

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet Regulering, politik og profession

Af Karsten Vrangbæk, Institut for Statskundskab,
Københavns Universitet og Sara Røpke, Sundhedsstyrelsen

Kvalitet har været et centralt tema i den internationale sundhedspolitiske debat i det seneste årti. Denne artikel analyserer »Den Danske Kvalitetsmodel« for Sundhedsvæsenet, som er et samlet initiativ til at regulere kvalitetsudvikling i dansk sundhedsvæsen. Modellen analyseres i forhold til relationen mellem centralpolitisk styring og fagprofessionel selvregulering, da denne relation har stået centralt i den akademiske debat om kvalitetsstyring på sundhedsområdet. Der anvendes institutionelle og reguleringsteoretiske perspektiver til vurderingen. Dermed sigter analysen mod at besvare følgende overordnede spørgsmål: Hvilken form for styringsredskab kan Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet karakteriseres som – med særligt fokus på elementer af centralpolitisk styring hhv. fagprofessionel selvregulering? Dette fordrer en identifikation og vurdering af Kvalitetsmodellens styringsmæssige implikationer. Karakteristikken foretages ud fra en afdækning af tre forskellige aspekter af den styring, der finder sted igennem Kvalitetsmodellen: Hvem styrer? Hvad styres? Hvordan styres?

1. Indledning

Der tales i disse år meget om »selv-styring« og »med-styring« som alternativ til ren hierarkisk styring i den offentlige sektor (Kooiman 2003; Pierre 2000, Sørensen 2002). I reguleringsteoretiske termer skelner man mellem regulering baseret på afskrækkelse (de-

terrence) og samarbejde (compliance) (Walshe 2003). I samarbejdsmodellen forudsættes, at de regulerede aktører for det meste er kompetente og velmenende, således at reguleringen kan bygge på samarbejdsrelationer mellem den regulerende myndighed og de regulerede aktører/organisationer eller på tillid til, at de regulerede aktører på egen hånd kan etablere interne mekanismer til regulering. Det være sig via kollektive organer eller selvstændig benchmarking af resultater (Baldwin og Cave 1999).

Ifølge reguleringsteorien egner »selv- og medstyring« sig særligt godt til områder med høj grad af faglig kompleksitet, som skaber en informationsasymmetri mellem reguleringsmyndigheder og de regulerede aktører. Miljøområdet er ét eksempel. Et andet er sundhedsområdet. På begge disse felter har man derfor historisk set en høj grad af involvering af faglige og industribaserede aktører i reguleringen. Dermed har man kunnet bygge på de regulerede aktørers faglige ekspertise og kompetencer. De decentrale sundhedsmyndigheder har således langt hen ad vejen selv været kontrollanter af kvalitet på egne behandlingssteder. De har til gengæld baseret

sig på en struktur, hvor læger har kontrolleret læger gennem uddannelsesforløb og formelle og uformelle peer review-ordninger understøttet af mere formelle klageordninger og i sidste instans retssystemet. På tilsvarende vis har man i forhold til miljøområdet set, at industriforeninger har holdt øje med virksomheder på deres område.

Dilemmaet med selvregulering er naturligvis, at reguleringsmyndigheden mister noget af den umiddelbare og løbende indsigt, og at man løber risikoen for at tabe legitimitet i befolkningens øjne, hvis selvreguleringen fejler. I Storbritannien har der været flere velkendte og tragiske eksempler på, hvad der kan ske, hvis selv/med-reguleringen fejler på sundhedsområdet (Salter 2004). I Danmark har der kun været få sager om egentlig uredelighed. Til gengæld er forskelle i kvalitetsniveau alment kendte og til dels dokumenterede via det Nationale Indikator Projekt (NIP).

Den generelle problematik om regulering af kvalitet på sundhedsområdet har ledt til politisk beslutning om etablering af »Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet« (DDKM, herefter også: Kvalitetsmodellen). Efter planen skal denne model gradvist indføres i alle dele af sundhedsvæsenet i løbet af de nærmeste år. Aktuelt er udviklingsarbejdet i gang for sygehuse, kommuner og apoteker med henblik på implementeringsstart for alle tre områder i løbet af 2008.¹ Modellen skal bygge videre på erfaringer fra eksisterende projekter så som NIP og »Den Gode Medicinske Afdeling« og forudsætter, at der opbygges systemer til dataindsamling via elektroniske patientjournaler og kliniske databaser. Periodisk ekstern akkreditering af sundhedsorganisationer er et andet vigtigt element i modellen.

Denne artikel analyserer, om Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet indebærer forandring i de reguleringsmæssige re-

lationer i sektoren. Der sættes særligt fokus på relationen mellem centralpolitisk styring og fagprofessionel selvregulering, da denne relation har stået centralt i den akademiske debat om sundhedsområdet internationalt (Salter 2004; Blank og Bureau 2004) og til dels i Danmark (Kragh Jespersen 2005). Der anvendes institutionelle, reguleringsteoretiske og til dels evalueringsteoretiske perspektiver til vurderingen. Dermed sigter analysen mod at besvare følgende overordnede spørgsmål: *Hvilken form for styringsredskab kan Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet karakteriseres som – med særligt fokus på elementer af centralpolitisk styring hhv. fagprofessionel selvregulering?*

Dette fordrer en identifikation og vurdering af Kvalitetsmodellens styringsmæssige implikationer. Karakteristikken foretages ud fra en afdækning af tre forskellige aspekter af den styring, der finder sted igennem Kvalitetsmodellen: *Hvem styrer? Hvad styres? Hvordan styres?*²

Som nævnt stilles der på forhånd skarpt på to grupper af hovedaktører i sundhedsvæsenet, hhv. det statslige politisk-administrative niveau over for lægegruppen, forstået som dels de organiserede lægeprofessionelle interesser i fagforeninger og videnskabelige selskaber, dels læger, der i anden sammenhæng kan ses som repræsentanter for lægestanden³. Dette valg er motiveret dels snævert ud fra forhåndskendskab til Kvalitetsmodellen, som fremstår som et statsligt initiativ, men er udarbejdet i et samarbejde mellem statslige⁴ myndigheder og lægelige interesser. Dels mere bredt på baggrund af samfundsvidenskabelig litteratur om sundhedspolitik, der fremhæver *såvel* den stigende politisering af sundhedsområdet, og den dermed forbundne øgede interventionslyst fra statslig side, *som* den historisk set stærke fagprofessionelle indflydelse på sundhedspolitik, herunder lægestandens til stadighed vellykkede strategi med at imødegå politisk styring af den

lægefaglige praksis med selvregulering, som karakteristiske træk ved de europæiske sundhedssystemer (Salter 2004; Moran 1999; Freeman 2000; Blank & Bureau 2004).

På baggrund af ovenstående kan de tre delspørgsmål, der udgør grundlaget for karakteristikken af Kvalitetsmodellen, præciseres således:

1. Styringens 'hvem' – hvilken indflydelse har stat hhv. lægeprofession haft på udformningen af Kvalitetsmodellen, og hvilken rolle kan de to parter antages at spille i den videre implementering og funktion af modellen?
2. Styringens 'hvad' – hvilke emner og aktiviteter omfattes af Kvalitetsmodellen, og i hvilken grad påvirkes den lægefaglige praksis?
3. Styringens 'hvordan' – hvilke redskaber, i form af regulerings- og evalueringsformer, indgår i Kvalitetsmodellens styring?

Besvarelsen af disse tre delspørgsmål leder frem til en overordnet karakteristik og diskussion af Kvalitetsmodellen: Hvad peger i retning af statslig, politisk styring, og hvad understøtter en tese om fagprofessionel selvregulering? I forlængelse heraf berøres spørgsmålet om, hvorvidt Kvalitetsmodellen markerer noget væsentligt nyt i styringsrelationen mellem stat og lægeprofession.

I karakteristikken af Kvalitetsmodellen indgår ligeledes en løbende sammenligning med dens metodiske udgangspunkt, som her kaldes 'traditionel' eller 'amerikansk (sundheds)akkreditering', som den er opstået og stadig praktiseres i USA⁵. Formålet er blandt andet at identificere eventuelle nationale særtræk ved Den *Danske* Kvalitetsmodel i forhold til dens amerikanske ophav.

2. Analysens teoretiske og metodiske grundlag

Analysen er empirisk drevet, men behandlin-

gen af aktører og strukturer foretages ud fra nyinstitutionel teori. Følgende grundlæggende institutionelle antagelser udgør analysens teoretiske fundament⁶:

Aktører er i udgangspunktet rationelle, men samtidig bærere af normative værdier. Aktører kan desuden bestå af såvel individer som af kollektive organisatoriske enheder. Således opfattes stat og lægeprofession i artiklen som kollektive aktører, hvis eksistens rækker ud over de enkelte individer, der konstituerer organisationerne på et givent tidspunkt. Endvidere antages såvel det statslige som det lægeprofessionelle aktørniveau at have en rationel styringsambition om at maksimere indflydelse, forstået som hhv. professionel autonomi/selvregulering og central kontrol med og regulering af sundhedsområdet. Men aktørerne formodes også at videreføre og genskabe værdier særligt knyttet til deres respektive aktøridentitet, dvs. at staten er eksponent for hierarkisk-bureaukratiske værdier, mens fagprofessionelle værdier dominerer lægestanden.

Institutionelle strukturer behandles i artiklen som styringsstrukturer. I artiklens konkluderende del anvendes kategorierne 'hierarki', 'marked', 'netværk' og 'klan/profession'⁷ som udtryk for divergerende styringsstrukturer, der hver for sig kan ses som 'idealtyper', der sandsynligvis kun genfindes i den styringsmæssige virkelighed i en eller anden hybridform. Dette bidrag fra styringsteori samt relevante elementer af evalueringsteori anvendes i artiklen som analyseværktøj til brug for den styringsmæssige karakteristik af Kvalitetsmodellen.

