

Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 15, 2011

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 15: *Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet*

© 2011 forfatterne og udgiverne

Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

Gæsteredaktører:

Ulf Kåre Jansbøl, Dansk Sundhedsinstitut, København
Katrine Schepelern Johansen, Institut for Antropologi, Københavns Universitet
Marius Brostrøm Kousgaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

Peer review foretages af et tværvidenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

Proof: Emil Mølgaard Morell

Layout og prepress: Ea Rasmussen

Tryk: Werk Offset, Højbjerg

Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg

Bestilling og abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg
Torsdag kl. 13.00-16.00, tlf. 89424597
Email: sydomogsamfund@hum.au.dk
Hjemmeside: ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sydomogsamfund

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

Formål:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

Indhold

Kåre Jansbøl, Katrine Schepelern Johansen & Marius Brostrøm Kousgaard

Introduktion 5

Kjeld Høgsbro

Evidensbaseret praksis – forhåbninger, begrænsninger og muligheder 11

Morten Hulvej Rod

Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse 31

Nichlas Permin Berger & Karsten Vrangbæk

Kan MTV styrkes ved brug af realistisk evaluering?

– Udfordringer, barrierer og muligheder ved brug af realistisk evaluering til vurdering af komplekse behandlingsteknologier 55

Katrine Schepelern Johansen & Kathrine Louise Bro Ludvigsen

Antropologiske evalueringer af misbrugsbehandling

– viden om kompleksitet, relationer og hverdagspraksis 77

Maria Laura Lippert

Kvalitetsmålinger i almen praksis: ny teknologi og gamle logikker 97

Morten Knudsen

Om grænser for kvalitetsteknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem 121

Peter Dahler-Larsen

Om evalueringsbølgens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer 149

Abstracts in English 165

Forfatterliste 171

Skrivevejledning 173

Beskrivelse af nr. 16 176

Kvalitetsmålinger i almen praksis: ny teknologi og gamle logikker

Maria Laura Lippert

Forskningsenheden for Almen Praksis, Kbh.

llippert@sund.ku.dk

Lippert, M. L. (2011). Kvalitetsmålinger I almen praksis – Ny teknologi og gamle logikker. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 15, 97-120.

Ny elektronisk evaluerings- og kvalitetsudviklingsteknologi søges i disse år implementeret blandt alment praktiserende læger i Danmark. En nylig overenskomstbeslutning om at gøre det såkaldte datafangstinitiativ obligatorisk har affødt debat om konsekvenser for fagligheden i almen praksis. Mangfoldige formål og funktioner vanskeliggør en klar karakteristik af initiativet. Sigter det mod læring, eller er der tale om en kontrolforanstaltning? Det er svært at få hold på. Det bidrager ikke til en afklaring, at der har udviklet sig en diskurs, hvor modernisering, udvikling og fremskridt ved hjælp af ny teknologi på den ene side stilles overfor forstening og teknologiforskrækkelse på den anden. Det er en modstilling, som denne artikel sigter mod at nuancere ved at sætte datafangstinitiativet ind i en evalueringshistorisk sammenhæng.

Et tilbageblik viser, at selvom det er udviklingen af helt ny it-teknologi, der nu ser ud til at muliggøre nationale kvalitetsmålinger i almen praksis, bygger datafangstinitiativet i udstrakt grad på den tankegang, som udgjorde grundlaget for evalueringer tilbage i 1960'erne, da evalueringsdisciplinen først opstod. Det gælder det overordnede sigte samt det grundlæggende videnssyn og dertil hørende definitioner af god kvalitet.

Selvom datafangstinitiativet bygger på en klassisk naturvidenskabelig evalueringslogik, rummer redskabet også en række elementer, der er opstået i forbindelse med helt andre

evalueringsslogikker. Det gælder blandt andet vægt på læring på praktikerniveau og en høj grad af deltagerinvolvering i evalueringsprocessen. Artiklen ser nærmere på, hvilken rolle disse elementer spiller, og på hvad kombinationen af logikker betyder for balancen mellem lærings- og kontrolformål. Mulige konsekvenser for anvendelse og effekter i praksis diskuteres, og der peges på en række udfordringer og opmærksomhedspunkter for en fremadrettet debat om det konkrete initiativ.

Kvalitetsmålinger i almen praksis

Almen praksis i Danmark har ikke tidligere været omfattet af systematiske evalueringsaktiviteter på nationalt niveau, men i disse år gøres forsøget. Myndigheder og faglige organisationer knytter store sundhedspolitiske forhåbninger til en ny elektronisk kvalitetsudviklings- og evalueringsteknologi, datafangst, som betyder, at der løbende kan indsamles oplysninger om behandling og resultater fra praktiserende læger i hele landet. Til forskel fra beslægtede initiativer i andre dele af sundhedssektoren har deling af disse oplysninger været en frivillig sag for lægerne, siden teknologien blev lanceret i 2007. Det ændres der på med den nyeste overenskomstaftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, PLO, og Danske Regioner ved Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Aftalens § 98 om datafangst betyder, at alle alment praktiserende læger, hurtigst muligt og inden overenskomstperiodens udløb 1. april 2013, skal kobles op på teknologien og begynde at sende oplysninger om patienter og egne arbejdsprocesser til en central kvalitetsudviklingsdatabase (Lægeforeningen, 2011). Den del af overenskomstaf-talen, der omhandler udvikling af almen praksis på sigt – den såkaldte udviklingskontrakt – fastslår på ny planerne om, at almen praksis skal omfattes af den samlede akkrediteringsmodel for sundhedsvæsenet, Den Danske KvalitetsModel, DDKM. Det vil sige planer om, at oplysninger indhentet via datafangst på sigt skal danne baggrund for akkreditering¹ – formel godkendelse af, at centralt fastsatte standarder for kvalitet på området overholdes (RLTN & PLO, 2010: 17). Mulighed for offentliggørelse af kvalitetsvurderinger på praksisniveau, herunder patienttilfredshed, nævnes, men aftalen indeholder ikke nærmere angivelser af, hvilke forhold i almen praksis, som akkrediteringen skal omfatte, eller af hvordan vurderingen skal foregå (RLTN & PLO, 2010: 17).

Datafangstteknologien blev oprindeligt udviklet med tanke på indsamling af oplysninger, der skulle øge mulighederne for forskning baseret på oplysninger om patienter, der er i behandling hos deres alment praktiserende læge. Inspiratio-

nen var et forskningsprojekt, der anvendte elektronisk registrering af patientdata i almen praksis ved hjælp af disketter. Fra 2005 medfinansierede Sundhedsministeriet udviklingen af et softwareprogram, der kunne lette den type registreringsprocesser i almen praksis, og med de praktiserende lægers overenskomst fra 2006 fik datafangst status som kvalitetsudviklingsteknologi² (DAK-E, 2006: 4). I præsentationen af redskabet er der hidtil blevet lagt stor vægt på frivillighedsaspektet og lægernes mulighed for læring gennem løbende feedback og selvmonitorering (se f. eks. Friborg, Schroll & Eriksson, 2007: 51)³. Med den nye overenskomst er lægernes pligt til at dokumentere egne processer og resultater udadtil kommet i fokus. Der er tale om en ændring af teknologiens status, som må forventes at have betydning for dens konkrete anvendelse og effekter.

