandlings kvalitet er etisk korrekt eller politisk velfunderet, idet kommunikationen altid vil forekomme og blive fortolket i et behandlingsorienteret kvalitetsperspektiv. Patientsystemet kan dermed betragtes som værende et selvrefererende, autopoietisk funktionssystem, hvis

kommunikation om behandlingskvalitet afføder ny kommunikation, og endvidere selv er betinget af tidligere kommunikation.

Når Danske Patienter iagttages som et patientorienteret funktionssystem, hvis kommunikative omverden er binært kodificeret i distinktionen god behandling / dårlig behandling og systemet organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie behandlingskvalitet, vil det sige, at Danske Patienter anvender patientsystemets binære kode til at konstatere og betragte sin omverden ud fra. Alting bliver dermed inddelt i, hvorvidt det kan opfattes som henholdsvis god og dårlig behandling, og om det følgelig kan forbinde Danske Patienters egen kommunikation, ved selvstændigt at afstedkomme ny kommunikation om behandlingskvalitet. Danske Patienter må som funktionssystem endvidere udvikle et program, der grundet den binære kodes manglende bekendtgørelse af sin korrekte brug, nødvendigvis må anvendes i vurdering af, om den enkelte behandling er god eller dårlig. Idet Danske Patienter gennem sin funktion skal kunne give “[...] *kvalificerede og velunderbyggede indspil om patientperspektivet [...]*” (Web 5) for på retfærdig vis at agere talerør for patienterne, kan der argumenteres for, at Danske Patienter på baggrund af patienternes italesættelse af den oplevede livskvalitet efter en behandling vurderer, hvorvidt den enkelte behandling kan betragtes som værende god eller ej. Patientsystemets program vil i den optik udgøre patienternes oplevede livskvalitet efter behandling og være det, Danske Patienter anvender til at regulere brugen af patientsystemets binære kode. Hermed kan Danske Patienter for eksempel iagttage en behandlings kvalitetspotentiale ud fra allerede behandlede patients oplevede livskvalitet efter denne type behandling, og med disse italesatte oplevelser som grundlag vurdere, om den enkelte behandling er god nok til at blive anvendt på fremtidige patienter. Endvidere, konstruktivt kunne bidrage til at belyse hvilke former for behandling der ikke er gode nok, i forhold til at skulle kunne imødekomme visionen om “[...] *et patientcentreret sundhedsvæsen i højeste internationale klasse*” (ibid.), for derigennem at styrke inddragelsen af patienter i både diagnosticerings- og behandlingsprocessen samt sikre behandling af høj kvalitet.

## **Delkonklusion**

Ved individuelt at iagttage Lundbecks stakeholdere som funktionssystemer er deres divergerende præferencer for kommunikation og iagttagelser af omverden blevet ekspliciteret gennem brug af det systemteoretiske begrebsapparat. Kommunikationen inden for det psykofarmakologiske felt skal derfor forstås forskelligt og nødvendigvis ud fra det funktionssystem, den enkelte kommunikation

optræder i. Det vil samtidigt sige, at Lundbecks kommunikation således også opfattes forskelligt af de funktionssystemer Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter agerer i. Systemanalysen har hermed skabt fundamentet for den videre iagttagelse af, hvorledes stakeholderne afvigende interesser i det psykofarmakologiske felt afspejles i måden, hvorpå Lundbeck kommunikativt agerer.

## **Lundbeck som polyfont organisationssystem**

Lundbeck kommunikerer med og til flere forskellige stakeholdere, der jævnfør ovenstående systemanalyse iagttager og fortolker omverdenen ud fra egne logikker, og må med udgangspunkt i Luhmanns (1984-1997) systemteori således opfatte Lundbecks kommunikation forskelligt. Det betyder, at der i omverdenen hersker krav til, at Lundbeck skal være i stand til at kommunikere og agere i overensstemmelse med divergerende funktionssystemers logikker, såfremt virksomheden vil kommunikere med og til sine stakeholdere.

Idet al kommunikation i og til funktionssystemer ifølge Andersen (2002) skal forekomme på det pågældende funktionssystemets præmisser (Andersen 2002:29-30), må Lundbeck i kommunikationen til de enkelte stakeholdere nødvendigvis forme deres respektive funktionssystemers symbolsk generaliserede medie og derved knytte kommunikationen an i den dertilhørende binære kode. Hvis Lundbeck for eksempel vil kommunikere ny medicins sundhedspotentiale til Sundhedsstyrelsen, må kommunikationen foregå gennem sundhedssystemets symbolsk generaliserede medie *sundhed* og knytte an til funktionssystemets binære kode, sådan at Sundhedsstyrelsen herudfra kan oversætte, afgrænse og simplificere kommunikationen og ved hjælp af sit program vurdere, om medicinens helbredsmæssige sundhedspotentiale opfattes sundhedsfremmende eller sundhedshæmmende. Lundbecks kommunikation om selvsamme præparat vil vel at mærke af de øvrige stakeholderes funktionssystemer blive oplevet, fortolket og vurderet fuldstændigt anderledes, da deres logikker grundlæggende afviger fra hinanden. Foranstående kan desuden have implikationer for Lundbecks virke, da for eksempel IRFs vurdering af præparatet inden for det økonomiske funktionssystem kan forhindre dets introduktion på markedet, såfremt præparatets pris ikke vurderes at imødekomme Sundhedsstyrelsen og patienternes mulighed for at kunne betale det. Dette selvom præparatet af Sundhedsstyrelsens funktionelle sundhedssystem anses som sundhedsfremmende, da den nødvendige kobling funktionssystemerne imellem ikke kan forekomme uden Lundbecks formning af deres respektive kommunikationsmedier. Omstændighederne gør det således uhensigtsmæssigt

for Lundbeck primært at kodificere sin kommunikation gennem ét funktionssystems symbolsk generaliserede medie, hvormed håndtering af multipel binær kodificering bliver aktuel.

Ved at være påvirket og afhængig af Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter kan Lundbeck iagttages som et organisationssystem, der for at være i stand til at kommunikere, kontinuerligt må etablere strukturelle koblinger til deres respektive funktionssystemer. Det betyder, at Lundbeck for at kunne applicere stakeholderne individuelle kommunikationssystem former deres funktionssystemers medier, og at selve formningen af disse kommunikationsmedier kobler Lundbecks organisationssystem til stakeholderne funktionssystemer. Endvidere, at Lundbeck i den enkelte kommunikation altid vil være bundet af det symbolsk generaliserede medie, der i kommunikationen knyttes an til. Lundbecks stakeholdere vil som funktionssystemer i den optik stille forskellige medier til rådighed for virksomhedens kommunikation vedrørende funktionsafgrænsede temaer og overordnede beskrivelse af sig selv. Forskellige kommunikationer inden for Lundbeck kan således knytte an til forskellige kommunikationer uden for Lundbeck, hvormed virksomheden agerer sammenknytningspunkt mellem sideordnede kommunikationssystemer, der hver med egne koder, forestillinger og praksisser lukker sig om sig selv. Foranstående kommer for eksempel til udtryk i udtalelser vedrørende Lundbecks grundlag for fremskridt, idet virksomheden i den relation fremhæver, at de ved *“[...] at forbedre medicinske behandlingsmuligheder og et fortsat fokus på patienternes udækkede behandlingsbehov vil [vi] yde en målrettet indsats og medvirke til at øge kendskabet til den enorme økonomiske og samfundsmæssige byrde, som sygdom i hjernen er”* (Web 24). Lundbeck trækker her på de symbolsk generaliserede medier sundhedssystemet, det økonomiske system, sygdomsbehandlingssystemet og patientsystemet stiller til rådighed, og former således en række medier, der er umulige internt at rangordne, da deres usammenlignelige værdier støder sammen og ingen værdi er i stand til at repræsentere helheden af de øvrige. Det betyder, at Lundbecks organisatoriske selvbeskrivelse kan iagttages kontingent og i relation til Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter pluralt opdelt i deres funktionssystemers selvbeskrivelser.