Samspelet mellem aktører og strukturer anskues i artiklen ud fra følgende præmisser: 1) Institutioner har en betydning for aktørers handlen; 2) Aktører og strukturer/institutioner påvirker hinanden gensidigt, dvs. at institutioner opstiller rammer (barrierer og muligheder) for aktørers handlen, herunder udstik-

ker historiske spor (det kan have omkostninger at fravige), men at aktørerne qua deres adfærd er med til at vedligeholde, ændre på og/eller skabe nye institutioner; 3) Aktører er begrænset rationelle, dvs. at deres handlinger til dels foretages ud fra en rationel mål-middel-kalkyle, der imidlertid begrænses af forskellige forhold;⁸ og at 4) Institutionel forandring foregår inkrementelt, jf. at udviklingen er 'sporafhængig', og kan være drevet af såvel strukturelle som aktørbundne faktorer.

Antagelsen om institutioners, og specifikt historiske spors, rammesættende betydning henleder opmærksomheden på, at den måde, relationen mellem stat og lægeprofession hidtil har fungeret på, kan have forklarende værdi i forhold til aktuelle styrings- og reforminitiativer – både hvad angår deres udformning og potentielle virkning.

Metodisk foretages besvarelsen af problemformuleringen primært gennem en tekstanalyse af den seneste modelbeskrivelse af Kvalitetsmodellen⁹. Der er desuden gennemført ét kvalitativt interview af ca. en times varighed i efteråret 2004 med Thomas Schiøler, der på det tidspunkt var projektleder i Sundhedsstyrelsens projektsekretariat for Kvalitetsmodellen. Formålet med interviewet var at styrke videngrundlaget om intentionerne med Kvalitetsmodellen, herunder forskelle og ligheder til traditionel akkreditering, ud over hvad modelbeskrivelsen oplyser. Vores vurdering var, at denne viden ville være relevant for at besvare artiklens problemformulering, men ikke kunne skaffes via litteraturstudier, da der endnu ikke eksisterer egentlig faglitteratur om Kvalitetsmodellen. I sin egenskab af (daværende) projektleder i Kvalitetsmodellens projektsekretariat er Thomas Schiøler tillagt status som nøgleinformant til den ønskede viden.

Efter denne redegørelse for artiklens empiriske og teoretiske afsæt gennemføres i det følgende analysen og diskussionen til besvarel-

se af problemformuleringen. På baggrund af analysen konkluderes og perspektiveres der i artiklens sidste del.

3. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – hvilken form for styringsredskab?

En præsentation af Kvalitetsmodellen og relevante træk fra det institutionelle setup i den danske sundhedssektor er integreret i analysens respektive delafsnit. Som nævnt indgår en løbende sammenligning med traditionel akkreditering med henblik på at kvalificere beskrivelsen af, hvad Kvalitetsmodellen er hhv. *ikke* er.

Hvem styrer?

I det følgende anskues Kvalitetsmodellen ud fra et aktørperspektiv. En besvarelse af spørgsmålet om, hvem der har haft indflydelse på udformningen af Kvalitetsmodellen kan tage udgangspunkt i, hvor beslutningerne om at etablere modellen er taget. Det centrale **beslutningsforum** vedrørende Kvalitetsmodellen har været økonomiaftale-institutionen (også kaldet budgetsamarbejdet), hvor regeringen (v. Finansministeriet) forhandler næste års økonomiske – og siden starten af 1990'erne også de sundhedspolitiske¹⁰ – rammer med sygehusejerne (tidligere Amtsrådsforeningen og kommunerne bag H:S, fra 2007: Danske Regioner). Kvalitetsmodellen er således vedtaget i et beslutningsforum, hvis direkte deltagere er *stat og sygehusejere*, men *ikke* organiserede lægeprofessionelle interesser.

Den behandlingsfaglige *kvalitet* i sundhedsvæsenet er et af de nyeste emner, der forhandles via økonomiaftalerne. 'Kvalitet' figurerer som selvstændigt punkt i aftaleteksterne fra og med aftalen for 1999, og den konkrete beslutning om at etablere en »dansk model for kvalitetsvurdering« byggede på »en kerne af fælles kvalitetsstandarder« stammer fra økonomiaftalen for 2002. I denne aftale skitseres modellens 'kommissori-

um' (se nedenfor i afsnit 2.2). Økonomaftalen for 2003 angiver det organisatoriske setup for Kvalitetsmodellen med et sekretariat bestående af repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen samt H:S, og placeret i regi af Sundhedsstyrelsen (der blev i praksis nedsat en styregruppe med deltagelse af førnævnte parter – og med medicinaldirektøren som formand – og et projektsekretariat). Sekretariatets opgave er at videreudvikle modellen mhp. at sende den i udbud.

På baggrund af ovenstående fremstår Kvalitetsmodellen som et *statsligt* initiativ, og det centralistiske element understreges af statens fremtrædende rolle i udviklingen af modellen (Sundhedsstyrelsen både huser sekretariatet og præsiderer styregruppen).¹¹

Af økonomaftalen for 2005 fremgår beslutningen om at *institutionalisere og selvstændiggøre* Kvalitetsmodellen qua en fysisk og organisatorisk udflytning fra Sundhedsstyrelsen med etableringen af en ny driftsorganisation med egen direktør, stab og bestyrelse: Det nuværende Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) placeret i Århus. De centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne forbliver dog styrende organer, idet ledende repræsentanter for netop disse parter udpeges som bestyrelsesmedlemmer, og formandskabet bevares på Sundhedsstyrelsens hænder (hvorved bestyrelsen i praksis kan ses som en fortsættelse af den hidtidige styregruppe). Som direktør for IKAS vælger bestyrelsen ligeledes en myndighedsrepræsentant med amtssundhedsdirektør Karsten Hundborg (Sundhedsstyrelsen 2005).

Den statslige afsenderrolle er senest understreget med regeringens oplæg til en Kvalitetsreform (Regeringen 2007). Her nævnes Kvalitetsmodellen flere gange som redskab til og ramme for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, og som løftestang for at udbre-

de akkrediterings-/kvalitetsudviklings-metoden til alle institutioner på velfærdsområdet (Ibid.: 93).

Har de sundhedsprofessionelle overhovedet haft nogen indflydelse på udviklingen af Kvalitetsmodellen?¹² Ovenstående peger på, at de ikke har haft en direkte styrende rolle i Kvalitetsmodellens udviklingsfase, men dog har sat deres præg på modellen. Dels indirekte, i kraft af at Kvalitetsmodellen bygger videre på tidligere erfaringer fra større danske kvalitetsprojekter i sygehusvæsenet, som har inddraget praksisniveauet – her tænkes især på projekterne Den Gode Medicinske Afdeling og Det Nationale Indikatorprojekt (Sundhedsstyrelsen 2004: 9). Desuden er der i modelbeskrivelsen (Ibid.) en række brede formuleringer omkring inddragelsen af de fagprofessionelle i processen: Kvalitetsmodellen er bl.a. inspireret af »orienteringsmøder med interessenter og fagpersoner« (p. 5); modellens »temaer og standarder udvælges, afgrænses og prioriteres gennem en konsensusproces på baggrund af indhøstede erfaringer, viden og undersøgelser fra Danmark og udlandet« (p. 8), og modellen »har været drøftet i faglige og videnskabelige fora« (læst på hjemmeside for Den Danske Kvalitetsmodel under www.sst.dk). Desuden anføres, at »sundhedsvæsenets interessenter inddrages løbende i udviklingen for at sikre en bred forankring af kvalitetsmodellen i det danske sundhedsvæsen« (Op. cit.: 6).

Indførelsen af Kvalitetsmodellen støttes da også (iflg. bl.a. Fugleholm et al. 2004) af de store faglige organisationer, og Heinskou (2005) oplyser, at de lægevidenskabelige selskaber har formuleret de behandlingsfagligt set mest specifikke af de standarder¹³, som Kvalitetsmodellen består af. At lægerne selv skal (medvirke til at) opstille standarder for deres kliniske arbejde indikerer et vigtigt element af *professionel selvregulering* inden for rammerne af myndighedsstyringen. Ud over at være i overensstemmelse med den danske

tradition for '*korporatisme*', forstået som inddragelse af berørte, organiserede interesser i policy-processen, kan det også underbygge tesen om, at lægestanden generelt i de vestlige sundhedssystemer har en særstatus i forhold til staten på grund af den gensidige afhængighed, der historisk set præger forholdet mellem stat og lægeprofession (Moran 1999¹⁴; Salter 2004).¹⁵

Afhængigheden udspringer fra statens side delvist af den informationsasymmetri mellem fag- og lægfolk, som i høj grad præger et fagligt højt specialiseret område som sygdomsbehandling, hvor det ofte er nødvendigt at inddrage den faglige ekspertise i reguleringen af det behandlingsfaglige arbejde på praksisniveauet. Herigennem opnås et fagprofessionelt medejerskab for styringen, som på den ene side giver medindflydelse til denne gruppe, på den anden side også kan få dem til at tage et medansvar for implementeringen (og dermed udfylde det '*implementation gap*', som ellers kendetegner sundhedspolitik iflg. Moran & Wood 1993: 136, læst i Salter 2004: 27).

Her er vi inde på den hovedrolle, som lægerne får i den videre implementering samt drift af Kvalitetsmodellen alene i kraft af den suveræne position, de indtager i den direkte patientkontakt (som lægerne forståeligt nok betragter som deres '*kerneydelse*', se fx Heinskou 2005). Det er i behandlingen af patienterne – og disses tilfredshed hermed, at intentionerne om bedre kvalitet skal udmøntes i praksis. Kvalitetsmodellen lægger endvidere op til at engagere lægestanden ved at gøre *selvevaluering* i den enkelte sundhedsinstitution til et bærende element i modellen og ved at anbefale, at sundhedsinstitutionerne etablerer lokale kvalitetsorganisationer med deltagelse af ledelse og *alle* faggrupper (Sundhedsstyrelsen 2004: 22).