Løbende ændringer af teknologiens status og formål samt mangfoldige funktioner er med til at vanskeliggøre en klar karakteristik af datafangstinitiativet. Mange typer af hensyn og overvejelser har skullet indgå i udformningen og præsentationen af datafangst. Sundhedsområdet – og ikke mindst almen praksis – er præget af stærke professionelle og interessebaserede organisationer og en høj grad af decentral beslutningstagning. Det er en struktur, der kan styrke afbalancering mellem forskellige hensyn og interesser, men som også kan bevirke en tendens til tvetydige formuleringer og nedtoning af potentielt konfliktskabende forhold (Baier, March, & Sætren, 1986).

Datafangst har status som kvalitetsudviklingsteknologi. Der har hidtil været fokus på såkaldte læringsformål i præsentationen af initiativet, men med de seneste overenskomstmæssige ændringer af initiativets status ser de formål, som handler om at kontrollere og dokumentere, ud til at have fået øget vægt. Målingerne skal bidrage til kvalitetsudvikling og regulering af almen praksis, men hvad er det for en kvalitet, der sigtes mod at opnå? Hvordan skal udviklings- og læringsformål spille sammen med de kontrolelementer, som initiativet også rummer? Hvilke effekter kan der forventes på praktikerniveau? Der er tale om et nyt redskab, som endnu ikke er fuldt implementeret, og hvis samlede udformning og anvendelse ikke er endeligt afgjort. Det er for tidligt at sige noget endeligt om effekter og konsekvenser af teknologien i den konkrete sammenhæng, men en overordnet karakteristik af de aktuelle kvalitetsudviklingsbestrebelse i almen praksis kan foretages med udgangspunkt i den (evaluerings)historiske udvikling, som initiativet indgår i, og kan bidrage til en foreløbig belysning af de spørgsmål.

Efter en beskrivelse af datafangstteknologiens udformning, formål og aktuelle status gennemgås i det følgende de evalueringslogikker og grundlæggende tankegange, som kan siges at karakterisere initiativet. Ved at sætte datafangst ind i en

evalueringshistorisk sammenhæng vises det, hvordan datafangst – som eksempel på et typisk aktuelt kvalitetsudviklingsinitiativ – griber tilbage til den tankegang, som var udgangspunktet for evalueringer tilbage i 1960'erne. Der argumenteres for, at den evidensbølge, som datafangst er en del af, kan ses som en styrket og udvidet version af den klassisk naturvidenskabelige evalueringslogik. Det historiske tilbageblik bruges til at indkredse to centrale elementer ved datafangstinitiativet, som ved første blik ser ud til at bryde med denne form for logik: *Læring på praktikerniveau* og *høj grad af deltagerinvolvering i evalueringsprocesser* er elementer, som har vundet indpas på evalueringsområdet i forbindelse med 1990'ernes kritik af det klassiske videnskabelighedsparadigme. Det diskuteres, hvordan disse elementer fungerer i samspil med den logik, der i øvrigt præger udformningen af datafangst og blandt andet påvirker forholdet mellem lærings- og kontrolformål. Afslutningsvis peges der på en række udfordringer og opmærksomhedspunkter af betydning for en fremadrettet debat om endelig udformning og anvendelse af det konkrete initiativ.

Ny teknologi og nye evalueringsmuligheder

Forsøg på at måle kvalitet på sundhedsområdet har hidtil i overvejende grad været koncentreret om sygehussektoren. Hospitalerne har gennem adskillige år har været genstand for centralt igangsatte kvalitetsvurderings- og udviklingstiltag, og der er gennemført systematiske målinger med henblik på formel akkreditering af kvaliteten i ydelserne siden 2009⁴. Målene beskrevet i DDKM, er de samme for almen praksis som for sygehussektoren. De handler om at forbedre samarbejdet på tværs af sektorer, om at øge inddragelsen af forskningsbaseret viden i den sundhedsfaglige praksis og om at fremme gennemsigtighed og dokumentation⁵. Det har hidtil været vanskeligt at tilvejebringe oplysninger om behandling og resultater fra almen praksis blandt andet på grund af organiseringen med mange små selvstændige enheder (DAK-E, 2007: 36).

Med udviklingen af softwareproduktet, Datafangstmodulet, er det nu blevet muligt at indsamle oplysninger om udskrevet medicin, diagnoser, laboratorieresultater og ydelser hos alment praktiserende læger, i takt med at de registreres i den enkelte lægepraksis' egne systemer. Datafangstmodulet fungerer sådan, at det efter installation i lægens eget it-system løbende og automatisk overfører oplysninger fra de elektroniske patientjournaler til den centrale kvalitetsudviklingsdatabase, Dansk Almen Medicinsk Database, DAMD.

Rent praktisk foregår indrapporteringen af data i forbindelse med datafangst sådan, at størstedelen af de oplysninger, der danner grundlag for vurderingerne, overføres automatisk, når de registreres i klinikens eget elektroniske lægesystem. Det gælder oplysninger om udskrevet medicin, diagnoser og laboratorieresultater, samt stamoplysninger (alder, vægt, højde mv.) om alle patienter på de sygdomsområder, hvor der er udviklet indikatorer. Oplysninger om processer, der ikke angives i patientjournalen, registreres én gang årligt ved hjælp af en såkaldt pop-up, der kommer frem på lægens computerskærm. Her krydser lægen af, om der er gennemført en livsstilssamtale og andre processer, som anbefales i de kliniske vejledninger. Disse selvrapporterede oplysninger – løbende overført eller sendt via pop-up'en – udgør grundlaget for såvel kvalitetsrapporter på klinisk niveau, der løbende udarbejdes af DAMD til lægerne med henblik på interne evalueringprocesser som for eksterne og overordnede vurderinger af kvaliteten i sektoren. Desuden for forskellige typer af forskningsprojekter.

I den gennemgående argumentation for anvendelse af datafangst beskrives formålet i en meget overordnet vending som "optimering af behandlingskvaliteten" (se f. eks. DAK-E 2007: 7). Med udgangspunkt i udformningen af redskabet kan formålene opdeles i to hovedkategorier, der begge vedrører øget dokumentation af indsats og resultater.

Der er dokumentations- og kontrolformål: Fra DAMD videresendes oplysningerne fra almen praksis månedligt i anonymiseret form til det Nationale Indikatorprojekt, NIP, hvor de blandt andet anvendes til sammenligning (benchmarking) af behandlingsresultater mellem almen praksis og hospitalsambulatorier og mellem forskellige geografiske områder. Disse opgørelser og sammenligninger offentliggøres på regionsniveau på hjemmesiden sundhed.dk, og ifølge den nye overenskomsttaftale med Danske Regioner vil også regionerne fremover modtage kvartalsvise rapporter om ydelser og resultater i almen praksis på aggregeret niveau (RLTN & PLO, 2010: 65). Det er desuden, som nævnt, meningen, at de indsamlede oplysninger på sigt skal danne baggrund for systematisk akkreditering. Et sæt standarder og indikatorer – en såkaldt kvalitetsmodel for almen praksis – er for øjeblikket under udvikling i IKAS-regi, *Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet*. Det forventes at en samlet kvalitetsmodel for almen praksis ligger klar, så den kan pilotafprøves indenfor overenskomstperioden og endeligt forhandles ved fornyelse af overenskomsten i 2013 (RLTN & PLO, 2010: 64). Når modellen ligger klar, er det Danske Regioners ønske, at offentliggørelsen af resultater skalophøre med at være anonym og foregå, så den enkelte praksis kan identificeres af alle (Danske Regioner, 2007: 13).