Med Andersens (2002) udgangspunkt i Luhmanns (1984-1997) konstitutionalistiske blik på samfundet som udelukkende bestående af kommunikation, er det muligt videre at iagttage Lundbecks beslutning om måden, hvorpå grundlaget for fremskridt i deres optik reelt kan imødekommes i praksis. Dette da beslutningen herom i sig selv er en kommunikation, og Lundbeck

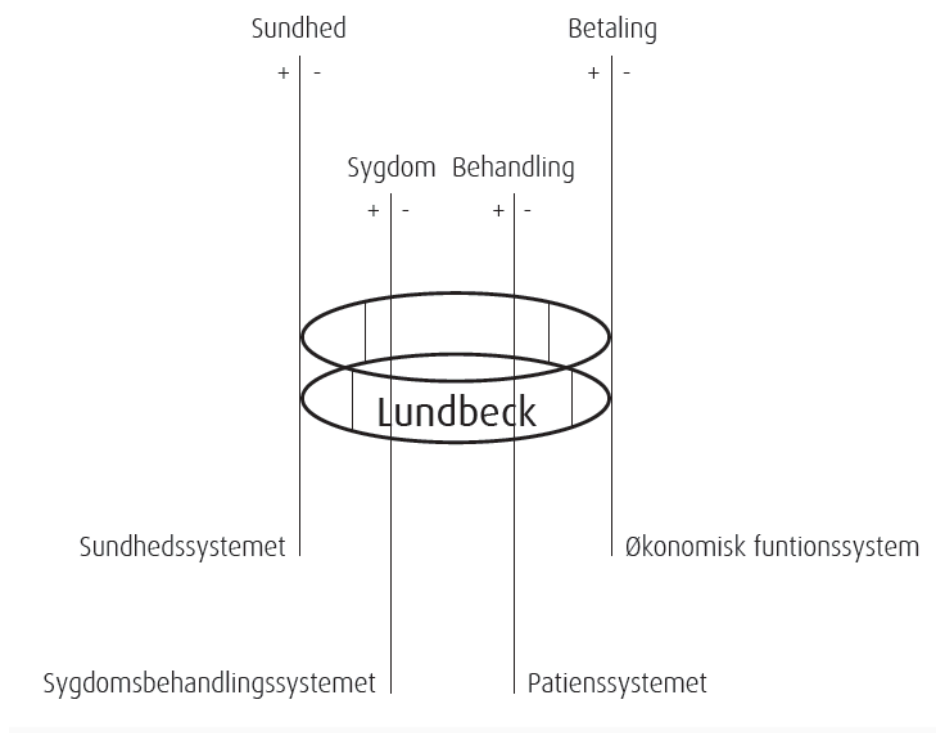
i kommunikationen mindst har formet ét symbolsk generaliseret medie til fiksering af kontingens, for overhovedet at være i stand til at kommunikere.

I 'Mental Health in Europe' fremhæver Lundbeck, at virksomheden må have "[...] *access to modern medicines to help people return to work and enhance productivity*" (Web 25). At hjælpe folk tilbage på arbejde knyttes her til det symbolsk generaliserede medie sundhed i den forstand, at adgang til moderne medicin betragtes som et centralt element i den sundhedsfremmende proces omkring at få den enkelte patient tilbage i arbejde. Lundbeck lukrerer som organisationssystem således på det medie, Sundhedsstyrelsens funktionelle sundhedssystem stiller til rådighed. Videre i samme kommunikation påpeger Lundbeck, at "*Expenditure on medicines needs to be regarded as an investment, not a cost*" (ibid.), hvormed kommunikationen ved at italesætte udgifter, investering og omkostning knytter an til mediet penge og derved IRFs økonomiske funktionssystem. Fortsat fremhæver Lundbeck behovet for at "[...] *give attention to what happens to a medicine once it has been developed, so it can be made available to those patients who can benefit from it*" (ibid.), hvilket med kommunikationens bestræbelser om forbedring af patienternes behandlingsmæssige processer og forhold, knytter kommunikationen an til Lægefæringens funktionelle sygdomsbehandlingssystem ved at lukre på mediet sygdom. Slutteligt italesætter Lundbeck, at det at være "[...] *mentally ill is a huge burden and deserves the same level of support and acceptance as physical illness*" (ibid.). Kommunikationen kan her siges at bestræbe god behandlingskvalitet og således lukrerer på det medie, Danske Patienters funktionelle patientssystem er knyttet til og dermed stiller til rådighed.

Ovenstående illustrerer, at Lundbeck som organisationssystem kommunikerer ved at forme Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters symbolsk generaliserede medier, uden i selve kommunikationen at gøre det med den samme form for kommunikation. Lundbeck skifter således mellem at kommunikere gennem forskellige medier, hvormed der ikke alene sker et kodemæssigt skift, men et skift i hele måden, hvorpå virksomheden i den enkelte kommunikationsform iagttager omverdenen og egne beslutninger. Det betyder, at Lundbeck ikke er i stand til at træffe valg om primær kodificering, og derfor konstitueres som en polyfon organisation.

## Delkonklusion

Med iagttagelsen af Lundbeck som organisationssystem er det gennem brug af Andersens (2002) begrebsapparat blevet ekspliciteret, at Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter som funktionssystemer stiller medier til rådighed for Lundbecks kommunikation i det psykofarmakologiske felt, men også for virksomhedens kommunikation med og om sig selv. Funktionssystemernes differentiering bevirker således, at det for Lundbeck er umuligt at træffe valg om primær kodificering, og at virksomheden i sin kommunikation kontinuerligt må beslutte, hvilket symbolsk generaliserede medie og binære kode der knyttes an til. Lundbeck konstitueres herved som en polyfon organisation, hvis kobling til Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters funktionssystemer kan opsummeres med nedenstående illustration:



*Model 3: Lundbeck som polyfont organisationssystem*



## Et public affairs tiltag

Følgende afsnit tager afsæt i Schultz-Jørgensens (2014) strategimodel for public affairs. Der fokuseres i projektet på de første tre ud af modellens fem elementer, hvormed analysens formål er at belyse den udfordring Lundbeck står overfor, hvilke issues der i relation hertil kan opstå og hvorledes kommunikationen kan frames til fordel for virksomheden. Grundet manglende begrebsapparat til en egentlig analyse af Lundbecks stakeholdere, trækkes der på konklusionerne fra den institutionelle analyse og systemanalysen, hvormed konklusionerne vil blive sat ind i en kontekst, der gør det muligt at iagttage Lundbecks nuværende situation i et strategisk perspektiv, samt hvilke muligheder der heraf følger.

## Forventningskløften i det psykofarmakologiske felt

Set ud fra et public affairs perspektiv agerer virksomheder ifølge Schultz-Jørgensen (2014) på baggrund af en opstået forventningskløft, hvormed disciplinen får en reaktiv karakter (Schultz-Jørgensen 2014: 231). I den optik er det afgørende for Lundbeck løbende at monitorere de fremtrædende tendenser i samfundet, for således at kunne forholde sig til dem.