Ved siden af selvevaluering bygger Kvalitetsmodellen på *ekstern evaluering* (det egentli-

ge akkrediteringselement) af sundhedsinstitutionernes kvalitetsarbejde, beskrevet som opfyldelse af en række givne standarder¹⁶. Evaluatørrollen skal udfyldes af et korps af danske og internationale '*auditorer*', som er »uvildige fagpersoner...med relevant og aktuel ekspertise fra tilsvarende sundhedsinstitutioner«, der desuden er »velestimerede i deres egne og i beslægtede faglige grupper og...professionelt aktive« (Sundhedsstyrelsen 2004: 25). I evalueringsterminologi betegnes dette som '*peer review*', dvs. at ligemænd evaluerer ligemænd, og at fx forskere vurderer andre forskeres arbejde, eller (som her) at læger vurderes af andre læger.

Argumenterne for at anvende en sådan evalueringsform er typisk, at man ikke kan vurdere et meget fagspecifikt område uden særlig forhåndsviden, og at vurderingen muligvis ikke kan gennemføres eller få gennemslagskraft, uden at evaluator tillægges faglig legitimitet fra miljøet selv (se fx Hansen 2001: 118). Skønt evalueringen gennemføres af en tredjepart, indebærer evalueringsformen et vist element af selvregulering inden for lægestanden selv, idet lægefaglige værdier lægges til grund for evalueringen, og kan derfor ses som en måde at undgå (mere indgribende) politisk styring på. Samtidig er fremgangsmåden forbundet med en vis risiko for, at et fagligt miljø (der i Danmark kun kan være af en overskuelig størrelse) lukker sig om sig selv, om end det i Kvalitetsmodellen er søgt imødegået ved inddragelse af internationale auditorer.

Ovenstående tyder på, at *staten i forhold til lægeprofessionen* får en mere tilbagetrukket rolle, når Kvalitetsmodellen går fra udvikling til implementering og drift. Dog må bestyrelsesrepræsentationen (og –formandskabet) fortsat anses som vigtig, og i Økonomiaftalen for 2005 sikres Sundhedsstyrelsen eksplicit adgang til løbende indflydelse på Kvalitetsmodellens indhold¹⁷. Når det kommer til den lægefaglige kerneydelse: Den direkte pati-

entbehandling, har lægeprofessionen væsentlig indflydelse på Kvalitetsmodellens (sygdomsspecifikke) standarder og vurderingen af opfyldelsen af dem (via peer review).

Hvad angår **organiseringen af evalueringen**, er der både betydningsfulde *forskelle og ligheder mellem Kvalitetsmodellen og dens amerikanske ophav*. Kernen i traditionel akkreditering: Den eksterne evaluering, er den væsentligste lighed. I begge tilfælde udføres den af uvildige fagpersoner (kaldet 'auditorer' hhv. 'surveyors'). Men hvor den amerikanske akkreditering hovedsagelig er baseret på denne tredjepartsvurdering, tager Kvalitetsmodellen som nævnt udgangspunkt i organisationens egen selvevaluering¹⁸. Kombinationen af intern og ekstern evaluering kan antages at føre til et større medejerskab for evalueringsresultaterne i den pågældende sundhedsorganisation og fremhæver organisatorisk læring og udvikling frem for ekstern kontrol som et hovedformål med Kvalitetsmodellens evaluering.

Ud fra et **institutionelt aktørperspektiv** adskiller Kvalitetsmodellen sig væsentligt fra traditionel sundhedsakkreditering. Kvalitetsmodellen er som nævnt et *statsligt* initiativ, der er videreudviklet og skal drives i et samarbejde mellem stat og sygehusejere. Traditionel akkreditering er derimod udsprunget fra det *lægefaglige* miljø: Opfundet af en læge og videreudviklet af de lægevidenskabelige selskaber (Frølich et al. 2000: 14). Organisationsstrukturen i hhv. den danske og amerikanske akkrediteringsorganisation afspejler denne forskel: Den amerikanske Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) er en selvejende, privat organisation med en bestyrelse på 28 medlemmer, hvoraf tre fjerdele repræsenterer lægefaglige organisationer, mens resten repræsenterer sygeplejeorganisationer og brugere (Ibid.: 16). JCAHO signalerer herigenom uafhængighed af både centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne. Netop

disse parter bestyrer og finansierer Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, som til gengæld kan siges at være mere uafhængig af dem, hvis arbejde man vurderer, nemlig lægerne.

En nærmere analyse af mulige årsager til denne grundlæggende forskel foretages ikke her. Men man kan kort konstatere, at amerikansk akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel er opstået i to meget forskellige sundhedssektorer med næsten hundrede års mellemrum. Mens den amerikanske sundhedssektor i høj grad er et privat marked med en svag statslig styring (se bl.a. Walshe 2003), er det danske sundhedsvæsen næsten udelukkende offentligt finansieret og reguleret. Kvalitetsmodellen fremstår i bogstaveligste forstand som et nationalt anliggende, der skal erstatte de hidtidige ukoordinerede, decentrale akkrediteringsprojekter blandt sygehusejerne¹⁹ og tjene offentlighedens interesse – ved at danne grundlag for sammenligning af sygehuse med henblik på frit valg til brugerne og information til politikerne. Akkreditering har et noget andet formål i USA, hvor en status som akkrediteret siden 1965 har været en forudsætning for, at sygehuse kan opnå finansiering via offentlige og private sygeforsikringsordninger (Frølich et al. 2000: 14).

Delkonklusion

Hvis vi udelukkende ser på den formelle styring, er staten (sammen med sygehusejerne) den mest fremtrædende aktør som initiativ- og beslutningstager, afsender og ejer af Kvalitetsmodellen. Men lægeprofessionen udøver en væsentlig medstyring i såvel udviklingsfasen, men især i implementering og drift af modellen. Hovedpointen fra denne del af analysen er således, at de to hovedaktører: Stat og lægeprofession, begge gør deres indflydelse gældende, men at parternes indflydelse varierer i de forskellige faser af Kvalitetsmodellens foreløbige liv.

Analysen har afdækket såvel væsentlige forskelle som ligheder mellem Kvalitetsmodellen og traditionel akkreditering. Den største fællesnævner angår *evalueringsformen*: Ekstern audit via peer review, mens *evalueringsorganisationen*: Den primære tilknytning til stat hhv. lægeprofession, adskiller og afspejler divergenser mellem det danske og amerikanske sundhedssystem.

Hvad styres?

I det følgende undersøges Kvalitetsmodellens styringsmæssige omfang. Organisatorisk skal Kvalitetsmodellen udfoldes i etaper, hvor første version af modellen inkluderer alle danske offentlige sygehuse (den sekundære sundhedssektor), mens det med tiden er meningen, at hele sundhedsvæsenet (også den primære og tertiære sektor) skal underlægges Kvalitetsmodellens systematiske evaluering (Sundhedsstyrelsen 2004: 6). Denne udvikling svarer til, hvad den amerikanske akkrediteringsorganisation JCAHO har gennemlevet, hvor man er startet med at akkreditere hospitaler og siden har bredt sig til også andre typer af sundhedsinstitutioner (Frølich et al. 2000: 14f.)²⁰.

Hvad angår de organisationsinterne forhold og aktiviteter – som nærmere bestemt er det, Kvalitetsmodellen skal måle kvaliteten af – anføres i Økonomiaftalen for 2002, at Kvalitetsmodellen skal bestå af standarder²¹ vedrørende »struktur (fysiske rammer), udstyr, patientforløb, udførelse af processer og resultater«. I projektsekretariatets modelbeskrivelse (Sundhedsstyrelsen 2004) er dette opdrag udmøntet i en overordnet kategorisering af standarder inden for: Generelle forløbsaktiviteter, sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter og organisatoriske aktiviteter. De to førstnævnte kategorier angår »kliniske ydelser og aktiviteter«, som vejer tungest emnemæssigt: Ud af Kvalitetsmodellens omkring 111 standarder vedrører knap tre fjerdedele den kliniske praksis i relation til patientforløb (Ibid.: 9-10).

Hermed sigtes bredere, og anderledes, end i traditionel akkreditering, der primært måler strukturer og processer, og i mindre grad resultater²² (Ud af JCAHO's 557 standarder for akkreditering af hospitaler, relaterer omtrent 4/5 sig til processer og strukturer²³). Der er tale om to modsatrettede logikker: Mens måling af de organisatoriske input (strukturer) og processer bygger på en antagelse om, at kvalitet på dette niveau har betydning for organisationens (kliniske) output, er Kvalitetsmodellen omvendt baseret på en tiltro til, at kvalitet i »toppen af (aktivitets)pyramiden« (Schiøler 2004) indikerer, at de underliggende og omgivende aktiviteter er i orden. Ingen af antagelserne er evidensbaserede.²⁴

Forskellen skyldes (iflg. Schiøler) til dels også den tidsmæssige forskydning i opkomsten af de to akkrediteringsmodeller. Da akkreditering blev opfundet i USA i starten af det 20. århundrede, eksisterede i ringe grad teknologi til opsamling og måling af data vedrørende kliniske kerneydelser og resultater, og man måtte derfor kvalitetsmåle ud fra tilgængelige data (fx referater og nedskrevne retningslinjer) og metoder (fx inspektioner og interviews). I dag er der helt andre tekniske muligheder for resultatmåling, om end Kvalitetsmodellen forudsætter en IT-infrastruktur til frembringelse af datagrundlaget på de enkelte sygehuse, som endnu er under udvikling²⁵.