Der er lærings- og handlingsanvisende formål: DAMD udarbejder løbende rapporter til de alment praktiserende læger, som sender oplysninger til databasen. Lægerne får egne journaldata retur i en form, der er beregnet på at rette deres opmærksomhed mod patientgrupper ved at gøre det lettere for lægen at sammenligne individuelle patientforløb inden for sygdomsgruppen. For diabetes-patienter indeholder returoplysningerne for eksempel oversigter over de seneste målinger af blandt andet langtidsblodsukker (HbA1c), blodtryk og kolesterol. Oversigterne indeholder angivelser af, hvilke tal der er faldet eller steget siden sidste måling, og af om værdierne ligger inden for det, der anbefales i gældende kliniske retningslinjer. Tilbagemeldingerne indeholder også en automatisk "risikostratificering" af patienterne. Det vil sige, at patienterne bliver placeret på ét af i alt tre behandlingsniveauer: hovedvægt på egenkontrol, behandling hos egen læge eller – for dem med de dårligste værdier – kontrolforløb i sygehusregi⁶ (DAK-E, 2006: 5 ff.). Lægerne har desuden adgang til at sammenligne sig med regionale og nationale gennemsnit for regulering og opsporing af grupper af patienter med kroniske sygdomme.

Den seneste udvikling af redskabet omfatter patienters mulighed for elektronisk adgang til egne sundhedsoplysninger. Sidst men ikke mindst kan enkeltpersoner og institutioner ansøge DAMD om dataudtræk beregnet til forskningsbrug.

Status og aktuelle diskussioner

Status for implementering af datafangstinitiativet er i skrivende stund, at et sæt kvalitetsindikatorer – kvantitative evalueringskriterier – for diabetes er taget i anvendelse, mens indikatorer for en række andre sygdomsområder er udviklet eller undervejs⁷. Behandlingsresultater på diabetes-området i almen praksis er indtil videre blevet offentliggjort på sundhed.dk tre gange på regionsniveau. Tallene her har dog kun dækket en meget begrænset andel af de patienter, der er i behandling i sektoren. I forrige opgørelsesperiode var det nemlig kun 175 praktiserende læger (8,2 %), der havde koblet sig op på teknologien og videresendte patientdata, der var tilstrækkeligt komplette, til at de kunne indgå i opgørelserne⁸ (NIP, 2010: 3). Aktuelt er cirka 330 praktiserende læger (cirka 15 %) koblet op på teknologien (personlig meddelelse fra leder af DAMD, Henrik Schroll, på møde i Baggrundsgruppen for Patientforløb og Indikatorer, 31.3.2011).

I forbindelse med en evaluering af initiativet fra 2009 er den hidtil relativt lave tilslutning blevet undersøgt med vægt på en række praktiske, pekuniære⁹ og tek-

niske forhold (Thorsen, 2009). Disse forhold har været under løbende tilpasning, siden evalueringen blev gennemført, men debatten i fagblade og dagsblade vidner også om andre former for barrierer. Jævnlig indlæg fra brugere af teknologien, kvalitetsudviklere og fagpolitisk aktive læger udtrykker optimisme, hvad angår de muligheder for styrkelse af faget, som datafangst forventes at føre med sig – se f.eks. Wendt Jensen (2010), Larsen (2011) og Dupont (2010). Op til beslutningen om at gøre datafangst obligatorisk har flere 'menige' alment praktiserende læger imidlertid udtrykt forskellige former for skepsis over udviklingen. Flere har således erklæret sig uenige i den definition af faglig kvalitet, som de rent talbaserede vurderinger udtrykker. Indlæg i *Ugeskrift for Læger og Dagens Medicin* har meldt om bekymring for utilsigtede konsekvenser i form af ensidigt fokus på numeriske værdier og biomedicinske aspekter af lægegeringen i en faglig sammenhæng, som traditionelt har defineret faglig kvalitet ved helhedstænkning og udgangspunkt i den enkelte patient – se f.eks. Arnhild (2010), Søgaard-Jensen (2010) og også Gannik (2004). Enkelte af disse går så vidt som til at tale om risiko for en decideret undergravning af det almenmedicinske speciale, hvis denne type målinger indføres (eks. Søgaard-Jensen, 2010).

Spørgsmålet om kontrolformål overfor læring, går igen som et springende punkt for både tilhængere og modstandere af teknologien. Det er karakteristisk for diskussionen, at ingen – uanset øvrig holdning til datafangst – erklærer sig som tilhængere af en kontrolfunktion. I en kronik i *Ugeskrift for Læger* skriver alment praktiserende læge Peter Arnhild:

"Kvalitetssikring ved datafangst handler mere om kontrol af lægens adfærd end om borgernes helbred og livskvalitet [...]. Risikoen er, at lægen fratages sin empati og dynamik i mødet mellem læge og patient, som kendes i dag." (Arnhild, 2010)

Formand for PLO, Henrik Dibbern, har kommenteret den kritiske kronik:

"Jeg er helt enig [...] i at datafangst aldrig må blive et redskab til at kontrollere og overvåge de praktiserende læger med. Men sådan opfatter jeg det heller ikke. Jeg ser det derimod som et redskab, der med stor fordel kan bruges i hver enkel praksis til at arbejde med kvalitetsudvikling." (Dibbern, 2010)

Fælles for indlæggene i debatten er også en tiltro til, at datafangst vil have effekt. Der er imidlertid ikke foretaget undersøgelser, som dokumenterer hverken positive eller negative effekter af det konkrete redskab, og skeles der til andre sammenhænge, er det er kun i meget begrænset omfang blevet systematisk udforsket, hvordan denne type målinger påvirker forskellige former for praksis¹⁰. De få

eksisterende studier af lignende initiativer i sundhedssammenhæng tyder på, at målbare resultater kan glimre ved deres fravær (Kjellberg & Sørensen, 2003: 21), og på at effekter på længere sigt i mange tilfælde ligger langt fra det forventede og intenderede¹¹ (Bhatti, Hansen & Rieper, 2006, pp. 52, 116). Der er gennemført undersøgelser af konsekvenser af præstations-målingssystemer i sundhedssektorerne i USA og Storbritannien, som tyder på, at det har væsentlig betydning for opnåelsen af de tilsigtede resultater, om kontrollen kobles med for eksempel økonomiske incitamenter og offentliggørelse af vurderinger (Kjellberg & Sørensen, 2003: 4). De internationale erfaringer peger imidlertid også på, at jo flere og stærkere incitamenter – henholdsvis sanktioner – der er knyttet til anvendelsen af præstationsmålinger, jo større vil risikoen ligeledes være for, at der opstår utilsigtede negative konsekvenser (Kjellberg & Sørensen, 2003: 5).