I forhold til Lundbecks løbende overvågning af tendenser i samfundet, påpeger Hjortlund, at der næppe forekommer markante skift fra den ene dag til den anden, hvorfor virksomheden i højere grad fokuserer på monitorering af issues (Bilag 1:37.15). Howard W. Chase (1977) definerer issues som værende *"[...] realiteterne i en politiseret økonomi"* (Chase 1977), hvilket kan forstås ved, at issues skal iagttages som manifesteringen af de underliggende tendenser i samfundet. Hjortlund fremhæver i interviewet Nembutal-sagen (Web 8) som eksempel på et issue, som Lundbeck har måttet forholde sig til. Årsagen bag dets opståen vidner i hendes optik om, at forbrugerne i højere grad end tidligere interesserer sig for og forholder sig til, hvad der bliver kommunikeret; *"Engang kom patienten og lægen var Gud. Jeg tror i takt med nettet er patienter blevet mere og mere informerede"* (Bilag 1:35.44). Det understreges endvidere af en amerikansk undersøgelse foretaget af Pew Research Center, hvor 70% af de patienter der er online i dag, bruger internettet til at finde information om sundhedspleje (Duggan & Fox: 2013). Selvom undersøgelsen er foretaget i USA, hvor sundhedssystemet i højere grad er domineret af egenbetaling og privatforsikringer, tegner der sig samlet set et billede af mere refleksive forbruger, der selvstændigt efterspørger information omkring sundhedspleje. Foranstående kan udgøre en udfordring for Lundbeck, idet virksomheden

ikke må have direkte kontakt til patienter, og derfor ikke kan påvirke deres valg (Lægemiddelloven: §66). Udfordringen kan endvidere deles op i to, hvor stigende krav fra forbrugerne udgør den ene side, og den formelle lovgivning den anden. Der er med andre ord opstået en forventningskløft mellem Lundbecks nuværende, lovbestemte virke og de krav, nutidens reflektive forbrugere stiller.

## **Lundbecks magtressourcer**

Første del af analysen forholder sig til, hvor udfordringen er henne i den politiske beslutningsproces (herefter policyprocessen). Idet Lundbeck iagttages ud fra sin ageren på det danske marked, bliver processen for lovvedtagelse i Folketinget relevant. En søgning i Folketingets dokumenter fastslår, at der på nuværende tidspunkt ikke er love under udarbejdelse, som relaterer til patientinddragelse (Bilag 3), og at den nuværende lovgivning forbyder al kontakt mellem Lundbeck og patienterne (Lægemiddelloven: §66). Lundbecks ønske om øget patientinddragelse må derfor antages at befinde sig i fasen for agenda setting, idet der stadig er mulighed for at præge og vinkle emnet, inden det bliver et reelt led i policyprocessen.

Resultatet af den institutionelle analyse tydeliggør, at patienterne har fået større indflydelse på politiske beslutningsprocesser, hvorfor det er af afgørende betydning for Lundbeck at tænke dét ind i måden, hvorpå løsningen på udfordringen kommunikeres. Indflydelsen forekommer dels på baggrund af den indirekte magt, patienterne har gennem det politiske system, dels den påstand Hjortlund fremsætter, hvori hun sandsynliggør en stor latent magt blandt patientorganisationerne (Bilag 1:20.20).

Systemanalysen påpeger en lang række af stakeholdernes underliggende rationaler, der gør det komplekst for Lundbeck at foretage en afvejning af, hvilket hensyn der primært bør tages. Det fremstår derfor nødvendigt, at Lundbeck forholder sig til, hvilke interesser og ressourcer Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter hver især besidder. Komplexiteten stakeholdernes differentierede rationaler bevirker, anskueliggøres med beskrivelsen af Lundbeck som værende en polyfon organisation, hvormed kommunikationen ikke alene kan rettes én stakeholder, men i forskellige former kommunikeres sådan, at stakeholderne hver især kan forholde sig til den.

Med ovenstående analyser på plads, forekommer det videre interessant at iagttage, hvorledes Lundbeck har mulighed for at påvirke policyprocessen. Ved brug af Obermanns (2008) magtressourcebegreber kan foranstående illustreres gennem en analyse af de magtressourcer, Lundbeck besidder.

De latente ressourcer må i Lundbecks tilfælde anskueliggøres som tolkningen af de issues, der er opstået. Med reference til udfordringen kan det iagttages, at der i offentligheden tegner sig et billede af en efterspørgsel på øget patientinddragelse, der ligeledes understreges af Hjortlund: *”Rigtigt mange har en holdning til Lundbeck og industriens handlinger. Bare det at diskussionen om en medicin skal have tilskud eller ej nu er offentlig, viser hvor stor udviklingen er. Det var ikke sket før i tiden. Der er mange flere meninger”* (Bilag 1:34.20). Der er således et momentum i offentligheden, som kan have en strategisk værdi for Lundbeck, såfremt virksomheden formår at påvirke lovgivningen i en hensigtsmæssig retning.

Med udgangspunkt i de operationelle ressourcer er det endvidere muligt at iagttage Lundbecks adgang til den politiske proces, baseret på deres omdømme i offentligheden og det politiske miljø. I interviewet fremhæver Hjortlund, at Lundbeck *”[...] har meget god adgang til myndighederne i en lang række lande [...] jeg oplever der er åbne døre, og at man modtager hinandens input”* (Bilag 1:40.06). Det står til gengæld i direkte kontrast til Lundbecks egen opfattelse af offentlighedens syn, idet virksomheden oplever, at der hersker *”[...] en meget høj grad af stigma på stort set alle de sygdomme vi arbejder med. Bare det Lundbeck laver - vores medicin er jo blevet kaldt lykkepiller [...]”* (ibid.). De to citater illustrerer udfordringen Lundbeck står overfor i forhold til deres omdømme, da de færreste politikere ønsker at blive associeret med negativt ladede sager, men samtidigt at virksomhedens offentlige omdømme ikke øger indflydelse på den politiske adgang, idet Hjortlund oplever, at Lundbeck har god adgang til myndighederne.

Idet Lundbeck som forskende virksomhed besidder hele værdikæden, har virksomheden adgang til store mængder data omkring deres medicin (Bilag 1:32.44), og derigennem rig mulighed for at stille sig stærkt i argumentationsprocessen overfor politikerne. Ligeledes har Lundbecks danske public affairs afdeling adgang til viden og eksperter i et internationalt format, da der deles kontorer med Lundbecks internationale afdeling (ibid.). Lundbeck er endvidere medlem af LIF (Web 26), hvor de på baggrund af deres betydelige position i den danske medicinalindustri, må forventes at besidde en

høj grad af indflydelse på beslutningerne foretaget i brancheorganisationen. Ressourcerne Lundbeck selv har kontrol over, de katalytiske, kan således anvendes til at aktivere de latente og operationelle ressourcer på en sådan måde, at de tilsammen underbygger virksomhedens offentlige legitimitet og adgang til beslutningstagere, og derfor kan opsummeres som virksomhedens politiske kapital. Således bliver det endvidere muligt konkret at vurdere de forskellige typer af politisk adgang, Lundbeck kan opnå samt effektiviteten heraf.

Der er særligt to adgangstyper som viser sig at være dominerende for Lundbecks tilstedeværelse i policyprocessen. Først og fremmest er der den formelle adgang, som Lundbeck enten opnår ved sin egen eller gennem LIFs tilstedeværelse i offentlige høringsrunder (Web 27). Dernæst er der den repræsentative adgang, som oftest anses at være den mest legitime og effektive, da den er baseret på et reelt interessesammenfald. Hertil understreger Hjortlund effektiviteten af, at hvis Lundbeck har mulighed for at hjælpe en politiker med at indfri sine valgløfter, så kan politikerens oftest se fordelene i samarbejdet, lige så vel som Lundbeck kan se potentialet heri (Bilag 1:41.13).

## **Målsætning for public affairs-strategien**

De forudgående analyser skal selvsagt tjene et formål, hvorfor det er essentielt at have et mål for public affairs indsatsen. I enhver public affairs indsats søges der en adfærdsændring, da formålet er at påvirke politikere og myndighedernes adfærd i forhold til lovgivningen og dens udmøntning (Schultz-Jørgensen 2014: 236).