Konklusionen er, at Kvalitetsmodellen synes at berøre den lægefaglige 'kerneydelse', patientbehandlingen, i langt højere grad end traditionel akkreditering. På den ene side kan det opfattes som (politisk-bureaukratisk) styring af lægeprofessionens suveræne domæne.²⁶ Salter (2004: 8) skelner mellem forskning, uddannelse og klinisk praksis (egen oversættelse af 'performance') som tre medicinske 'videnarenaer', som stat, lægeprofession og civilsamfund kan konkurrere om at kontrollere. I sundhedssystemer, hvor stat og lægeprofession har et historisk tæt

forhold, har lægernes kliniske praksis indtil nu hovedsageligt været styret via professionel selvregulering (Ibid.: 25). På den anden side er der tegn på, at Kvalitetsmodellens fokus på den kliniske praksis motiverer lægegruppen positivt i forhold til akkrediteringsprojektet, fordi det »bringer akkrediteringen fra arbejdets yderspor, tættere mod centrum, hvor patientkontakten er« (Heinskou 2005). Dette på trods af en grundlæggende fagprofessionel skepsis over for akkreditering som endnu et bureaukratisk top-down ledelsesredskab, der ikke har primært fokus på behandling (Ibid.).

En anden forskel mellem Kvalitetsmodellen og JCAHO's akkreditering vedrører antallet af aktiviteter, der er omfattet af akkrediteringen. Den danske model betegnes som »strategisk punktevaluering« (Schiøler 2004), der i stedet for at måle meget bredt vil koncentrere sig om at kvalitetsvurdere »særligt kritiske, strategisk vigtige ydelser og aktiviteter« (Sundhedsstyrelsen 2004: 6). Forskellen afspejles i, at JCAHO's akkreditering af hospitaler omfatter cirka fem gange så mange standarder som Kvalitetsmodellen. Rationalet bag en strategisk fokuseret afgrænsning af evalueringsobjektet er et forsøg på at omkostningseffektivisere, dvs. evaluere op til det punkt, hvor stigende omkostninger ikke giver stigende afkast. Ifølge Kvalitetsmodellens projektsekretariat (Op. cit.) er dette evalueringskoncept unikt i forhold til øvrige eksisterende akkrediteringsmodeller. Kunsten består så i at udvælge de aktiviteter, der har afgørende betydning for patientforløbenes kvalitet.

Netop kernebegrebet 'kvalitet' i sundhedsydelserne gives der ikke nogen entydig definition på, men ikke desto mindre er det en international tendens, at indsatsen for at måle den stiger med det øgede behov for at prioritere samfundsressourcerne (Blank & Burau 2004: 92). Kvalitetsmodellen skal vurdere (og fremme) »klinisk, faglig og organisato-

risk kvalitet« (Sundhedsstyrelsen 2004: 6), bl.a. via brug af indikatorer²⁷, der enten reflekterer patientoplevelset eller faglig kvalitet. Hermed bygges videre på det særlige danske arbejde med at anvende indikatorer i sundhedskvalitetsmålinger – eksempelvis Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Kvalitetsmodellens kombination af ekstern evaluering (akkreditering) og anvendelse af indikatorer er således en dansk specialitet (Fugleholm et al. 2004; Schiøler 2004).

Delkonklusion

Med Kvalitetsmodellen foretages en højere grad af statslig regulering af lægeprofessionens kerneydelse: Den kliniske praksis, end hvad der ses i traditionel akkreditering og hidtil er set i Danmark. I forhold til traditionel akkreditering er Kvalitetsmodellen i sit styringsmæssige omfang desuden på én gang bredere (angår både struktur, proces og resultater²⁸) og snævrere (måler kun kvaliteten af »strategisk vigtige« aktiviteter²⁹). Kvalitetsmodellen lever hermed op til sit navn om at være en særlig *dansk* hybrid.

Hvordan styres?

På grundlag af ovenstående gennemgang af, hvem der styrer, og hvad der styres med Kvalitetsmodellen, ses i dette afsnit nærmere på, hvilke former for styringsredskaber Kvalitetsmodellen benytter sig af i sin regulering og evaluering.

Indledningsvis skal fremhæves, at Kvalitetsmodellen er »et system til kvalitetsvurdering« (Sundhedsstyrelsen 2004: 6), som er *obligatorisk* for med tiden »alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark« (Ibid.). Dette er i modstrid med det princip om *frivillighed*, der forbindes med traditionel akkreditering, men som modificeres af, at akkreditering fx i USA er blevet en forudsætning for finansiering af sygehuseydelserne (Frølich et al. 2000: 14). Samtidig markerer 'nationaliseringen' af kvalitetsområdet også et bevidst brud med den

hidtidige decentrale, eksperimenterende og frivillige praksis på kvalitetsområdet i den danske sundhedssektor³⁰. At sygehusejerne forpligtes til at implementere Kvalitetsmodellen understreger, at den primært er statens forsøg på at opnå et fælles vurderings- og sammenligningsgrundlag for alle sygehuse mv.

Salter (2004: 8) anfører tre former for regulering (af sundhedspolitikken førnævnte 'videnarenaer'): 1) Standarder, 2) monitorering og evaluering samt 3) intervention. Med henblik på relationen stat-lægeprofession antages de tre reguleringsformer at udtrykke en stigende grad af statslig styring af lægernes virksomhed. Kvalitetsmodellens koncept indeholder som sagt en række givne standarder, hvis opfyldelse på institutionsniveau monitoreres og evalueres systematisk, mens egentlig intervention ligger uden for modellens rækkevidde (modellens opfølgingsmekanismer beskrives senere). Den centrale regulering via standarder og kontinuerlig monitorering/evaluering er udtryk for mere styring af den lægefaglige praksis end hidtil set. Som førnævnt udøver lægerne dog medindflydelse på formuleringen af standarder og gennemførelsen af den interne som den eksterne evaluering.

Evalueringssteoretisk kan Kvalitetsmodellen beskrives som en blanding af monitorering og formativ (eller udviklingsorienteret) evaluering³¹. Det *monitorerings*mæssige er knyttet til evalueringsfrekvens og -formål. Kvalitetsmodellen består af en fortløbende cyklus af tilbagevendende evalueringer: Dels en årlig selvevaluering, hvor sundhedsinstitutionen vurderer og indberetter status for institutionens opfyldelse af kvalitetsstandarderne, og hvor anvendelsen af sammenlignelige indikatorer muliggør overvågning af institutionens performance over en længere periode og sammenligning med andre institutioner af samme type; dels en ekstern evaluering (akkreditering) hvert 3. år, som munder ud i en

tildeling af akkrediteringsstatus (som altså løbende skal fornyes). Mens akkrediteringsfrekvensen svarer til den amerikanske praksis, sigtes med den årlige egenrapportering på en mere kontinuerlig monitorering af kvalitetsarbejdet³². Formålet med overvågningen er at følge forholdene med henblik på løbende justering og udvikling af indsatsen. Dette kobler til det formative evalueringselement i Kvalitetsmodellen.

Formativ evaluering (se fx Albæk & Rieper 2001) er kendetegnet ved interaktion mellem evaluator og indsatsens aktører under evalueringsprocessen med sigte på, at evalueringsresultaterne løbende kan anvendes af indsatsens medarbejdere eller brugere til at udvikle og forbedre indsatsen. I modelbeskrivelsen til Kvalitetsmodellen lægges netop vægt på, at den eksterne evaluering består af »en dialog om kvalitetsforbedring«, og at auditorernes besøg »tilrettelægges i et samarbejde med institutionen« (Sundhedsstyrelsen 2004: 24, vore understregninger). Mens der i den amerikanske akkrediteringsorganisation JCAHO's praksis indgår ikke-annoncerede kontrolbesøg³³, fremgår dog også her et formativt sigte med akkreditering, idet ét af hovedformålene med at gennemføre 'surveys' er at uddanne hospitalets personale under akkrediteringen (Frølich et al. 2000: 18). Et yderligere formativt træk ved Den Danske Kvalitetsmodel er anvendelsen af selvevaluering, som ligeledes er hyppigt brugt i formative evalueringsdesign, ud fra en antagelse om, at der vil være en større professionsinteresse i evalueringer, man selv er med til at gennemføre, og at dette kan være løftestang til faglig udvikling (Albæk & Rieper 2001).

En grundlæggende forskel på monitorering og formativ evaluering er styringsperspektivet: Monitorering foretages hovedsagelig ud fra et top-down kontrol- og udviklingsperspektiv, mens formativ evaluering primært har vægt på organisatorisk læring og udvikling set fra en bottom-up synsvinkel. Kvali-

tetsmodellen indeholder som nævnt centrale elementer fra begge evalueringstyper. Sammenlignet med traditionel akkreditering synes Kvalitetsmodellen at have en større bias i retning af organisatorisk læring frem for ekstern kontrol³⁴. Hvor formålet med amerikansk akkreditering kan beskrives som kvalitetssikring (dokumentation af et bestemt kvalitetsniveau over for sundhedsforsikringsaktører), har den danske Kvalitetsmodel fokus på kvalitetsfremme (hvor alle sundhedsinstitutioner, uanset udgangspunkt, forbedrer sig).

I retorikken omkring Kvalitetsmodellen (Sundhedsstyrelsen 2004) anvendes begrebet 'kontrol' slet ikke, men i stedet argumenteres for, at »en synliggørelse af kvaliteten«, der indbefatter obligatorisk offentliggørelse og sammenligning af evalueringsresultaterne, vil »give offentligheden et indblik i kvaliteten af sundhedsydelserne« (p. 7) samt »bidrage til en kvalitetssikring af sundhedsvæsenets ydelser og aktiviteter« (p. 32). Hvordan offentliggørelsen bidrager til en kvalitetssikring er ikke uddybet i modelbeskrivelsen, men man kan antage, at en dårlig placering på en offentlig rangliste vil have disciplinerende virkning på den evaluerede sundhedsinstitution³⁵. Da akkreditering og offentliggørelse ikke kan undgås, og standarderne ligger fast, er den eneste udvej at forbedre resultatet/kvaliteten. Hvis denne antagelse holder, opnås kvalitetssikringen således uden direkte kontrol og sanktioner. En tankegang, regeringen følger op i sit aktuelle oplæg til en Kvalitetsreform ved at konkludere, at »udbredelse af akkreditering og kvalitetsudviklingsmetoder vil på sigt reducere behovet for tilsyn og kontrol« (Regeringen 2007: 93).