Datafangst er aktuelt hverken koblet med incitamenter eller sanktioner, og det vides ikke, om redskabet leder til den ønskede 'optimering af behandlingen' eller medfører generelt ændret adfærd – i ønsket eller uønsket retning. Debatten om teknologien har det ikke desto mindre med at spidse til og opdele debattørerne i absolutte tilhængere på den ene side og absolutte modstandere på den anden. Tilhængere af redskabet beskylder modstanderne for faglig dovenskab og bagstræberi. Tilhængere beskyldes til gengæld for naivitet og halvreligiøs tro på standardisering som løsning på hvad som helst. I "Dagens Medicin" i netudgave blev en længere debatstreng, der opstod som reaktion på indlægget "PLO: Tvungen datafangst er tegn på overskud i en krisetid." (14.1.2011), således lukket af redaktionen i februar (9.2.2011) med den begrundelse, at debatten havde udviklet sig i "primitiv og ulidelig retning"¹². Også når tonen er sober har der imidlertid – blandt andet i kvalitets-udviklings- og forskningsfora – udviklet sig en polariseret diskurs, hvor menneskelighed på den ene side stilles over for gold automatisering på den anden. Eller omvendt: hvor modernisering, udvikling og fremskridt ved hjælp af ny teknologi stilles over for forstening og teknologiforskrækkelse.

Ny teknologi og gamle logikker

Fremstillingen af aktuelle kvalitetsmålingsinitiativer som indbegrebet af nytænkning og modernitet kan godt nuanceres. Selvom det er udviklingen af helt ny IT-teknologi, som for øjeblikket baner vej for implementering af initiativer som datafangst, bygger den form for kvalitetsudvikling på en tankegang, som har markante fællestræk med den logik, der var udgangspunktet, da evaluerings-disciplinen først opstod for mere end 50 år siden. Det

gælder det overordnede sigte, grundlæggende videnssyn – herunder definitionen af kvalitet – og til dels også de foretrukne metoder.

Evert Vedung, Uppsala Universitet, har specialiseret sig i analyser af evaluering ud fra et statsvidenskabeligt perspektiv. Han har beskrevet den internationale udvikling på evaluerings-området fra 1960'erne og frem til i dag som fire store bølger, der hver især har afsat lag på lag af sedimenter, som tilsammen udgør "evalueringstrenden" i sin aktuelle form med fokus på evidens. Det er en trend, der markerer en høj grad af tilbagevenden til en klassisk positivistisk evalueringslogik, som også bar den første evalueringsbølge (Vedung, 2006: 45; Vedung, 2010: 272).

Det kan diskuteres, i hvor høj grad denne logik for alvor har været forladt i evalueringssammenhæng, men i 1990'erne¹³, som var præget af fremvoksende idealer om partnerskabs- og netværksstyring af sociale indsatser, vandt nye tilgange til evaluering frem. Kritikere gjorde gældende, at hidtil gennemførte evalueringer var præget af tydelige vurderingselementer og fravær af objektivitet i naturvidenskabelig forstand. De gjorde gældende at objektivitetsidealet var illusorisk og introducerede tilgange, som erstattede objektivitetsidealet med eksplicit værdiorientering og et fokus på inddragelse af målgrupper og interessenter (Guba & Lincoln, 1989: 31). Dialog, deltagelse og læring blev nøgleord. Vedung har døbt denne bølge den nærdemokratiske (Vedung, 2006: 139).

Sideløbende betød blandt andet et overordnet politisk magt- og stemningsskifte i store dele af den vestlige verden, at den såkaldt neoliberale evalueringsbølge, der også er kendt under navnet 'New Public Management', NPM, vandt betydeligt terræn¹⁴. Det var i forbindelse med NPM-bølgen, at begreber som kvalitetssikring, resultatbaseret ledelse, præstationsmålinger og benchmarking (sammenlignende analyser) blev introduceret i forvaltningen af blandt andet sundhedsområdet (Vedung, 2010).

Evidensbølgen – den fjerde i rækken – skal ikke nødvendigvis tolkes som et brud med den tankegang, der lå til grund for de NPM-inspirerede evalueringstiltag. Det aktuelle fokus på påvisning af effekter – på at finde det, der 'virker' – kan ses som et supplement til NPM-tilgangenes udprægede fokus på dokumentation af resultater (Schwandt, 2005: 96).

Styrkelse af klassisk naturvidenskabelig tankegang

Overførelse af medicinsk evidens til den kliniske hverdag er den helt gennemgående og centrale målsætning i forbindelse med aktuelle kvalitetsudviklings-

bestræbelser på sundhedsområdet. Det overordnede sigte handler om at gøre op med intuitioner og usystematiske erfaringer og om at sikre, at såvel konkret adfærd som overordnede prioriteringer på forskellige praksisområder tager udgangspunkt i den senest frembragte videnskabelige viden (Woolf et al., 1999: 527). I den seneste rapport om indholdet af en indikatorbaseret model til vurdering af kvalitetsniveauet i almen praksis beskrives et patientcentreret perspektiv med etiske og relationelle værdier i centrum som det dominerende perspektiv i almen praksis (Eriksson, Friberg & Grosen, 2008). Det er imidlertid samtidig det sværeste perspektiv at opstille målbare parametre for, hvilket også anerkendes, og det er graden af overensstemmelse med evidensbaserede kliniske standarder, der faktisk måles på, når kvaliteten bliver vurderet ved hjælp af indikatormålinger.

Datafangst muliggør løbende vurderinger af, hvorvidt de anbefalede standarder overholdes, men der sigtes ikke alene mod at måle og lade genstanden være uberørt. *Implementering* af evidensbaserede anbefalinger (kliniske vejledninger) er også et vigtigt element.

Centrale dele af den tankegang, der udgør rationalet bag den type bestræbelser, blev introduceret internationalt i form af evalueringsinitiativer tilbage i 1960'erne. Målet var, dengang som nu, at skabe øget mulighed for at basere offentlige styrings- og beslutningsprocesser på videnskabelighed og rationalitet. Det opfattedes som det eneste alternativ til kortsigtede hensyn til magt- og private interesser, 'tommel-fingerregler' og 'anekdoter' (Vedung, 2006; Vedung, 2010). Tankegangen var kendetegnet ved et syn på videnskab som værdineutral leverandør af objektiv og faktuel viden, der både kan og bør fungere som grundlag for rationalisering af politiske og administrative beslutningsprocesser. Troen på den mulighed betød omvendt en forpligtelse for offentlige institutioner til i videst muligt omfang at basere deres beslutninger på videnskabelige undersøgelser (Premfors, 1989). Denne tilgang til undersøgelse af samfundsmæssige forhold er blandt andet blevet benævnt 'radikal rationalisme' eller 'social engineering' (Albæk, 1988, pp. 23ff). Evaluering efter den såkaldte 'social engineering-model' beror på en tro på, at en fuldstændig adskillelse af målopstillende politiske aktiviteter og middelafrøvende videnskabelige aktiviteter er både mulig og ønskværdig (Albæk, 1988: 13). Den markante opsplittning af mål og midler betød en udpræget teknokratisk brug af evalueringsundersøgelser. Evalueringer indeholdt sjældent anbefalinger eller overordnede overvejelser, men blev alene anvendt til testning af effektiviteten af midler til opnåelse af politisk fastsatte mål. Metoderne var kvantitative. Evalueringsundersøgelser blev i overvejende grad gennemført som randomiserede eller matchede eksperimenter, regressionsanalyser og kvantitative metaanalyser (Vedung, 2010: 266).