Grundlæggende set gælder det for Lundbeck om at blive i stand til at imødekomme det ønske, offentligheden har omkring øget patientinddragelse. En konkret målsætning herfor kan være lempelsen af den nuværende lovgivning, som forbyder al kontakt mellem Lundbeck og patienterne. For at forberede chancerne for målsætningens realisering, er det ifølge Schultz-Jørgensen afgørende at den frames korrekt (ibid.: 237). Eftersom formålet er at sikre indflydelse på hvordan, emnet skal diskuteres, er det fordelagtigt for Lundbeck at benytte sig af co-orientering, og dermed tage udgangspunkt i kongruensen mellem virksomheden og stakeholderne. Hermed trækkes der på de tidligere fastlagte rationaler, i forsøget på at frame målsætningen så hensigtsmæssigt som muligt. Med korrekt framing bliver det muligt for de enkelte organisationer og stakeholdere at læse det ind i kommunikationen, de anser mest fordelagtigt for dem selv. Hermed forekommer det hensigtsmæssigt at frame målsætningen om øget patientinddragelse som et ønske om at sikre bedre

behandling af patienterne, på baggrund af et mere oplyst grundlag. Ved at øge patientinddragelsen bliver der skabt værdifuldt input, Lundbeck kan anvende i udviklingen af bedre og mere målrettet medicin (Høringssvar). Bedre og mere målrettet medicin sikrer det offentlige besparelser, idet der således ikke spildes penge på medicin til patienter, der ikke responderer på behandlingen (Personalized Medicine). Ni ud af ti læger er endvidere positivt stemte overfor øget patientinddragelse, da de føler, at det bidrager til kvaliteten af den behandling, de yder (Web 15).

I forsøget på at minimere afstanden mellem offentlighedens forventninger til Lundbeck og virksomhedens faktiske aktiviteter, vil det yderligere være hensigtsmæssigt for Lundbeck at anvende buffering. Foranstående da Lundbeck ved at anvende bridging ville tilpasse virksomhedens aktivitet til den gældende lovgivning, og dermed håndtere udfordringen i uoverensstemmelse med det stigende krav, der i offentligheden hersker omkring øget patientinddragelse.

Set i lyset af, at forventningerne kommer fra offentligheden og ikke politisk hold, gælder det for Lundbeck om at påvirke lovgivningen i en retning, der tillader virksomheden aktivt at øge patientinddragelsen. I forbindelse med buffering indsatsen forekommer det således interessant at betragte, hvorvidt det er Lundbeck eller LIF der bør træde frem. Hvor teorien foreskriver at virksomheder generelt bør lade brancheorganisationer stå frem, for ikke selv at blive synonym med det kritiske issue (Schultz-Jørgensen 2014:230), vælger Lundbeck alene at benytte sig af LIF, *"I sager hvor [de] mener, at det kan have større effekt, at industrien gør noget sammen. Typisk vil det være overordnede emner"* (Bilag 1:28.19). Den afvejning der foretages, skal i høj grad tage højde for, om Lundbeck giver afkald på en konkurrencefordel, ved at lade LIF føre sagen og dermed inddrage resten af industrien. Som argument for at lade LIF føre sagen, på trods af at det gavner branchen på tværs, står Lundbecks dominerende markedsposition på det danske marked for psykofarmaka (Lundbeck Årsrapport 2014), hvorfor de samlet set vil profitere på sådan et forslag.

Med ovenstående er den gældende lovgivning blevet belyst som den udfordring Lundbeck står overfor, i forbindelse med at imødekomme offentlighedens ønske om øget patientinddragelse, idet den direkte fratager Lundbeck muligheden for at være i dialog med patienterne. Endvidere, at Lundbeck ved at frame målsætningen om øget patientinddragelse som et ønske om at sikre bedre behandling af patienterne, på baggrund af et mere oplyst grundlag, i højere grad gør det muligt for de enkelte organisationer og stakeholdere at læse det ind i sætningen, der forekommer fordelagtigt for dem selv. Ved at anvende buffering som strategisk public affairs tilgang, kan Lundbeck således

forsøge at påvirke lovgivningen i en retning, der tillader virksomheden aktivt at øge patientinddragelsen.

## **Konklusion**

I indeværende projekt er relationerne mellem Lundbeck, Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter belyst gennem Fligstein (2002) og Fligstein & McAdams (2011) institutionelle markeds- og feltperspektiv, Luhmanns (1984-1997) systemteori, Andersens (2002) diagnose om polyfone organisationer og Schultz-Jørgensens (2014) public affairs-perspektiv, med henblik på at anskueliggøre Lundbecks muligheder for strategisk at imødekomme samfundets stigende refleksivitet.

Med udgangspunkt i Fligstein (2002) og Fligstein & McAdams (2011) institutionelle markeds- og feltperspektiv, er interaktionen mellem Lundbeck og virksomhedens primære stakeholdere placeret i et feltperspektiv, hvor magtforholdene imellem dem er blotlagt, og de institutionelle dynamikker og logikker, der ligger til grund for deres ageren, klargjort. Gennem brug af Fligsteins (2002) fire generelle regler for social strukturering konkluderes det, at det psykofarmakologiske felt er underlagt en længere række formelle institutioner vedrørende blandt andet salg og køb af produkter, patentejerskab, produktion og interaktion aktørerne imellem, alle reguleret af staten. De mange statsligt regulerede institutioner, og den store begrænsning på feltets aktørers ageren, som disse medfører, leder til en konklusion om, at magten i feltet er centreret hos staten, da feltets øvrige aktører endvidere ikke besidder nogen autoritativ magt over for hverandre. På trods af denne autoritative magtfordeling konkluderes en stigende italesættelsesmagt hos Danske Patienter, og endvidere at der mellem de ikke-statslige aktører foreligger et politisk samarbejde, rettet mod at yde indflydelse på Sundhedsstyrelsens reguleringer. Det konkluderes således, at der blandt de ikke-statslige aktører i det psykofarmakologiske felt forekommer et fladt magthierarki, med Sundhedsstyrelsen som den eneste indehaver af autoritativ magt, og at feltets ikke-statslige aktører gennem politisk orienteret samarbejde søger at yde indflydelse på Sundhedsstyrelsen.

Ud fra Luhmanns (1984-1997) systemteoretiske begrebsapparat er Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienters divergerende rationaler blevet fremanalyseret og forklaret ved deres funktionssystemers funktionelle differentiering. Sundhedsstyrelsen konkluderes her at

agere i et sundhedssystem, være organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie sundhed, at tage stilling til omverdenen gennem den binære kode sundhedsfremmende / sundhedshæmmende og at rationalisere differentieringen gennem programmet viden og teori om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdom. IRF konkluderes herimod at agere i et økonomisk funktionssystem, være organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie penge, at forholde sig til omverdenen gennem den binære kode betale / ikke betale og at regulere forskellen gennem programmet pris. Lægeforeningen konkluderes at agere i et sygdomsbehandlingssystem og at være organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie sygdom. Endvidere at iagttage omverdenen gennem den binære kode syg / rask og at give mening til differencen gennem programmet diagnoser og behandlingsformer. Endeligt konkluderes det, at Danske Patienter agerer i et patientsystem og er organiseret omkring det symbolsk generaliserede medie behandlingskvalitet, betragter omverdenen gennem den binære kode god behandling / dårlig behandling og vurdere forskellen gennem programmet oplevet livskvalitet efter behandling. På baggrund af funktionssystemernes differentierede medier, koder og programmer konkluderes det, at Lundbecks kommunikation iagttages og fortolkes forskelligt af de enkelte stakeholdere i det psykofarmakologiske felts.