Sammenligninger (benchmarking) af sundhedsinstitutioner, fx på baggrund af indikatordata, foretages ikke i traditionel akkreditering (Frølich et al. 2000³⁶: 82), men i det danske tilfælde har det fra starten været et politisk ønske at kunne anvende Kvalitetsmodel-

len til dette formål: Således anføres i Økonomaftalen for 2002, hvor Kvalitetsmodellen lanceres, at »Standarderne skal muliggøre offentliggørelse og sammenligning«. Formålet med at sammenligne sygehusenes kvalitet er dels at frembringe information til brugerne i forbindelse med frit sygehusvalg, dels at fremme videndeling mellem sygehusene – og dermed faglig udvikling (fx Regeringen 2007: 93, 109). I modelbeskrivelsen præciseres, at sammenligning kan ske på de enkelte indikatorer på sygehus-, afdelings- eller specialniveau (Sundhedsstyrelsen 2004: 33). Det politiske ønske om at stille oplysninger om sundhedskvalitet til offentlig rådighed har i 2006 også givet sig udslag i etableringen af et »stjernesystem«, som på en selvstændig hjemmeside (www.sundhedskvalitet.dk) præsenterer og muliggør sammenligning mellem en række data om sygehuse og klinikkers kvalitet og service.³⁷

Heraf følger, at offentliggørelsen af Kvalitetsmodellens resultater indholdsmæssigt er mere omfattende, end hvad der kendes fra traditionel akkreditering. I USA offentliggøres (siden 1994) akkrediteringsrapporterne i en knap så detaljeret udgave som den, organisationen selv modtager (Frølich et al. 2000: 26). Den Danske Kvalitetsmodel fordrer offentliggørelse af: »data fra alle fælles indikatorer, anonymiserede egenrapporteringer og akkrediteringsrapporter med akkrediteringsstatus« (Sundhedsstyrelsen 2004: 32). Akkrediteringsrapporterne »bearbejdes med henblik på formidling i en form, der er egnet til offentliggørelse« (Ibid.) – hvorvidt kun rapportens form, og ikke dens indhold, berøres uddybes ikke i modelbeskrivelsen. Mediet for offentliggørelse er den offentlige sundhedsportal (sundhed.dk), hvilket i højere grad understøtter fremstillingen af Kvalitetsmodellen som et fælles, nationalt projekt, der tjener offentligheden, end publicering via sygehuses eller sygehusejeres hjemmesider eller Kvalitetsmodellens egen hjemmeside vil le gøre.³⁸

Endnu en væsentlig forskel mellem Kvalitetsmodellen og amerikansk akkreditering angår den karaktergivning (akkrediteringsstatus), som tildeles af de eksterne evaluatører. Hvor sygehuse i USA vurderes ud fra en enten/eller-logik, hvor det er muligt at 'dumpe' (dvs. ikke opnå status som akkrediteret³⁹), anvendes i Danmark alene forskellige kategorier af 'akkrediteret'. Dette kan igen hænges sammen med akkrediteringens forskellige formål på den ene og den anden side af Atlanten: I USA godkendes et bestemt kvalitetsniveau, mens det i Danmark snarere er arbejdet med kvalitetsudvikling, der (søges fremmet og) anerkendes (i varierende grad).

Hvordan følges der op på akkrediteringsresultatet? En sundhedsinstitution kan med Kvalitetsmodellen tildeles status som hhv. 'akkrediteret', 'akkrediteret med anbefalinger' og 'akkrediteret med opfølgning'. De to sidstnævnte statuskategorier udtrykker manglende opfyldelse af kvalitetsstandarderne, men kun i de mest alvorlige tilfælde (akkrediteret med opfølgning) vil akkrediteringsrapporten blive fulgt op af et yderligere besøg fra de eksterne auditorer (mhp. at vurdere, om de anbefalede forbedringer er gennemført). Hverken i dens traditionelle eller danske udformning knyttes akkreditering af sundhedsinstitutioner sammen med egentlig intervention, i form af sanktioner i tilfælde af manglende/dårlig akkrediteringsstatus. Det ville kræve, at akkrediteringsorganisationen fik tillagt eller blev koblet til lovhjemlet autoritet, som det kendes fra eksempelvis uddannelsesområdet, hvor manglende opfølgning på evalueringer fra Danmarks Evalueringsinstitut (EVA) kan medføre ministerielt påbud til uddannelsesinstitutionen, som i yderste konsekvens ligefrem kan miste sit statstilskud, hvis den ikke efterkommer påbudet.⁴⁰ I EVA's formål om at medvirke til kvalitetssikring og -udvikling indgår således et mere direkte kontrolelement end for Kvalitetsmodellens vedkommende.

Delkonklusion

Akkreditering fremstår i både dansk og amerikansk sammenhæng som et relativt 'blødt' (dvs. ikke-autoritativt) styringsredskab uden tilknyttede sanktionsmuligheder. Men konsekvensen af ikke at overholde kvalitetsstandarderne er i USA ret entydigt knyttet til den enkelte sundhedsinstitutions (manglende mulighed for økonomisk) overlevelse. I Danmark er incitamentsstrukturen mere flerstrengt: Institutionernes egeninteresse i at opnå et godt akkrediteringsresultat, den stadige overvågning, den eksterne evaluering og offentliggørelsen af resultater og sammenlignende oversigter samt de eventuelt afledte effekter heraf på brugernes frie valg, forventes tilsammen at vende institutionernes opmærksomhed mod kvalitetsarbejdet og have en disciplinerende virkning. Kvalitetsmodellen kobler central monitorering af et decentraliseret driftsområde og lokal organisatorisk læring med særlig vægt på sidstnævnte (man kan ikke 'dumpe', men kun forbedre sin akkrediteringsstatus).

4. Konklusion og perspektivering

I dette afsnit samles op på analyseresultaterne, som diskuteres med henblik på at nå frem til en overordnet karakteristik af Kvalitetsmodellen ud fra et styringsperspektiv, herunder besvare spørgsmålet om, hvilke elementer i modellen der peger i retning af statslig, politisk styring, og hvad der eventuelt understøtter en tese om (at der også kan være tale om) fagprofessionel selvregulering. I forlængelse heraf vurderes Kvalitetsmodellens reformpotentiale kort.

Opsamlingen foretages ud fra en vifte af fire forskellige styringslogikker, der kan ses som analytiske idealtyper, der hver især udtrykker én bestemt styringslogik i 'ren' form (mens virkelighedens styringsredskaber sandsynligvis oftest vil være en blanding af to eller flere logikker, jf. Ouchi 1980). De fire styringslogikker er: Hierarki, marked, netværk og klan/profession.⁴¹ Fokus er på først- og sidst-

nævnte styringslogik, idet antagelsen er, at træk fra hierarkisk styring betyder styringskompetence til den politisk-administrative stat, mens klan-/professionsstyring indebærer lægefaglig selvregulering.

Som vist i analysen indeholder Kvalitetsmodellen flere, og meget centrale, træk fra **hierarkisk** styring. Beslutningsstrukturen omkring modellens etablering og drift er indlejret i en hierarkisk institutionel ramme bestående af »the usual suspects« i form af de formelle politisk-bureaukratiske aktører på sundhedsområdet (centrale og decentrale sundhedsmyndigheder) og i regi af det fremherskende sundhedspolitiske beslutningsforum (Økonomiaftaleinstitutionen). De statslige aktører (særligt Sundhedsstyrelsen) indtager en ledende styringsrolle i udviklingen af Kvalitetsmodellen og får særlige beføjelser til at sikre et samspil mellem Kvalitetsmodellen og det gældende regelsæt på sundhedsområdet (selv om Kvalitetsmodellen ikke i sig selv kan opfattes som regelstyring). Kvalitetsmodellens driftsorganisation etableres som en offentlig organisation (finansieret af skattekrone og med stat og sygehusejere i bestyrelsen), og det hierarkiske setup understreges af, at det er obligatorisk for sundhedsvæsenet at implementere Kvalitetsmodellens evalueringskoncept. Den nationale standardisering og monitorering af sundhedsydelserne, som Kvalitetsmodellen står for, kan også ses som det centrale hierarkiske niveau forsøg på at udøve kontrol af sundhedsvæsenets decentraliserede aktiviteter (og heterogene praksis på kvalitetsområdet) uden at krænke armslængde-princippet. Kvalitetsmodellen baseres ligeledes på værdier knyttet til hierarkisk-demokratisk styring: Modellen er drøftet i en åben demokratisk proces med offentlig høring og inddragelse af de berørte parter. Endelig tillægges input fra borgerne i form af patientoplevelt kvalitet målt via patienttilfredshedsundersøgelser en vigtig betydning som kvalitetsparameter i Kvalitetsmodellens måleinstrumentarium.