I sin nutidige version er denne form for tænkning bedst kendt som evidensbølgen eller evidens-*bevægelsen*¹⁵. Med evidensbølgen har målsætningen om overførsel af videnskabelige resultater til praksis fået en renæssance, men målsætningen har ikke samme uændrede form. Sigtet er overordnet set det samme, men i forhold til evalueringer har opgavedefinition, opmærksomhedspunkter, målgrupper og til dels også metoder udviklet sig siden 1960'erne. Der er på mange måder tale om en styrket og udvidet version af den oprindelige tankegang.

Tankerne om at basere regeringsførelse og offentlig politik på videnskabelige undersøgelser blev i 1960'erne blandt andet promoveret af institutioner inden for det amerikanske forsvar¹⁶ (Vedung, 2006: 49). De impulser, der har fungeret som inspiration for den aktuelle evidensorientering på forvaltnings- og evalueringsområdet, kommer i høj grad fra det medicinske felt og er blandt andet blevet båret frem af institutioner i Storbritannien og i de nordiske lande¹⁷ (Bhatti, Hansen & Rieper, 2006: 21; Vedung, 2010: 273). På det medicinske felt har man en lang tradition for videnskabelig evaluering af interventioner, men med de seneste års udvikling er tankegangen blevet udvidet fra at omhandle de bedste medicinske behandlinger til også at omfatte sundheds-policies: den samlede organisering af sundhedsvæsenet (Bhatti, Hansen & Rieper, 2006: 14; Mullen, 2004; Sackett, 1997: 17). Diskussionen om evidensbaseret medicin er i løbet af forholdsvis kort tid også blevet til en diskussion om evidensbaseret politik, kvalitetsudvikling og evaluering i form af resultat- og effektmålinger. Fra det medicinske område er evidens-tankegangen blandt andet blevet spredt til det sociale område, det kriminologiske område og uddannelsesområdet (Hansen, 2006: 13).

I dag er det svært at forestille sig en evaluering, som ikke munder ud i en række anbefalinger, som skal forbedre praksis på det område, der ses efter i sømmene. Tendensen går ikke bare i retning af, at evaluatorene supplerer deres konklusioner med anbefalinger. Evaluerings- og kvalitetsudviklings-initiativer flyder i tiltagende grad sammen i overordnede og bredspektrede initiativer med flere tilsyneladende sideordnede formål. Kvalitetsudviklingsinitiativer omfatter forsøg på måling, og kvalitetsmålingsinitiativer omfatter målsætninger om overførelse af evidensbaseret viden til praksis. Der er typisk mange involverede fag- og interessegrupper i hvert enkelt initiativ. Det er ikke længere alene overordnede politiske og administrative beslutninger, der sigtes mod at rationalisere. Fokus retter sig i lige så høj grad mod daglige prioriteringer og konkret handling på forskellige praksisområder. Der sigtes ikke længere alene mod neutral registrering – målingsinitiativer har typisk også handlingsanvisende og adfærdsregulerende sigte.

Evert Vedungs overordnede beskrivelse af den aktuelle udvikling på evalueringsområdet som en bølge af evidenstankegang, der indeholder sedimenter fra tidligere bølger, giver også en ramme for beskrivelse af konkrete initiativer som datafangst. Initiativet kan ses som en del af en aktuel evidensbølge, men det rummer en række elementer – sedimenter om man vil – der er blevet introduceret i forbindelse med andre former for tænkning end den aktuelt dominerende.

Princippet om offentliggørelse af resultater stammer fra NPM-bølgen, der markerede en begyndende tilbagevenden til troen på mulighed for objektive vurderinger. Læring og deltagerinvolvering i vurderingsprocessen er derimod eksempler på elementer, der stammer fra den evalueringsbølge, der opstod *i diskussion* med og som kritik af videnskabelighedsparadigmet. Det er elementer, der ser ud til at have overlevet, selv om pendulet er svinget tilbage og rammelogikken skiftet ud. Hvordan er disse elementer gået i forbindelse med den nye ramme? Nuancerer og kvalificerer de den, eller har de skiftet betydning, så de først og fremmest har overlevet som signalværdi? Det er åbne og aktuelle spørgsmål, som kalder på nærmere analyse.

Læring og kontrol

Datafangst er kvalitetsudvikling rettet direkte mod praksisniveauet og med et fremtrædende evalueringselement. Hvis man går tættere på evalueringsdelen, er der som nævnt også her tale om flere formål og funktioner. Datafangst rummer således både formative og summative elementer, altså formål der knytter sig til henholdsvis læring og kontrol. Teknologien kan hverken afgrænses som et redskab, der sigter mod at understøtte intern kvalitetsudvikling – altså læring – eller som et præstationsmålingssystem – altså ekstern kontrol af 'performance' i sektoren. Der er ikke tale om et enten-eller, men om et både-og. Betraget som et skridt i retning af at lade almen praksis omfatte af akkreditering kan beslutningen om at gøre datafangst obligatorisk for alment praktiserende læger forrykke balancen mellem de to elementer, men de har hele tiden begge været til stede i udformningen af redskabet.

I de præsentationer af datafangst, der retter sig mod praktiserende læger, lægges der vægt på det potentielle læringsudbytte for den enkelte praksis. Det er beskrevet, hvordan de returoplysninger, som tilmeldte klinikker løbende modtager, kan give en anledning til at skabe ramme for selvmonitorering af behandlingsforløb og for intern evaluering af resultater og processer i klinikken¹⁸.

Det summative eller eksternt vurderende element er ikke nær så velbeskrevet i de præsentationer, der retter sig direkte mod aktører i almen praksis, men er oplagt til stede, fordi oplysningerne om behandlingsresultater og -processer videregives til det Nationale Indikator-projekt, NIP, hvor de bliver offentliggjort. Selv om den enkelte læge eller lægepraksis ikke kan identificeres på nuværende tidspunkt, kan princippet om offentliggørelse forbindes med NPM-begreberne 'accountability' og 'transparency', der handler om, at borgere, embedsmænd og politikere skal kunne holde øje med (kontrollere) de fagfolk, som de modtager ydelser fra. Det er et element, der må forventes at blive styrket betydeligt, når almen praksis bliver omfattet af den danske kvalitetsmodel, hvor åbenhed om vurderinger også er et centralt princip¹⁹. På andre felter, såsom uddannelsesområdet, er indsamling af oplysninger og akkreditering blevet fulgt op med krav, blandt andet fra potentielle brugere, om offentliggørelse på f.eks. skoleniveau.