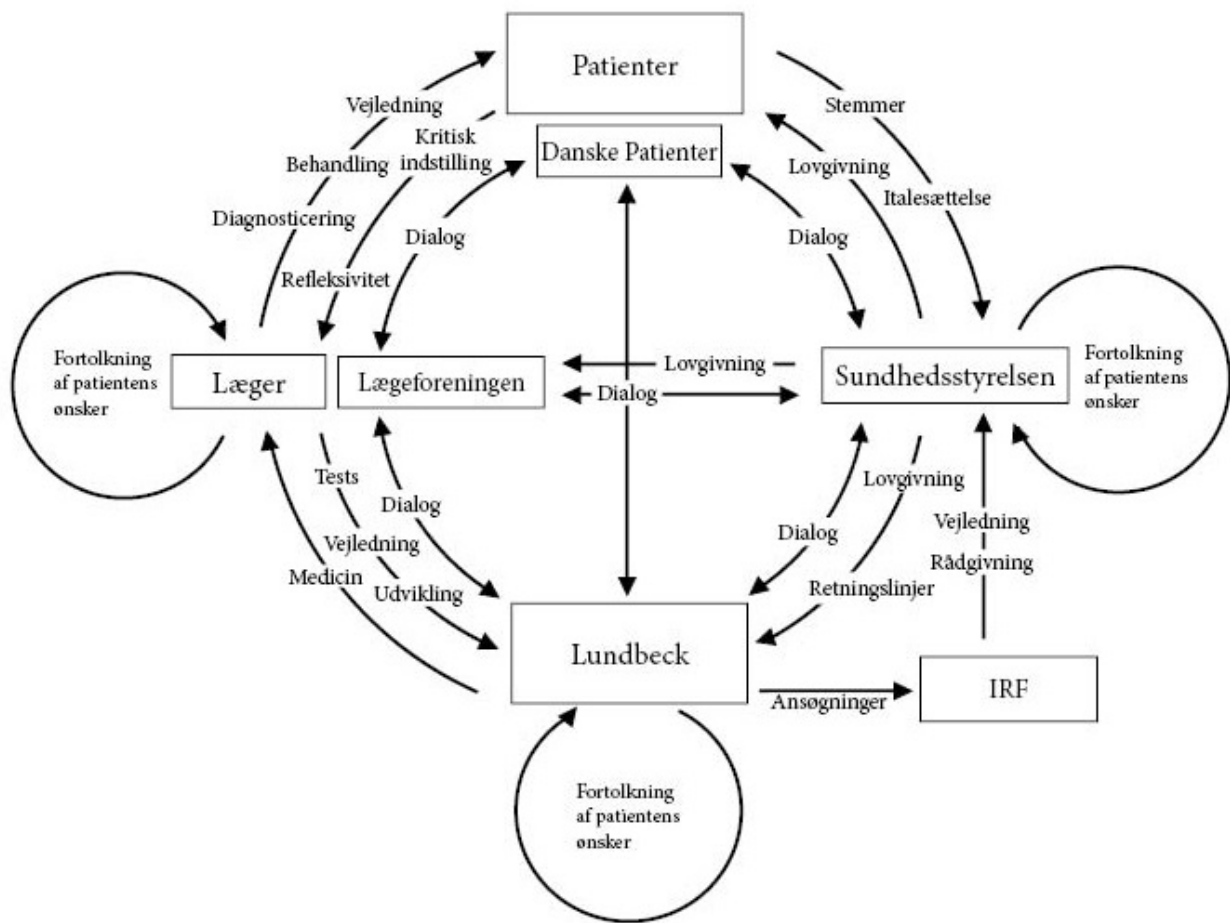
Ved at drage på konklusionerne fra den systemteoretiske analyse og med udgangspunkt i Andersens (2002) diagnose om polyfone organisationer analyserer Lundbecks situation, ekspliciteres det hvorledes Lundbeck konstitueres som en polyfon organisation. Heraf kan det konkluderes, at Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter som funktionelt differentierede funktionssystemer stiller divergerende medier til rådighed for Lundbecks kommunikation i det psykofarmakologiske felt og i kommunikationen med og om sig selv. Endvidere, at funktionssystemernes differentiering gør det umuligt for Lundbeck at træffe valg om primær kodificering, og at virksomheden således kontinuerligt må håndtere multipel binær kodificering i sin kommunikation. På den baggrund konkluderes det, at Lundbeck former de enkelte stakeholders symbolsk generaliserede medier, hvormed der ved et skift i mediet Lundbeck knytter an til i kommunikationen, ikke blot sker et kodemæssigt skift men endvidere i, hvordan virksomheden i den pågældende situation iagttager omverdenen og egne beslutninger.

På baggrund af de tidligere afsnits analyser anvendes Schultz-Jørgensens (2014) tilgang til public affairs til at belyse den udfordring, Lundbeck står overfor i forbindelse med samfundets øgede refleksivitet, hvilke issues denne kan bringe med sig og hvordan Lundbeck kan håndtere disse. Det

konkluderes, at eventuelle udfordringer vil opstå på baggrund af en forventningskløft mellem stakeholdernes forventninger og Lundbecks faktiske aktiviteter. Dette fremstår som en udfordring for virksomheden, da refleksiviteten i samfundet medfører, at denne forventningskløft i høj grad må tilskrives patienterne, hvilke Lundbeck ikke har tilladelse til at kontakte, hvorfor lukning af denne forventningskløft forekommer vanskelig. Samfundets ønske om patientinddragelse ses her som en latent ressource, virksomheden kan anvende ved at knytte an til den samfundsmæssige strømning, hvorfor der endvidere konkluderes at forelægge en betydelig operationel ressource i form af Lundbecks adgang til, og dialog med, de politiske beslutningstagere. Som følge af foranstående, vil målet med public affairs-indsatsen være at bløde op for lovgivningen omkring medicinalvirksomheders patientkontakt, og derigennem muliggøre en øget patientinddragelse i Lundbecks arbejde. For at opnå dette anbefales en co-orienting tilgang og at virksomheden i sin kommunikation således tager udgangspunkt i kongruensen mellem Lundbeck og stakeholdernes ønske om patientinddragelse, ved at trække på stakeholdernes i systemanalysen blotlagte rationaler og derved fokusere på korrekt framing. Lundbeck bør her vurdere eventuelle issues på baggrund af en afvejning mellem et issues potentielle positive og negative effekt samt hvorvidt virksomheden selv ønsker at stå frem og tage stilling til det respektive issue eller anvende en buffering-strategi og således lade det respektive issue blive håndteret gennem LIF.

Gennem nøje observation og analyse af det psykofarmakologiske felt står det klart, at den i problemfeltet præsenterede cirkulære proces i mindre grad fremstår cirkulær men nærmere som et virvar af interaktion på kryds og tværs af feltets aktører. Om end denne illustration fremstår langt mere retvisende end den indledningsvist præsenterede, findes den ingenlunde udtømmende for kompleksiteten af den interaktion, der forekommer mellem feltets aktører. Overgangen fra Model 1 til Model 3 afspejler således den gennem projektet erhvervede viden om forholdene i det psykofarmakologiske felt. En tilvirkning af den indledningsvist illustrerede proces vil på baggrund af den gennem projektet rekvirerede viden kunne udformes som følger:





Model 3: Aktørforhold i det psykofarmakologiske felt

# Litteraturliste

## Trykte kilder – Teori

Andersen, H.; Bruun, H. H. og Kaspersen, L. B. (2003): *Max Weber - Udvalgte tekster*. Bind 1-2. København: Gyldendal

Andersen, N. Å. (2002): *Polyfone Organisationer*. Norge: Nordiske Organisasjonsstudier.

Arthur, B. (1988): *Self-Reinforcing Mechanisms in Economics*. Redwood City, California: Addison-Wesley

Arthur, B. (1989): Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-ins by Historical Events. *Economic Journal* 99:116-31

Beck, U. (2001): *Risikosamfundet - på vej mod en ny modernitet*. København: Hans Reitzels Forlag, 3. oplag 2001

Borch, C. (2011): *Niklas Luhmann*, Routledge.

Bourdieu, P. & Wacquant L. (1992): *Invitation to a Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press

Chase, W. H. (1977): *Public Issues Management - The New Science*. *Public Relations Journal* 33, nr. 10, s. 25-26

Duggan, M. & Fox, S. (2013): *Health Online 2013*. Pew Research Center

Esbensen, Mads Christian (2007): *Public Affairs - Lobbyisme i praksis*. Informations Forlag.