Lad os herefter se på, om Kvalitetsmodellen også indeholder træk fra **klan- eller professionsstyring**. Selv om det ikke er lige så tydeligt som ved traditionel akkreditering, der er udsprunget fra og stadig er tæt knyttet til lægefaglige selskaber, viser analysen, at også den danske lægeprofession er 'uformel medbestyrer' af Kvalitetsmodellen. Den fagprofessionelle indflydelse har gjort sig gældende i udviklingen af de kvalitetsstandards, som er kernen i Kvalitetsmodellen, og vil fortsat spille en stor rolle i implementeringen og driften af Kvalitetsmodellen qua det (politiske) valgte evalueringsdesign med selvevaluering som bærende element og akkreditering via peer review. Ligeledes vægtes formativ evaluering med lokal læring tungt, jævnfør traditionel akkreditering, hvor uddannelse af hospitalspersonalet indgår i akkrediteringsprocessen. Lægefaglige værdier indgår samtidig i Kvalitetsmodellens erfaringsmæssige basis i form af tidligere faglige kvalitetsprojekter og opbygget ekspertise.

Men det er ikke kun en hierarkisk- og professionslogik, der genfindes i Kvalitetsmodellen. Inden for den politisk-hierarkiske ramme ses også elementer af markedsstyring og, i mindre grad, netværksstyring.

Fra **markedet** stammer den grundlæggende brugerorientering, som Kvalitetsmodellen er udtryk for med intentionen om at skabe synlighed omkring kvaliteten af (især) sundhedsvæsenets output med offentliggørelse af indikatordata, evalueringsrapporter og benchmarking-sammenligninger af sygehuse mv. Herigennem skal Kvalitetsmodellen støtte op om de etablerede frit valgordninger på sundhedsområdet, hvor borgerne kommunikerer via brug af deres 'exit'-muligheder. Der kan også antages at ligge en forventning om konkurrencefremme blandt sundhedsinstitutionerne i Kvalitetsmodellens tilbagemeldinger (og offentliggørelser) med sammenligninger. At etablere Kvalitetsmodellens driftsorganisation som en selvstændig aktør signa-

lerer samtidig (en vis) uafhængighed af både det politiske hierarki og fagprofessionelle miljø, om end det ligger langt fra den amerikanske akkrediteringsorganisations status som én ud af flere spillere på markedet for ekstern kvalitetsvurdering.

Moran (1999: 16) mener, at de vestlige sundhedsvæsen er præget af, at åbne, ustabile **netværk** i disse år erstatter det traditionelle hierarkiske demokrati. Imidlertid synes dette udviklingstræk ikke at være så fremherskende en del af Kvalitetsmodellens styringskoncept, om end visse kendetegn kan tilskrives en netværks-logik. Selv om Kvalitetsmodellen udgår fra ét autoritativt beslutningsforum, har flere parter (faglige og videnskabelige) nemlig været inddraget i beslutningstagningsprocessen, hvilket kan opfattes som udtryk for, at modellens indhold er »forhandlet« i et netværk af offentlige og private sundhedsaktører. Endvidere fremhæves konsensus og dialog (fx mellem de eksterne auditorer og sundhedspersonalet) i beskrivelsen af, hvordan Kvalitetsmodellen skal fungere og videreudvikles, og vægten lægges generelt på tillid til den lokale kvalitetsudvikling på sundhedsinstitutionerne frem for direkte kontrol og sanktioner. På et overordnet plan ligger det historisk set korporatistiske forhold mellem stat og lægeprofession tættere på netværksstyring end på nogle af de andre nævnte styringslogikker.

Konkluderende fremstår Kvalitetsmodellen således som en *blanding* af flere styringslogikker. Inden for en hierarkisk ramme forankret i en offentlig kontekst overlades et væsentligt rum til professionsstyring, hvilket understøtter antagelsen om, at Danmark kan karakteriseres som en 'health care state', hvor stat og lægeprofession spiller tæt sammen. Men Kvalitetsmodellen indeholder samtidig klare markeds- og visse netværkstræk. En tilsvarende karakteristik af traditionel amerikansk akkreditering ville formentlig afdække en langt højere grad af professions-

styring inden for rammerne af et markedsbaseret samfund.

Et bud på en forklaring af Kvalitetsmodellens særlige styringsmæssige hybrid, og forskellen til dens amerikanske pendant, kunne netop tage udgangspunkt i de specifikke nationale institutionelle kontekster (jf. Blank & Burau 2004, der tillægger disse forhold forklarende værdi for udformningen af sundhedssystemer).

I Danmark har vi en offentlig sundhedssektor, der er underlagt politisk regulering fra hhv. centrale og decentrale myndigheder, og et (endnu) meget begrænset privat sundhedsmarked uden væsentlige styringsaktører. Samtidig er der tradition for et tæt samspil mellem myndigheder og lægeprofession i udformningen af sundhedspolitik, idet informationsasymmetrien kan nødvendiggøre inddragelsen af faglig ekspertise i styring af den lægefaglige kerneydelse – og staten har langt hen ad vejen udvist tillid til den lægefaglige autonomi. I tillæg til denne historiske tradition for hierarki i netværk med professionsstyring har markeds løsninger været populære i den offentlige sektor lige siden New Public Management-bølgen startede med at brede sig fra udlandet i løbet af 1980'erne.

Den amerikanske sundhedssektor er modsat i overvejende grad et privat marked præget af mange konkurrerende aktører, heriblandt stærke lægefaglige selskaber, og uden en dominerende statslig styring.

Kan Den Danske Kvalitetsmodel på baggrund af ovennævnte karakteriseres som primært et politisk styringsredskab eller professionel selvregulering? Analysen synes ikke at give et entydigt svar. På den ene side kan Kvalitetsmodellen ses som indførelsen af *mere hierarkisk* styring (standardisering, overvågning, offentlige sammenligninger), men den åbner også muligheder for *større indflydelse til lægeprofessionen* (som skal

gennemføre evalueringerne og deltage i videreudviklingen af standarderne). Den videre implementering af Kvalitetsmodellen må afventes, før der kan findes yderligere belæg for udsagn i den ene eller anden retning. Til sammenligning endte et forsøg på at opnå en større grad af politisk styring med sundhedsområdet i Storbritannien (iflg. Salter 2004) med styrket professionel selvregulering og en svækket stat.

Ligesom uddannelsesområdets evalueringsmodel betegnes Kvalitetsmodellen som den *danske* model.⁴² I begge tilfælde er det til at få øje på nationale særtræk i evalueringskonceptet, også ud over titelniveauet. Således kan begge modeller ses som en lokal oversættelse af internationale evalueringsstandarde (jf. Røvik 1998) på hvert deres sektorområde – hybrider »mellem international inspiration og dansk selvforståelse« (Dahler-Larsen 2001: 159). Kvalitetsmodellen kobler traditionel (amerikansk) akkreditering med dansk indikatorarbejde og et benchmarking-formål på en hidtil uset måde. Samtidig står det nationale i modsætning til de hidtidige decentrale, ukoordinerede kvalitetsprojekter, som Kvalitetsmodellen bygger videre på, men også hæver sig op over og erstatter.

Står Kvalitetsmodellen for reform eller kontinuitet i forhold til den hidtidige styringspraksis på området? Heller ikke dette spørgsmål kan besvares med et enten/eller. Som nævnt i afsnit 2.1 er det politiske fokus på at måle kvaliteten af sundhedsydelser relativt nyt i Danmark, og Kvalitetsmodellen synes også at indebære en større grad af regulering af den lægefaglige praksis og 'kerneydelse' end hidtil set i dansk sammenhæng. Men samtidig fortsættes det institutionelle spor med politikudvikling i et samspil mellem stat og lægeprofessionelle interesser inden for en offentlig sektor-kontekst. Salter (2004) har slået til lyd for, at en omdefinering af et korporatistisk setup ikke nødvendigvis betyder en ny magtfordeling.

Man kan stille sig selv spørgsmålet, **hvorfor Kvalitetsmodellen indføres netop nu**. Der kan angives et sammenfald af flere årsager. Vi har set, at Kvalitetsmodellen fremstår som et statsligt initiativ. Netop den siddende regering har sat sundhed højt på sin politiske dagsorden (Regeringen 2001 og 2005) og iværksat reformer af sundhedsvæsenet mht. finansieringsmæssige, strukturelle, IT- og, altså også, kvalitetsmæssige forhold. For det *andet* har der i de seneste år været offentligt fokus på de fejl, der begås i sundhedsvæsenet. Den lægefaglige performance har traditionelt været reguleret via professionel selvregulering, men aktuelt har mediers og offentlighedens interesse for (påviste) fejl i sundhedsvæsenet udgjort et pres for politisk handling på området.⁴³ Kvalitetsmodellen kan ses som led i en politisk respons på dette pres om mere overvågning og tilsyn med sundhedspersoners virksomhed og kvaliteten i sundhedsydelserne.⁴⁴ For det *tredje* skal udviklingen af Kvalitetsmodellen som førnævnt ses på baggrund af, og som modtræk til, visse sygehusejeres gennemførelse af egne akkrediteringsprojekter, særligt H:S' akkrediteringsforløb, der startede i 1999 (herom bl.a. Røpke 2001). Og endelig, for det *fjerde*, kan man anskue indførelsen af akkreditering ud fra en sociologisk nyinstitutionel tese om, at der sker en spredning på tværs af organisationer, sektorer og lande af, hvad aktørerne inden for et felt på et givent tidspunkt anser for 'moderne' organisationselementer og styringsredskaber (se fx Røvik 1998). Akkreditering har inden for de sidste 15 år spredt sig til en række lande ud over dem, der traditionelt har anvendt metoden (USA, Australien og Canada) (Frølich et al. 2000; Heinskou 2005),⁴⁵ hvilket kan ses belæg for en sådan spredningsteori, hvor akkreditering også kan opfattes som led i den bredere 'evalueringsbølge' (jf. Dahler-Larsen 1998 og indledningen til denne artikel).

Samtidig med indførelsen af Kvalitetsmodellen står den danske sundhedssektor over for

en omfattende ændring af den institutionelle struktur, der har eksisteret siden kommunalreformen i 1970. Hvorvidt regionaliseringen og den styrkelse af Sundhedsstyrelsen, som den nye Sundhedslov lægger op til, vil udgøre væsentligt nye styringsmæssige betingelser for Kvalitetsmodellen er et relevant spørgsmål, der imidlertid ligger uden for denne artikel at undersøge. Indtil videre synes Kvalitetsmodellen at udgøre et stadig vigtigere kort på hånden i statens udspil i den verserende kvalitetsdebat.