Kombinationen af lærings- og kontrolformål i datafangst, er i tråd med en generel tendens på evalueringsområdet til nedtoning af en tidligere analytisk skelnen mellem to typer af evaluering, der – i hvert fald i nogle evalueringskredse – er blevet anset for modsatrettede. I virkelighedens verden har der sandsynligvis ofte været tendens til overlap (Dahler-Larsen, 2008a: 8). Når et modsætningsforhold tidligere principielt har været set som en oplagt sag, men nu ser ud til mere eller mindre at være afløst i forbindelse med udformningen af evaluerings-/kvalitetsudviklings-initiativer, handler det blandt andet om et skift i tænkningen: Den læringsidé, der refereres til, synes at have skiftet indhold siden termen blev introduceret til beskrivelse af formål med evalueringer.

Da læring blev introduceret som centralt formål i evalueringssammenhæng i løbet af 1990'erne, var det i forbindelse med den nærdemokratiske evalueringsbølge, som medførte, at der i tiltagende grad blev rejst kritik af 'social engineering'-tilgangen. Dels kom kritikken fra teoretisk hold og dels fra nogle af de praksisområder, der gennem længere tid havde været gjort til genstand for evaluering efter denne model. Tankegangen blev kritiseret for at være rigid, mekanistisk og årsag til en urimelig grad af reduktion af kompleksitet i analyserne – se f.eks. Danida (2000: 12). I samme periode vandt, som nævnt, nye evalueringstilgange frem, som afløste idealet om videnskabelighed og objektivitet med en eksplicit værdiorientering. De havde læring som hovedformål og blev gennemført for at gøre deltagerne mere bevidste om egne og andres erfaringer og fortolkninger snarere end at rette opmærksomhed mod tilegnelse af objektive fakta (Brandt & Hildebrandt, 1997; Qvortrup, 1998: 205). Sådanne evalueringer blev ofte benævnt 'indikatorfri' se f.eks. Davies (1998) og de blev udviklet i diskussion med og som alternativer til

de indikatorbaserede evalueringssystemer. Der blev lagt vægt på, at evaluering skulle kunne munde ud i revurdering af hypoteser, og forhåndsdefinerede evalueringskriterier blev betragtet som barrierer for den proces.

Datafangstinitiativet er et eksempel på, at læring har overlevet som centralt formål i evaluerings-sammenhæng, selv om rammen for tænkning om evaluering igen ligner det udgangspunktet, der blev søgt et opgør med, da formålet om læring blev introduceret. Når læring i dag i modsætning til tidligere bliver anset for foreneligt med kontrolformål og indikatorbaserede målinger, handler det blandt andet om, at *ideen* om læring har skiftet indhold. Læring forbindes aktuelt i høj grad med den effektivitetstænkning, som de humanistisk inspirerede læringsidealer i første omgang var et forsøg på at tage et opgør med. Den NPM-inspirerede udbredelse af mål- og resultatstyring i offentlige institutioner sigtede mod at forøge (omkostnings)effektiviteten – ikke mængden af tolkninger og perspektiver. Det samme gælder i vid udstrækning for det aktuelle fokus på evidensbasering, der har udvidet definitionen af effektivitet med det påvist virkningsfulde. Diskussion er i vid udstrækning blevet afløst af dokumentation, men beskrivelsen af evalueringer som redskaber, der skal tjene til at generere 'læring', er blevet videreført (Hansen, 2006: 94). I en gængs evidensoptik kan læring og implementering af evidensbaserede anbefalinger langt hen ad vejen anskues som to sider af samme sag. Bestræbelsen på at implementere den videnskabeligt frembragte viden i praksis-sammenhænge hænger desuden fint sammen med bestræbelser på at kontrollere, at overførelsen rent faktisk sker som intenderet.

Når der tales om læring i forbindelse med aktuelle kvalitetsudviklingsinitiativer, opereres der ikke med nogen logisk modsætning mellem læring og kontrol. Det er typisk ikke personlige erfaringer og fortolkninger – mangfoldighed af perspektiver – der efterlyses, men derimod en øget systematisk brug af det én gang bevist effektive. Det fremgår blandt andet af den udbredte brug af evidensbaserede standarder og indikatorer og hyppigt fremsatte ønsker om ikke at skulle opfinde den dybe tallerken flere gange²⁰. I den foreløbige beskrivelse af den samlede kvalitetsmodel for almen praksis hedder det sig, at modellen skal sikre at "kvaliteten af almen praksis' ydelser er ensartet, høj og veldokumenteret" (Eriksson, Friborg & Grosen, 2008: 42). Ikke mangfoldighed men ensartethed er det erklærede sigte.

Uanset tolkning af læringsbegrebet findes der stadig en række hurdler af praktisk og politisk karakter i forbindelse med forsøg på kombination af formativ og summativ evaluering. Kontrolevalueringer har traditionelt set haft et ret dårligt image blandt de kontrollerede. Det er ikke rart at få en kompleks indsats vurderet ved hjælp af simple kriterier – især ikke hvis vurderingen forbindes med sanktio-

ner. Der er desuden ofte frygt for – samt en lang række eksempler på –, at forsimplede kontrolkriterier kan skævvride den praksis, der kontrolleres (Dahler-Larsen, 2008a: 9). Læringsevalueringer kan være sværere at erklære sig som modstander af. Læring forbindes gerne med udvikling og forbedring, og modstand mod initiativer, der skal fremme læring, bliver af samme grund over en bred kam oplevet som bagstræberisk (Dahler-Larsen, 2008a: 9).

Et helt konkret problem i forhold til at kombinere de to formål er, at holdningerne – og dermed også med en vis sandsynlighed den konkrete registreringspraksis – typisk vil være forskellig hos de involverede. Hvor læringsevalueringer – uanset læringsidé – forudsætter, at man fremlægger egne svage sider, leder kontrolformål gerne til, at man viser sine bedste sider og søger at skjule de dårlige. Et velkendt greb til at mindske effekterne af den mekanisme er at søge at skabe ejerskab. Det kan blandt andet ske gennem en høj grad af deltagerinvolvering i evalueringsprocessen (Dahler-Larsen, 2008a: 9).

Deltagerinvolvering og uafhængighedsprincip

Datafangst baserer sig på en høj grad af aktiv deltagelse fra de tilmeldte alment praktiserende læger. Initiativet sigter mod at involvere lægerne i løbende evalueringer af sig selv, og de oplysninger, som de eksterne kvalitetsvurderinger baserer sig på, er som tidligere beskrevet selvrapporterede. For lægen betyder det en række dobbeltroller i vurderingsprocessen. I forhold til den interne evaluering er den alment praktiserende læge – nogle gange som den eneste – direkte involveret i alle dele af evalueringshandlingen. Hun indgår i en tredobbelt rolle som evaluand, informant og (med)evaluator. I forhold til den eksterne del af evalueringen fungerer hun i en dobbeltrolle som informant og evaluand. Hun leverer selv – uden nogen form for mellemkomst – de oplysninger om sin professionelle praksis og sine resultater, der udgør grundlaget for de diverse eksterne vurderinger af samme.

Der er tale om en fordeling af roller i evalueringsprocessen, som betyder en høj grad af deltagerinvolvering. Processen kan samtidig ses som udtryk for en lav vægtning af et tidligere centralt princip om uafhængighed i forbindelse med eksterne evalueringsprocesser.