Fligstein, Neil. (2002): *The Architecture of Markets - An Economic Sociology of Twenty-First Century Capitalist Societies*. Princeton: Princeton University Press

Fligstein, N. & McAdam, D. (2011): *Toward a General Theory of Social Action Fields*. Berkley: University of California Press

Grunig, James E. og Hunt, Todd (1984): *Managing Public Relations*, Holt, Rinehart & Winston

Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2013): *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg:

Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur, 1. udgave 1999

Kraft, M. E. & Furlong, Scott R. (2010): *Public Polocy - Politics, Analysis and Alternatives*. CQ Press, 3. oplag 2010

Luhmann (1981): *Gesellschaftsstruktur und Semantik - Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft II*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Luhmann (1984): *Soziale Systeme - Grundriß einer allgemeinen Theorie* suhrkamp taschenbuch Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 4. oplag 1991

Luhmann (1988): *Die Wirtschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Luhmann (1993): *Risk - A Sociological Theory*. Transskriberet af Rhodes Barret. Berlin & New York: Walter de Gruyter

Luhmann (1995): *Social Systems*. Transkriberet af Jr. John Bednarz & Dirk Baecker. Stanford, California: Stanford University Press

Luhmann (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Meyer, J. W. (2007): *Reflections on Institutional Theories of Organizations*. London: Sage Publications Ltd.

Meznar, Martin B. (2006): "No news is good news? Press coverage and corporate public affairs management", *Journal of Public Affairs*

Obermann, William D. (2008): "A conceptual look at the strategic dynamics of public affairs", *Journal of Public Affairs* 8

Qvortrup, L. (1998): *Det hyperkomplekse samfund. 14 fortællinger om informationssamfundet*. København: Forlaget Gyldendahl.

Schultz-Jørgensen, K. (2014): *Virksomhedens omdømme – med PR specialisten på arbejde*. København: Forlaget Gyldendal A/S – Gyldendal Business, 1. udgave, 1. oplag.

Windahl et. al. (2009): *Systems Theory Perspectives. Using Communication Theory – an introduction to planned communication*. London: Sage

## **Elektroniske kilder – Empiri**

Web 1: Kritiske patienter sætter ny dagsorden (05.03.2015, 22:13). *Berlingske Nationalt*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 10:10 fra: <http://www.b.dk/nationalt/kritiske-patienter-saetter-ny-dagsorden>

Web 2: Medicinalindustrien midt i et vadedsted (01.02.2012): *Lægemagasinet - Magasin for praktiserende læger og speciallæger*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 10:25 fra: <http://www.e-pages.dk/scanpub/308/>

Web 3: Medicin & medicinsk udstyr - Tilskud til medicin - Tilskudsgrænser – Medicintilskudsgrænser (26.01.2015). *Sundhedsstyrelsen*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 10:33 fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/medicin/tilskud/tilskudsgraenser.aspx>

Web 4: Om Lundbeck - Kort om Lundbeck. *Lundbeck*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 10:45 fra: <https://www.lundbeck.com/dk/om-lundbeck/kort-om-lundbeck>

Web 5: Om Danske Patienter. *Danske Patienter*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 09:59 fra: <http://www.danskepatienter.dk/om-danske-patienter>

Web 6: Om Danske Patienter - Vedtægter for Danske Patienter. *Danske Patienter*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 10:53 fra: <http://www.danskepatienter.dk/vedt-gter-danske-patienter>

Web 7: Politik - Nyheder - Fire anbefalinger til styrket patientinddragelse (29.10.2014). *Danske Patienter*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 11:03 fra: <http://www.danskepatienter.dk/nyheder/fire-anbefalinger-styrket-patientinddragelse>

Web 8: Lundbeck leverer gift til USAs dødssprøjter (14.03.2011). *Berlingske Business*. Rekvireret 11.05.2015, kl. 21:16, fra: <http://www.business.dk/medico/lundbeck-leverer-gift-til-usa-s-doeedssproejter>

Web 9: Det mener Apotekerforeningen om prissystemet for lægemidler. *Apotekerforeningen*. Rekvireret 11.05.2015, kl. 15:14, fra: [http://www.apotekerforeningen.dk/politik-og-holdninger/~media/Apotekerforeningen/politikpapirer/prissystemet\\_laegemidler\\_politikpapir.ashx](http://www.apotekerforeningen.dk/politik-og-holdninger/~media/Apotekerforeningen/politikpapirer/prissystemet_laegemidler_politikpapir.ashx)

Web 10: Sektor undersøgelse i medicinalindustrien. *Europa Kommissionen - GD Konkurrence*. Rekvireret 12.05.2015, kl. 13:11, fra: [http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec\\_summary\\_da.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec_summary_da.pdf)

Web 11: Det halter med at inddrage patienterne. *Danske Patienter*. Rekvireret 13.05.2015, kl. 10:11 fra: <http://danskepatienter.dk/nyheder/det-halter-inddrage-patienterne>

Web 12: Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. *Sundhedsstyrelsen*. Rekvireret 12.05.2015, kl. 16:23 fra: [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/MTV/patientinddragelse/Patientinddragelse\\_samf\\_net\\_final.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/MTV/patientinddragelse/Patientinddragelse_samf_net_final.pdf)

Web 13: Om Lægeforeningen - Samarbejde - Patientsamarbejde. *Lægeforeningen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 10:12 fra: <http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/Laegerdk/Om%C3%A6geforeningen/Samarbejde/PATIENTSAMARBEJDE>

Web 14: Rådgivning og regler - Love og regler - Patienters retsstilling. *Lægeforeningen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 10:22 fra: [http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/RET\\_OG\\_ETIK/PATIENTERS\\_RETSTILLING/Selvbestemmelse\\_information\\_og\\_samtykke/PATIENTENS\\_SELVBESTEMMELSESRET](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/RET_OG_ETIK/PATIENTERS_RETSTILLING/Selvbestemmelse_information_og_samtykke/PATIENTENS_SELVBESTEMMELSESRET)

Web 15: Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse. *Lægeforeningen*. Rekvireret 14.05.2015, kl. 13:50 fra:

[http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F9881/Sp%C3%B8rgeskemaunders%C3%B8gelse\\_Forst%C3%A5else%20af%20BI\\_Samlet.pdf](http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F9881/Sp%C3%B8rgeskemaunders%C3%B8gelse_Forst%C3%A5else%20af%20BI_Samlet.pdf)

Web 16: Om Lægeforeningen - Organisation - Årsmøder - Lægemøde 2012: Strammere styring af samarbejdet med industrien. *Lægeforeningen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 10:26 fra:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/ORGANISATION/%C3%85rsm%C3%B8der/L%C3%A6gem%C3%B8de%202012/L%C3%A6geforeningens%20%C3%A5rsberetning%202012/Strammere%20styring%20af%20samarbejdet%20med%20industrien>

Web 17: Mission, vision og værdier. *Sundhedsstyrelsen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 15:50 fra: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os/mission,-vision-og-vaerdier>

Web 18: Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. *Regeringen*. Rekvireret 12.05.2015, kl. 19:50 fra:

[http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~/\\_media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri\\_handlingsplan-netudgave.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri_handlingsplan-netudgave.ashx)

Web 19: Om Lægeforeningen - Organisation - Lægeforeningen. *Lægeforeningen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 10:39 fra:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/ORGANISATION>

Web 20: Om Lægeforeningen - Lægeforeningen mener - Et stort skridt nærmere ligestilling af psykiatriske patienter (26.05.2014). *Lægeforeningen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 10:51 fra:

[http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6geforeningen%20mener/LEDERE\\_ARKIV?public\\_visningsType=5&public\\_modtager=0&public\\_forrigeVisningsType=4&public\\_nyhedsId=94437&public\\_afsender\\_gruppe=5](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6geforeningen%20mener/LEDERE_ARKIV?public_visningsType=5&public_modtager=0&public_forrigeVisningsType=4&public_nyhedsId=94437&public_afsender_gruppe=5)

Web 21: Om Lægeforeningen - Lægeforeningen mener - På vej til et nyt vendepunkt for psykiatrien? (28.05.2014). *Lægeforeningen*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 11:01 fra:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L>

%C3%A6geforeningen%20mener/LEDERE\_ARKIV?public\_visningsType=5&public\_modtager=0  
&public\_forrigeVisningsType=4&public\_nyhedsId=94321&public\_afsender\_gruppe=5

Web 22: Om os (15.01.2015). *Sundhedsstyrelsen*. Rekvireret 02.05.2015, kl. 11:12 fra:  
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os>

web 23: Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. *Sundhedsstyrelsen*.  
(15.07.2009). Rekvireret 15.05.2015, kl. 07:53 fra:  
[http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-  
autorisation/~media/382CEB138F8A4699892EA79BA5AE4432.ashx](http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-<br/>autorisation/~media/382CEB138F8A4699892EA79BA5AE4432.ashx)

[http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-  
autorisation/~media/382CEB138F8A4699892EA79BA5AE4432.ashx](http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-<br/>autorisation/~media/382CEB138F8A4699892EA79BA5AE4432.ashx)

Web 24: Om Lundbeck - Progress in Mind. *Lundbeck*. Rekvireret 15.05.2015, kl. 13:26 fra:  
<http://www.lundbeck.com/dk/om-lundbeck/progress-in-mind>

web 25: H. Lundbeck A/S: Mental Health in Europe (2014) - *Improved treatment and a better life  
for people living with brain disease*. Rekvireret 16.05.2015, kl. 10:22 fra:  
[http://www.lundbeck.com/upload/global/about-us/progress-in-mind/Mental\\_Health\\_in\\_Europe.pdf](http://www.lundbeck.com/upload/global/about-us/progress-in-mind/Mental_Health_in_Europe.pdf)

Web 26: Om LIF - Medlemmer. *Lægemiddelindustriforeningen*. Rekvireret 19.05.2015, kl. 17:57  
fra: [http://www.lif.dk/OmLif/medlemmer/Sider/default.aspx#.VVsn\\_GD5Gc4](http://www.lif.dk/OmLif/medlemmer/Sider/default.aspx#.VVsn_GD5Gc4)

Web 27: Om LIF - Vision og mission. *Lægemiddelindustriforeningen*. Rekvireret 19.05.2015, kl.  
18:07 fra <http://www.lif.dk/OmLif/vision/Sider/default.aspx#.VVsp12D5Gc4>

## **Trykte kilder – Empiri**

Sundhedsstyrelsen: Borgernes sundhedsvæsen 2012. Rekvireret 02.05.2015, kl. 11:21 fra:  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/60557F5BBD6B4A18853655EFD4DF363D.ashx>

Europa Kommissionen: Sektorundersøgelse i medicinalindustrien 28.11.2008. Rekvireret 10.05.2015, kl. 09:37 fra:

[http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec\\_summary\\_da.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec_summary_da.pdf)

Sundhedsstyrelsen: Medicinsk Teknologivurdering, puljeprojekter 2008 - *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed*. Rekvireret 10.05.2015, kl. 09:52 fra:

[http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/MTV/patientinddragelse/Patientinddragelse\\_samf\\_net\\_final.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/MTV/patientinddragelse/Patientinddragelse_samf_net_final.pdf)

Regeringen: Ligeværd - *Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - En langsigtet plan* (2014). Rekvireret 10.05.2015, kl. 10:33 fra:

[http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri\\_handlingsplan-netudgave.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri_handlingsplan-netudgave.ashx)

Sundhedsstyrelsen: Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. (15.07.2009). Rekvireret 15.05.2015, kl. 07:53 fra:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse-autorisation/~media/382CEB138F8A4699892EA79BA5AE4432.ashx>

Danske Patienter: Sundhedspolitik 2012 - *Patienternes perspektiv*. Rekvireret 15.05.2015, kl. 13:15 fra:

[http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Danske%20Patienter\\_Sundhedspolitik\\_2012-2015.pdf](http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Danske%20Patienter_Sundhedspolitik_2012-2015.pdf)

H. Lundbeck A/S: Mental Health in Europe (2014) - *Improved treatment and a better life for people living with brain disease*. Rekvireret 16.05.2015, kl. 10:22 fra:

[http://www.lundbeck.com/upload/global/about-us/progress-in-mind/Mental\\_Health\\_in\\_Europe.pdf](http://www.lundbeck.com/upload/global/about-us/progress-in-mind/Mental_Health_in_Europe.pdf)

Sundhedsstyrelsen (Høringssvar): Svar på Lægemiddelstyrelsens høring over Medicintilskudsnavnets indstilling om tilskudsstatus for lægemidler til behandling af depression og angst (19.09.2011). Rekvireret 19.05.2015, kl. 21:16 fra:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/F69AAF32857E4A419D960EEDD9DD1B83.ashx>



Sundhedsstyrelsen: Årsrapport 2014. Rekvireret 10.05.2015, kl. 18:01 fra:  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/aarsrapport-2014-sundhedsstyrelsen>

Retsinformation: Bekendtgørelse af Sundhedsloven. Rekvireret 15.05.2015, kl. 12:50 fra:  
<https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=114054>

Institut for Rationel farmakoterapi: Handlingsplan 2014. Rekvireret 15.05.2015, kl. 16:57 fra:  
[http://www.irf.dk/download/handlingsplan\\_2014.pdf](http://www.irf.dk/download/handlingsplan_2014.pdf)

Institut for Rationel Farmakoterapi: Årsrapport 2014. Rekvireret 10.05.2015, kl. 17.24 fra:  
[http://www.irf.dk/download/aarsrapport\\_2014.pdf](http://www.irf.dk/download/aarsrapport_2014.pdf)

Lægeforeningen: Årsberetning 2014. Rekvireret 16.05.2015, kl. 12:22 fra:  
[http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob\\_page.show?\\_docname=10691198.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10691198.PDF)

Retsinformation: Lægemiddelloven (2014). Rekvireret 19.05.2015 kl. 21.54 fra:  
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=146586>

Retsinformation: Receptbekendtgørelsen (2014). Rekvireret 18.05.2015, kl. 13:37 fra:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=160842>

Lundbeck: Annual report 2014 for H. Lundbeck A/S (2014). Rekvireret 12.05.2015 kl. 16.20 fra:  
<http://investor.lundbeck.com/releasedetail.cfm?ReleaseID=894853>

Retsinformation: Apotekerloven (2014). Rekvireret 16.05.2015 kl. 11.33 fra:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=164756>

Kulkarni, S. & Ma, P. (2013): *Personalized Medicine - The patch forward*. McKinsey 2013.  
Rekvireret 20.05.2015 kl. 09.53 fra:  
[http://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client\\_service/pharma%20and%20medical%20products/pmp%20new/pdfs/mckinsey%20on%20personalized%20medicine%20march%202013.ashx](http://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client_service/pharma%20and%20medical%20products/pmp%20new/pdfs/mckinsey%20on%20personalized%20medicine%20march%202013.ashx)

## Bilag

### Bilag 1 - Interview med Tina Hjortlund

Link til interview: [https://soundcloud.com/christoffer\\_w/lundbeck-interview](https://soundcloud.com/christoffer_w/lundbeck-interview)

### Bilag 2 – Grunig & Hunts fire public affairs modeller

Schultz-Jørgensen, K. (2014): *Virksomhedens omdømme – med PR specialisten på arbejde* (s.42).