Litteratur

- Albæk, Erik & Olaf Rieper. 2001. »Evaluering i Danmark: Effektevaluering, monitorering og formativ evaluering«, i Dahler-Larsen, Peter & Hanne Kathrine Krogstrup (red.). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag, 130-140.
- Baldwin, R. & Cave, M. 1999. *Understanding Regulation. Theory, Strategy and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Bestyrelsen for den nationale epj-organisation. 2007. *Strategiske udviklingsveje for epj. Eksternt review af det hidtidige epj-arbejde*. København: Deloitte.
- Betænkning afgivet af Uddannelsesudvalget den 20. april 1999 over Forslag til lov om Danmarks Evalueringsinstitut. (Bet. af 20.4.99)
- Bureau, Viola. 2005. »Guidelines for Researching and Writing the First Set of Country Reports (Phase 1 of the Project), March 2005. Governing Doctors – A Comparative Analysis of Pathways of Change, SSF Project 2005-06«. Aarhus: University of Aarhus.
- Blank, Robert H. & Bureau, Viola. 2004. *Comparative Health Policy*. New York: Palgrave Macmillan.
- Dahler-Larsen, Peter. 1998. *Den Rituelle Refleksion – om evaluering i organisationer*, 4. oplag. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, Peter. 2001. »Monitorering af undervisning«, i Dahler-Larsen, Peter & Hanne Kathrine Krogstrup (red.). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag, 156-161.
- EPJ-Observatoriet. 2006. *Statusbeskrivelser for EPJ i amterne 2006*. Aalborg: EPJ-Observatoriet.
- Freeman, Richard. 2000. *The politics of health in Europe*. Manchester: Manchester University Press.
- Frølich, Anne et al. 2000. *Akkreditering af hospitaler: Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada*. København: Evalueringscenter for Sygehuse.
- Fugleholm, Anne-Mette et al. 2004. »Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel«. *Ugeskrift for læger* 19(166) 1779-1783.
- Hansen, Hanne Foss. 2001. »Rejsende praksis«, i Dahler-Larsen, Peter & Hanne Kathrine Krogstrup (red.). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag, 109-129.
- Hansen, Signe Kristina & Jensen, Sara Dam. 2004. *Spillet om sygehusene – (re)centralisering af et decentralt velfærdsområde?*. Speciale ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.
- Heinskou, Torben. 2005. »Akkreditering som ledelsesstrategi«. *Ugeskrift for Læger* 5(167) 536-538.
- Jacobsen, Dag Ingvar & Jan Thorsvik. 1997. *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, T.B. og Vrangbæk, Karsten (2004). *Det offentlige styringsunivers. Fra government til governance?* Magtudredningen.
- Kooiman, Jan. 2003. *Governing as Governance*. London: Sage.
- Kragh Jespersen, Peter. 2005. *Mellem profession og management. Ledelse i danske sygehuse*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Moran, Michael. 1999. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester: Manchester University Press.
- North, Douglass C. 1990. »A Transaction Cost Theory of Policy«. *Journal of Theoretical Politics* 4(2) 355-367.
- Ostrom, Elinor. 1991. »Rational Choice Theory and Institutional Analysis: Toward Complementarity«. *The American Political Science Review* 1(85) 237-243.
- Ostrom, Elinor. 1999. »Institutional Rational Choice. An assessment of the Institutional Analysis and Development Framework.«, i Sabatier, Paul A. (ed.). *Theories of the Policy Process*. University of California, Davis. Boulder: Westview Press, 35-71.
- Ouchi, William G. 1980. »Markets, Bureaucracies, and Clans«. *Administrative Science Quarterly* (25) 129-141.
- Pierre, Jon. ed. 2000. *Debating Governance. Authority, Steering and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.

Pierson, Paul. 2000. »Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics«. *American Political Science Review* 2(94) 251-267.

Regeringen og Amtsrådsforeningen. Div. år. »Aftaler om amternes økonomi«. København.

Regeringen. 2001. *Regeringsgrundlag 2001 : vækst, velfærd, fornyelse*. København: Statsministeriet.

Regeringen. 2005. *Nye mål : regeringsgrundlag*. København: Statsministeriet.

Regeringen. 2007. *Bedre velfærd og større arbejdsglæde. Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige sektor*. København: Statsministeriet.

Røpke, Ian. 2001. *Akkreditering – en kvalitativ forandring?*. Speciale ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.

Røpke, Ian. 2003. »Akkreditering af de danske sygehuse – betyder nye ledelsesmæssige udfordringer«. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 2(79) 62-66.

Røvik, Kjell Arne. 1998. *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Salter, Brian. 2004. *The New Politics of Medicine*. New York: Palgrave Macmillan.

Scharpf, Fritz W. 1997. *Games Real Actors Play. Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder, Colorado and Cumnor Hill, Oxford: Westview Press.

Schiøler. 2004. Interview med Thomas Schiøler, Projektsekretariatet for Den Danske Kvalitetsmodel, Sundhedsstyrelsen, den 22. september 2004. Interviewet gennemførtes i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende artikel.

Sundhedsstyrelsen. 2004. »Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse. Version 1.3, 20. december 2004«. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. 2005. »Karsten Hundborg direktør for Den Danske Kvalitetsmodel«, Pressemeddelelse af 8. april 2005, læst på www.sst.dk.

Sørensen, Eva. 2002. *Politikerne og netværksdemokratiet. Fra suveræn politiker til meta-guvernør*. København: Jurist- og Økonomforbundet.

Thune, Christian. 1999. »Den danske evalueringsmodel«. *Skolen i morgen* 2(3) 7-8.

Walshe, Kieran. 2003. *Regulating healthcare : a prescription for improvement*. Buckingham: Open University Press.

www.kvalitetsinstitut.dk. Hjemmesiden for Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Noter

1. Fremgår af diverse dokumenter på www.kvalitetsinstitut.dk - Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenets hjemmeside.
2. Dette er til dels inspireret af en intern projektbeskrivelse til et igangværende forskningsprojekt med titlen "Governing Doctors" (Burau 2005), der ser på de samme tre styringsaspekter.
3. Det kan fx være navngivne læger, der har udtalt sig offentligt om Kvalitetsmodellen; sygehuslæger som gruppe; læger, der indgår i Kvalitetsmodellens korps af eksterne auditorer, m.fl. Afgørende er, at lægerne kan ses som repræsentanter for lægestanden og ikke fx primært for en myndighed i det politisk-administrative system (hermed udelukkes læger ansat i Sundhedsstyrelsen eller Projektsekretariatet for Kvalitetsmodellen, idet de antages først og fremmest at repræsentere Sundhedsstyrelsen).
4. og daværende amtslige (Amtsrådsforeningen og H:S).
5. Akkreditering af lægefagligt arbejde og sundhedsinstitutioner opstod som disciplin i USA i begyndelsen af det 20. århundrede. Her blev også den første akkrediteringsorganisation etableret. Den amerikanske akkrediteringstradition har lagt grunden til al senere sundhedsakkreditering, som først bredte sig til Australien og Canada, og siden til en række, også europæiske, lande (Frølich et al. 2000: 3, 9).
6. De teoretiske antagelser er primært inspireret af følgende teoretiske bidrag: Vedr. det 'integrerede aktørbegreb', der kobler en rationel og sociologisk aktørforståelse, se Ostrom 1991 og 1999; vedr. organisationer som kollektive aktører, se Scharpf 1997; vedr. historiske spor, se North 1990 og Pierson 2000.
7. Denne inddeling er inspireret af en tilsvarende oversigt over 'governing structures', som anvendes i førnævnte forskningsprojekt "Governing Doctors" (Burau 2005) og i Jørgensen og Vrangbæk 2004. Ouchi (1980) opererer med en lignende kategorisering: "Marked, bureaukrati og klan er tre distinkte mekanismer, som kan være til stede i varierende grad i enhver virkelig organisation" (Ouchi 1980: 298, vores oversættelse).
8. Fx at man ikke har tid til eller mulighed for at skaffe sig fuld information, ikke har kapacitet til at bearbejde al information, man får, og til dels er handlingsmæssigt 'bundet' af de institutionelle