Formen med selvrapportering er langt fra unik for datafangstinitiativet. Den går igen i forbindelse med performancemålinger i resten af sundhedsvæsenet og i andre sektorer. Selvrapporteringen har en oplagt praktisk begrundelse. Den gør det muligt at indsamle store mængder af oplysninger og dermed gennemføre

omfattende evalueringer med anvendelse af forholdsvis få ressourcer. Ønsket om aktiv involvering af lægerne i løbende evalueringer af sig selv kan ligeledes tolkes som praktisk begrundet. I evalueringsskredse er der internationalt i dag bred anerkendelse af, at deltager-involvering i evalueringsprocesser øger sandsynligheden for implementering af anbefalinger – altså styrker opnåelsen af handlingsanvisende og adfærdsregulerende formål (Kjellberg & Sørensen, 2003: 29). Der er således solide implementeringsmæssige begrundelser for forskellige former for deltagerinvolvering i evalueringsprocesser, og arbejdet med udvikling og implementering af datafangstteknologien har været karakteriseret ved stor opmærksomhed omkring de forhold (se f. eks. Friberg, Schroll & Eriksson, 2007: 51).

Deltagerinvolvering er ligesom læring et eksempel på et element, der oprindeligt blev introduceret i evalueringssammenhæng i forbindelse med 1990'ernes forsøg på at gøre op med det klassiske videnskabelighedssparadigmes dominans. Ligesom læring, ser deltagelse ud til at have overlevet de efterfølgende paradigmeskift på området, men begrundelserne for at basere evalueringsprocesser på forskellige former for aktiv medvirken har skiftet karakter i en glidende proces, hvor et oprindeligt ideal om evaluators uafhængighed samtidig ser ud til at være gledet i baggrunden.

Tilbage i 1960'erne blev evalueringer typisk udført af eksterne evaluatore med tilknytning til et universitet eller en anden af undersøgelsesfeltet uafhængig forskningsinstitution (Ryan & Schwandt, 2002; Vedung, 2006). Den offentlige sektor skulle effektiviseres på et objektive og videnskabeligt grundlag, og evalueringer blev betragtet som et anliggende for forskere forstået som formelt uafhængige akademikere. Evaluator skulle udfylde rollen som værdi- og målneutral, videnskabelig observatør. Det var anvendelse af videnskabelige metoder, der gav undersøgelse deres primære legitimitet, men evaluator var i kraft af sin institutionelle tilknytning også uafhængig som person.

I takt med at først eksternt udførte dialog- og deltagelsesorienterede evalueringundersøgelser og siden interne evalueringer med lærings- og såkaldte empowerment-formål vandt indpas, ændrede også tolkningen af evaluators rolle sig (Krogstrup, 2001: 15). Rollen indebar ikke længere at være objektive observerende og registrerende, men blev tolket i retning af en funktion som mediator og medforhandler af mening (Guba & Lincoln, 1989). Evaluator skulle være aktivt medvirkende, og havde ansvar for at involvere evaluander og interessenter i evaluering-processen (Guba & Lincoln, 1989: 12). Senere – som NPM-tankegang vandt indpas – indtog evaluatore i stigende grad rollen som proceskonsulenter eller 'managere' i forbindelse med organisatoriske forandringsprocesser (Skolits, Morrow & Burr, 2009: 284).

De ændrede formål og den stærkt øgede udbredelse af evalueringsaktiviteter betød, at evalueringsfunktionen rykkede ud af forskningsinstitutionerne og gennem en årrække udviklede sig til en aktivitet på linje med andre ekspertydelser (Albæk & Rieper, 2001; Hansson, 2005).

Med evidensbølgen og det aktuelle fokus på at kunne påvise generelle mekanismer – at finde 'det der virker' – er forskere ansat på universiteter eller andre forskningsinstitutioner igen blevet centrale aktører i mange evalueringer, dog med den forskel i forhold til tidligere, at de i dag sjældent fungerer som den udførende part. Forskningsinstitutioner beskæftiger sig i dag fortrinsvis med metaanalyse og syntese af allerede indsamlede oplysninger om resultater og processer på forskellige praksisområder (Vedung, 2010). Data leveres ofte ved hjælp af selvrapportering, for eksempel af læger, der arbejder som klinikere parallelt med, at de løbende evaluerer deres egen praksis samt leverer data til kvalitetssikringsundersøgelser og forskning – og måske endda bedriver egen forskning med udgangspunkt i deres patienter. Praktikeren, der løbende evaluerer sig selv og samtidig leverer oplysninger om egne arbejdsprocesser og resultater til eksternt drevet kvalitets-sikring, er en tiltagende central figur i evalueringslandskabet (Vedung, 2006: 39).

Princippet om en uafhængig evaluator synes således at være ændret, fra at evaluator *som person* skulle være uafhængig til, at anvendelse af kvantitative data og statistisk metode i sig selv ser ud til at blive anset for tilstrækkelig garanti for vurderingernes legitimitet. Oprindeligt blev evaluanders deltagelse i evalueringer introduceret som følge af, at der blev sået tvivl om muligheden for objektivitet i forbindelse med den slags undersøgelser. I dag er princippet om aktiv medvirken for såvel evaluator som evaluerede videreført, men i sin aktuelle version er det primært bundet op på en række implementerings- og effektivitetsmæssige argumenter og tilsyneladende kombineret med en forventning om objektivitet og neutralitet.

I forbindelse med datafangstinitiativet er det ikke undersøgt, hvad lægens dobbelt-roller betyder for den konkrete registreringspraksis og dermed de oplysninger, der skal danne baggrund for forskning og ekstern evaluering. I international sammenhæng har undersøgelser af præstationsmålinger i flere tilfælde peget på omgåelse og ændringer af registreringspraksis, hvilket har sat spørgsmålstejn ved troværdigheden af denne form for vurderinger (Kjellberg & Sørensen, 2003: 5). Det er under alle omstændigheder nærliggende, at hæfte sig ved en principiel konflikt hos de læger, der rapporterer om egne processer, og som – jvf. diskussionen i forrige afsnit – har en interesse i, at disse fremstår så effektive som muligt. Uanset implementeringsfordele, og hvad enten man anser risiko for snyd på

vægten for reel eller ej, betyder selvrapporteringsformen, at der kan sås principiel tvivl om, hvorvidt et tidligere centralt princip om uafhængighed i forbindelse med eksterne evalueringer holdes i hævd.

Sammenfatning

Udgangspunktet for artiklens karakteristik af de logikker, der har påvirket udformningen af datafangstinitiativet, var en nylig overenskomstbeslutning om at gøre redskabet obligatorisk og en deraf affødt debat blandt forskellige grupper af alment praktiserende læger. Denne debat har ikke mindst har kredset om forholdet mellem lærings- og kontrolformål.

Datafangstinitiativet er i det foregående blevet karakteriseret som del af en generel evidensbølge, hvor 'social engineering'-tankegang kommer til udtryk i en udvidet og styrket version. Udvidet og styrket blandt andet fordi aktuelle kvalitetsudviklingsinitiativer som datafangst ikke begrænser sig til forsøg på neutral registrering, men retter evidensbaserede handlings-anvisninger direkte mod praksisniveauet og kombinerer målinger af om forskrifterne efterleves med NPM-principper om offentlighedens ret til at følge med i – kontrollere – det forhold.