København: Forlaget Gyldendal A/S – Gyldendal Business, 1. udgave, 1. oplag.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Karakteristika	Publicity	Information	Feedback	Dialog
Formål	Propaganda	Udbredelse af information	Viden-skabelig overtalelse	Gensidig forståelse
Kommunikations-måde	Envejs, hele sandheden er ikke afgørende	Envejs, sandheden er vigtig	Tovejs, uafbalanceret effekt	Tovejs, afbalanceret effekt
Kommunikations-model	Afsender – modtager	Afsender – modtager	Afsender – modtager – feedback	Gruppe – gruppe

## Bilag 3 – Ingen lov

Folketinget - Søg

17/05/15 15.09

FOLKETINGET



>>Luk dette vindue

Folketinget, Christiansborg  
1240 København K.  
Tlf.: +45 3337 5500  
Mail: folketinget@ft.dk

## Søg i Dokumenter

### Resultat af din søgning i Dokumenter

#### Forslag til folketingsbeslutning om at sikre fortrolighed mellem patient og læge.

B 149 Forslag til folketingsbeslutning om at sikre fortrolighed mellem **patient** og læge. Af Lars Barfoed (KF) , Mai Mercado (KF) , Liselott Blixt (DF) , Alex Ahrendtsen (DF) , Mette Bock (LA) , Simon...

2014-15

KUU, B 149

27. marts 2015

Af Lars Barfoed (KF), Mai Mercado (KF), Liselott Blixt (DF), Alex Ahrendtsen (DF), Mette Bock (LA), Simon Emil Ammitzbøll (LA), Michael Aastrup Jensen (V), Ellen Trane Nørby (V).

#### Forslag til folketingsbeslutning om vederlagsfri behandling samt befordring og befordringsgodtgørelse efter reglerne om sygehustransport af alle henviste patienter til Øfeldt Centrene, der p.t. er hjemlet i sundhedslovens §§ 71-72.

...handicap, og sikres befordring og befordringsgodtgørelse efter reglerne om sygehustransport, i forbindelse med deres lægehenviste behandling på Centrene, på lige fod med **patienterne** i § 79, stk. 3.

2014-15

SUU, B 127

27. marts 2015

Af Özlem Sara Cekic (SF), Jonas Dahl (SF).

#### Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. (Fastlæggelse af mindreårige psykiatriske patienters retsstilling, indførelse af ny formålsbestemmelse, skærpede kriterier for tvangsfiksering, ændring af kriterierne for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.).

...af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. (Fastlæggelse af mindreårige psykiatriske **patienters** retsstilling, indførelse af ny formålsbestemmelse, skærpede kriterier for tvangsfiksering, ændring af...

2014-15

SUU, L 137

5. februar 2015

Af Nick Hækkerup (S). Af ministeren for sundhed og forebyggelse (Nick Hækkerup (S)).

#### Forslag til folketingsbeslutning om fjernelse af transseksualisme fra sygdomslist. patientrettigheder og patientsikkerhed

2014-15

SUU, B 69

5. februar 2015  
Af Uffe Elbæk (UFG).

**GRØNBOG om mobilsundhedsydelse ('m-sundhed') (SWD(2014) 135 final)**

sundhedspolitik og sundhedsøkonomi, **patientrettigheder** og **patientsikkerhed**, lægemidler og apoteker, dokumenter, sundhed

2014-15  
EUU, KOM 2014 0219

**GRØNBOG om mobilsundhedsydelse ('m-sundhed') (SWD(2014) 135 final)**

lægemidler og apoteker, **patientrettigheder** og **patientsikkerhed**, sundhedspolitik og sundhedsøkonomi, dokumenter, sundhed

2014-15  
EUU, KOM 2014 0219  
10. april 2014

**RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET** Kommissionens anden rapport til Rådet vedrørende gennemførelsen af Rådets henstilling 2009/C 151/01 om **patientsikkerhed**, herunder forebyggelse og bekæmpelse af infektioner erhvervet i sundhedsvæsenet

...Kommissionens anden rapport til Rådet vedrørende gennemførelsen af Rådets henstilling 2009/C 151/01 om **patientsikkerhed**, herunder forebyggelse og bekæmpelse af infektioner erhvervet i sundhedsvæsenet

2014-15  
EUU, KOM 2014 0371  
19. juni 2014

**RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET** i overensstemmelse med de forpligtelser, der er fastsat i artikel 20, stk. 3, i Europa- Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om **patientrettigheder** i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse (EØS-relevant tekst)

...er fastsat i artikel 20, stk. 3, i Europa- Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om **patientrettigheder** i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse (EØS-relevant tekst)

2014-15  
EUU, KOM 2014 0044  
3. februar 2014

**RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET** Kommissionens anden rapport til Rådet vedrørende gennemførelsen af Rådets henstilling 2009/C 151/01 om **patientsikkerhed**, herunder forebyggelse og bekæmpelse af infektioner erhvervet i sundhedsvæsenet

2014-15  
EUU, KOM 2014 0371

**RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET** i overensstemmelse med de forpligtelser, der er fastsat i artikel 20, stk. 3, i Europa- Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om **patientrettigheder** i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse (EØS-relevant tekst)

2014-15  
EUU, KOM 2014 0044

## **Bilag 4 – Ledelsesrapport**

I takt med den teknologiske udvikling er forbrugerne generelt blevet mere refleksive og stiller i kraft heraf større krav til virksomhederne i Danmark såvel som resten af verden. Formålet med indeværende projekt er derfor at belyse det danske samfunds stigende refleksivitet og hvorledes denne har manifesteret sig hos danskerne, for at blotlægge hvordan Lundbeck kan forholde sig hertil.

Det er blevet gjort ved først at analysere hvilke magtforhold, der hersker på det danske marked for psykofarmaka, for hermed at få forståelse for, hvem der kan øge indflydelse på Lundbeck, og hvem der generelt er styrende for offentligheden. Magtforholdene mellem Sundhedsstyrelsen, IRF, Lægeforeningen og Danske Patienter er her fremanalyseret, da disse anses at være de mest afgørende stakeholdere for Lundbecks virke. Idet markedet for receptpligtig medicin i høj grad er statsligt reguleret, fremstår samarbejdet mellem de ikke-statslige organisationer som et forsøget på at påvirke lovgivningen. Danske Patienter oplever i den forbindelse en voksende magt, da samfundet i stadigt stigende grad orienterer sig mod patienterne.

For at anskueliggøre de enkelte stakeholderes rationaler, er de dernæst individuelt analyseret. Sundhedsstyrelsen fokuserer i høj grad på hvorvidt det enkelte præparat er sundhedsfremmende, hvorimod IRF koncentrerer sig omkring det økonomiske aspekt ved medicinen. Hertil kommer Lægeforeningens fokus på sygdom og helbredelsen heraf, hvortil Danske Patienters omdrejningspunkt er behandlingskvalitet. På grund af stakeholdernes divergerende prioriteter, forekommer det nødvendigt for Lundbeck at tilpasse sin kommunikation således, at den målrettes den pågældende situation og modtager.

Herudover iagttages en række forventninger i samfundet, der peger mod øget patientinddragelse, alt imens loven forbyder Lundbeck at være i direkte kontakt med patienterne. Derfor forekommer det som en nødvendighed aktivt at påvirke den politiske beslutningsproces i en hensigtsmæssig retning, for at undgå at kløften mellem samfundets forventninger til Lundbecks ageren, og virksomhedens faktiske aktiviteter bliver for stor. Lundbeck skal derfor følge aktivt op på samfundets ønske om øget patientinddragelse, da det er et reelt momentum i offentligheden der kan udnyttes, ved konkret at udlægge patientinddragelse som en mulighed for at sikre bedre behandling af patienterne på

baggrund af et mere oplyst grundlag. Selvom 'bedre behandling' af stakeholderne vil blive opfattet forskelligt, vil deres opfattelser alt andet lige være betydeligt præget af positivitet.