- rammer i omgivelserne (se fx Jacobsen & Thorsvik 1997: 261).
9. Sundhedsstyrelsen 2004. "Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse. Version 1.3 af 20. december 2004". Denne version er stadig den officielt gældende modelbeskrivelse, som dog vil blive ændret i takt med Kvalitetsmodellens udvikling (www.kvalitetsinstitut.dk).
 10. Om udviklingen i forhandlingsdagsordenen vedr. økonomiaftalerne, se bl.a. Hansen & Jensen 2004.
 11. Kvalitetsmodellen bygger videre på de foregående års arbejde med kvalitetsudvikling i hele sundhedsvæsenet, på både centralt og decentralt niveau (processen beskrives i fx Fugleholm et al. 2004). Men initiativet til at etablere en samlet kvalitetsmodel på området er statsligt.
 12. Hvis man ser bort fra, at læger som ansatte i projektsekretariat og Sundhedsstyrelsen (herunder medicinaldirektøren) har deltaget i udviklingen af modellen, og udelukkende fokuserer på læger uden for det politisk-administrative system.
 13. Kvalitetsmodellen består af såkaldt 'Generelle', 'sygdomsspecifikke' og 'organisatoriske' standarder (Sundhedsstyrelsen 2004), hvilket uddybes i artiklens afsnit *Hvad styres?* De sundhedsvidenskabelige selskaber har (ifølge Heinskou 2005) formuleret de sygdomsspecifikke standarder.
 14. Moran (1999) anvender begrebet 'the health care state' som udtryk for den interdependens, hvor lægeprofessionelle og statslige interesser er tæt sammenvævet – staten er afhængig af lægerne for at kunne tilbyde de sundhedsydelser, der kendetegner en velfærdsstat, mens lægerne omvendt får deres professionelle legitimitet (autorisation) fra staten. Moran mener, at dette institutionelle setup er kendetegnende for et bredt udsnit af de vestlige lande, og påpeger, at det grundlæggende er i modstrid med demokratiske værdier.
 15. Salter (2004) ser sundhedspolitik som udformet inden for et korporatistisk setup af 'a triangle of forces' bestående af stat, læger og civilsamfund.
 16. Akkreditering betyder inden for sygehusledelse "en uafhængig organisations/instituts undersøgelse af og bekræftelse på, at et sygehus lever op til et antal forud fastlagte standarder" (Frølich et al. 2000).
 17. Økonomiaftalen for 2005 anfører, at "I det omfang Sundhedsstyrelsen på baggrund af faglige anbefalinger, nuværende lovgivning mv., finder det nødvendigt at komme med specifikke krav til indholdet i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, fx krav til standarder og indikatorer, indarbejdes de i modellen."
 18. Selvevaluering spiller ligeledes en fremtrædende rolle i den akkrediteringspraksis, der finder sted i bl.a. Canada og Australien, men som sagt ikke i USA (Frølich et al. 2000).
 19. Inden Kvalitetsmodellen blev lanceret, havde H:S og Sønderjyllands Amt gennemført hvert deres akkrediteringsprojekt ud fra forskellige udenlandske akkrediteringsmodeller – H:S valgte den amerikanske model, Sønderjyllands Amt den skotske.
 20. En dansk pendant kan genfindes på uddannelsesområdet, hvor det tidligere Evalueringscenter for de videregående uddannelser siden er videreført i større skala i Danmarks Evalueringsinstitut, der skal evaluere al undervisning og uddannelse under Undervisningsministeriet.
 21. En standard defineres som "et sæt af foruddefinerede krav. Standarderne vedrører sundhedsydelser og aktiviteter" (Sundhedsstyrelsen 2004: 8).
 22. Den generelle, nyere udvikling inden for akkreditering er en stigende anvendelse af resultatmåling og indikatorer, (Frølich et al. 2000), men pointen her er at fremhæve træk ved traditionel akkreditering som sammenligningspunkt for den danske Kvalitetsmodel.
 23. Baseret på overskrifter for JCAHO's grupper af standarder anført i Frølich et al. 2000: 18.
 24. Ligesom der endnu ikke er påvist nogen videnskabelig dokumentation for, at akkreditering fremmer kvaliteten af sundhedsydelserne (Frølich et al. 2000: 4).
 25. Således er den efter planen væsentligste datakilde: Elektronisk patientjournal (EPJ) (Sundhedsstyrelsen 2004: 28), på nuværende tidspunkt ikke færdigudviklet og dermed heller ikke -implementeret (se bl.a. EPJ-Observatoriet 2006 og Bestyrelsen for den nationale epj-organisation 2007).
 26. Hvilket dog modificeres af det førnævnte forhold, at de kliniske standarder er udarbejdet af/i samarbejde med lægerne selv.
 27. Defineret som "operationelt målbare variabler, der belyser kvaliteten af en aktivitet i sundhedsvæsenet" og er "knyttet til en standard" (Sundhedsstyrelsen 2004: 17).
 28. Hvor traditionel akkreditering som nævnt mest måler struktur- og proces-kvalitet.

29. Traditionel akkreditering opererer som sagt med langt flere standarder end Kvalitetsmodellen.
30. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet blev tidligere beskrevet som "de tusind blomster" som et billede på de mange spredte, ukoordinerede projekter, der dukkede op, se fx Røpke 2003.
31. Albæk & Rieper (2001) sonderer mellem tre hovedtyper af evalueringer: Effektevalueringer, monitorering og formativ evaluering.
32. I USA sigtes også på stigende brug af kontinuerlig akkreditering, så man undgår 'peaks' omkring akkrediteringstidspunktet, men får en vedvarende høj kvalitet, forbundet med stigende brug af indikatormålinger (Frølich et al. 2000: 28).
33. I den danske sundhedssektor foretages også uanmeldte kontrolbesøg, fx ifm. embedslægerens årlige tilsyn med sundhedsforholdene på de kommunale plejehjem.
34. At dette perspektiv indgik i grundlaget for Kvalitetsmodellen beskrives i fx Fugleholm et al. 2004.
35. Der kan lægges faglige (krænkelser af faglig stolthed), økonomiske (hvis informationen anvendes af patienter ifm. frit sygehusvalg) og sociale (omverdenens anerkendelse) motiver til grund for en sådan adfærdsregulerende virkning.
36. I rapportens forord fraråder Frølich et al. (2000) ligeledes, at akkreditering anvendes som benchmarking-redskab.
37. Sundhedskvalitet.dk planlægges udbygget i både bredden (med inddragelse af hele sundhedsvæsenet) og dybden (med oplysninger om flere kvalitetsparametre) - se fx Regeringen 2007.
38. Offentliggørelse af institutionernes eventuelle supplerende oplysninger kan dog ske på egne hjemmesider (Sundhedsstyrelsen 2004: 33).
39. Selv om det i praksis sjældent sker, fx var der i 1998 ikke nogen hospitaler, som ikke blev akkrediteret (Frølich et al. 2000: 25).
40. Ifølge Lov om Danmarks Evalueringsinstitut, kap. 2. I praksis er der dog ikke tradition for at benytte sådanne sanktioner, heller ikke på uddannelsesområdet, og det må antages kun at ske i yderst sjældne tilfælde.
41. Oversigten stammer fra et bilag med 'governing structures' (det, vi kalder 'styringslogikker') til projektbeskrivelsen til forskningsprojektet "Governing Doctors" (Burau 2005). Bilaget består af en matrix med de fire styringslogikker: 'Hierarchy', 'Market', 'Network' og 'Clan/profession', samt angivelse af, hvad der typisk kendetegner logikkerne ift. tværgående styringsvariable som 'organization', 'steering mechanisms', 'values and cognitive frames' samt 'change dynamics'.
42. Den tidl. direktør for Danmarks Evalueringsinstitut (EVA) Christian Thune lægger i sin artikel "Den danske evalueringsmodel" (Thune 1999) kraftig afstand til den rangordning af uddannelsesinstitutioner, som er kendt i udlandet. Og i det lovforberedende arbejde ses EVA som en mulighed for at foretage evalueringer efter specifikt danske evalueringskriterier defineret som "såkaldte bløde værdier som evnen til samarbejde, demokrati, sociale hensyn mv." (Bet. af 20.4.99).
43. Både enkeltsager og generel offentliggjort statistik om fejl i sundhedsvæsenet har på det seneste været store mediesager i Danmark, fx på det plastikkirurgiske område. Ved konstatering af fejl retter mediers og offentlighedens opmærksomhed sig primært mod myndighedernes og politikernes rolle.
44. Dette svarer til den institutionalisering af den statslige overvågnings-, evaluerings- og standardiseringsvirksomhed, der er set i Storbritannien som følge af et lignende pres på det politiske niveau fra medier og offentlighed (Salter 2004: 129 ff.).
45. Heinskou (2005) anfører i sin artikel en "undren over, at et enkelt ledelsesredskab kan få en så entydig, monoman, næsten naturgiven og uafviselig karakter", hvilket kan afspejle, hvordan der kan gå 'mode' i et bestemt organisationselement.

Abstracts

Empatisk europæisk og effektiv nord-amerikansk integrationspolitik

Gunnar Viby Mogensen, cand. polit. og dr. phil., gæsteforsker i Danmarks Statistik

Emphatic European and efficient North American integration policies

The recent Danish Commission on Welfare has pointed to the very heavy burden on the public finances in the future of the bad Danish experiences with integration on the labour market of immigrants from the developing world. The employment/population ratio has in the last decades been on the level of 75-80 percent for Danes, but below 50 for this dominant part of immigration to Denmark. On the background of this employment gap, a review is given of recent economic literature on the far more successful integration of these immigrant groups in USA and Canada.

American and Canadian economists – including in the case of both countries George J. Borjas – are shown often to write on the integration process on a pessimistic note, especially because the possibility for family reunion has led to a strong tendency for family creation and thus »chain immigration« from poor countries in Latin America and Asia, leading to a heavy increase in the number of immigrants arriving in North America with only low levels of education.

Nevertheless, the research literature shows that measured by the employment gap between these immigrants and natives, the integration results in USA and Canada are far

better than in Northwestern Europe. In Denmark in most recent years, the low levels of unemployment, and a copying of the Canadian quality test of immigrants as well as of the American interest for keeping at least a certain element of economic incentives in the welfare systems, have worked together to reduce the employment gap for immigrants from the poor world – although the gap in Denmark remains one of the largest in the Western world.

Udenlandsk arbejdskraft i Danmark

Nikolaj Malchow-Møller, CEBR
og Syddansk Universitet
Jakob Roland Munch, Københavns
Universitet og CEBR
Jan Rose Skaksen,
Copenhagen Business School og CEBR

Immigrant labour in Denmark

This article analyses the character of the immigration to Denmark with a particular focus on the recent immigration from Eastern Europe following the EU enlargement in May 2004. We show that the share of immigrants among wage workers in Denmark has increased from below 3 % to around 5 % over the last 10 years. Furthermore, after the EU enlargement, the share of immigrants from Eastern Europe has increased. Immigrants are in general concentrated on fewer industries and job types than native workers. In particular the unskilled native workers have been exposed to increased competition from immigrants in the labour market, although less so when we consider the immigration from Eastern Europe. Finally, our analysis of the