Læring opfattes gerne som et formål, der står i modsætning til kontrol. Både læring og deltagerinvolvering kan historisk forbindes med en periode, hvor der blev gjort forsøg på at bryde med 'social engineering' som udgangspunkt for evalueringsundersøgelser. Aktuelt er der flere mulige – og formentlig sameksisterende – udlægninger. Tolkninger ekspliciteres sjældent, men indenfor rammerne af en gængs evidensoptik kan tilstedeværelsen af disse elementer i redskaber som datafangst tolkes som pragmatisk og implementeringsmæssigt begrundet: Som elementer der antages at understøtte bestræbelserne på at overføre videnskabelig frembragt viden til daglig klinisk praksis såvel som kontrollen af, at overførelsen finder sted.

Udfordringer og opmærksomhedspunkter

Det er stadig et åbent spørgsmål, hvad endelig implementering af datafangst vil komme til at betyde såvel for definitioner af faglighed og læge-patientforhold som for målbare resultater i almen praksis. Hidtil har kontrolaspekter ved målingerne været stærkt nedtonet, både retorisk og reelt, men beslutningen om at gøre rap-

portering af oplysninger obligatorisk, og om at gøre målingerne til udgangspunkt for systematisk akkreditering af de alment praktiserende læger, må forventes at få betydning for såvel registreringspraksis som for den måde, de løbende tilbage meldinger modtages og anvendes på internt i klinikkerne. Al erfaring peger på, at styrken af effekter – positive såvel som negative – af den form for kvalitetsudvikling vil afhænge af den konkrete udformning af det samlede initiativ. De seneste overenskomstmæssige ændringer af datafangstinitiativets status ser ud til at forrykke den hidtidige balance mellem lærings- og kontrolformål, og der ligger en oplagt – og bredt erkendt – udfordring i at sørge for, at dette ikke fører til utilsigtede effekter. En mindre tydelig – og mindre erkendt – udfordring handler om, at få tydeliggjort og diskuteret forskellige syn på, hvilke effekter der kan kategoriseres som utilsigtede og negative. Tavse tolkninger og de samme ord anvendt i forskellig betydning – læring er eksempler på dette – kan være med til at sløre uenigheder på det punkt.

Under overfladen drejer aktuelle diskussioner om datafangst sig om andet, og om mere end hvilken præcis udformning og status det konkrete initiativ skal ende med at få. De drejer sig også om forskellige grundlæggende tankegange med vidtrækkende betydning for forståelsen af, og selvforståelsen blandt, fremtidens alment praktiserende læger. En vigtig del af sigtet med implementering af kvalitetsmålinger i almen praksis er, at sikre overensstemmelse mellem klinisk praksis og generelle evidensbaserede forskrifter. Det er et formål, der er rejst kritik af, ikke mindst blandt alment praktiserende læger. En del af den kritik har grundlæggende samme karakter som megen af den kritik, der fremsættes i den bredere samfundsdiskussion om evidensparadigmet. På sundhedsområdet drejer diskussionen sig blandt andet om, at det dominerende evidensbegreb udelukker en stor del af de faktorer, som mange anser for afgørende for en vellykket behandling, og som varierer fra person til person og fra situation til situation. Det gælder blandt andet relationen mellem læge og patient samt alle øvrige omstændigheder, der ikke kan beskrives som udslag af generelle lovmæssigheder eller udtrykkes gennem kvantitative standarder og indikatorer. Det gælder især problemer, som opstår i situationer, hvor patienters præferencer og konkrete livssituation kræver, at flere forskellige forhold og hensyn vægtes og prioriteres i forhold til hinanden (Møhl & la Cour, 2008: 128).

Om forsøg på at højne kvaliteten i almen praksis ved hjælp af indikatormålinger på sigt vil medvirke til ændrede læge-patientforhold og ændret håndtering af konkrete kliniske situationer, afhænger ikke alene af, om eller hvordan målingerne kobles med akkreditering – herunder diverse incitament og sanktioner.

Den tankegang, som evaluerings- og målingsinitiativer udtrykker, er med til at forme – eller konstituere – bestemte videnssyn, rutiner og prioriteringer på de områder, hvor de indføres. Sådanne konstitutive virkninger bliver ikke bare til gennem kontante straffe- og belønningsmekanismer, men også ved at de evaluerede foregriber og orienterer arbejdet efter, hvordan de ved, at det vil blive vurderet. Evalueringsystemer kommer gerne – også når de ikke er koblet med direkte sanktioner – til at udgøre den mentale ramme for forståelse af arbejdsopgaver (Dahler-Larsen, 2008a; Dahler-Larsen, 2008b). Virkninger af den art er svære at forudsige, og i empiriske undersøgelser kan de sjældent forbindes entydigt med enkeltinitiativer. Det skyldes blandt andet, at sådanne redskaber hverken udvikles eller anvendes i et samfundsmæssigt vakuum. De indgår i bredere sammenhænge og vokser ud af historiske processer. Datafangstinitiativet er for eksempel oplagt at se som del af en evidensbølge, der hverken afgrænser sig til evalueringsområdet eller sundhedssammenhængen. I forbindelse med det konkrete initiativ synes strømningerne blandt andet at give sig udslag i, at begreber som læring og uafhængighed gives et nyt indhold. Hvis den fremadrettede debat om den type initiativer skal omfatte diskussioner, der rækker ud over konkrete her-og-nu spørgsmål om effektiv implementering, så er det vigtigt, at forskellige tolkninger af sådanne grundlæggende begreber tydeliggøres og inddrages i drøftelser og analyser.

Noter

- 1: Den præcise formulering i forhandlingsaftalen mellem RLTN og PLO lyder: "I de sammenhænge, hvor en dokumentation kan gøres meningsfuld for patient, læge 'eller' myndigheder skal kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i almen praksis dokumenteres. Dette skal ske på måder, der ikke er unødigt ressourcetrækkende for den enkelte praksis, f.eks. ved at anvende allerede registrerede data ved hjælp af datafangstmodul. En meningsfuld og systematisk dokumentation af det kliniske arbejde i almen praksis styrker på afgørende vis grundlaget for at udvikle og planlægge almen praksis i fremtiden, såvel i den enkelte praksisenhed som på myndighedsniveau." (RLTN & PLO, 2010: 17) (forfatters fremhævelse af 'eller')
- 2: Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD, er en godkendt national specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase for almen praksis. Database er i Landsoverenskomsten fra 2006 mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn inddraget som den database, de praktiserende læger skal indrapportere deres diabetesbehandling til i forbindelse med brug af diabetes forløbsydelsen. DAMD blev i 2007 godkendt af Sundhedsstyrelsen som en national klinisk kvalitetsdatabase og knyttet til Kompetencecenter Syd, KCS, ved Region Syddanmark (DAMD, 2008).

- 3: I præsentationen af datafangst på hjemmesiden hos den implementerende enhed Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed, DAK-E, hedder det eksempelvis: *"Vi lægger stor vægt på, at medvirken er frivillig, og at der skal ske tilbagemelding til de deltagende læger, så man får viden om, hvordan ens praksis drives. Denne viden skulle gerne give almen praksis mulighed for at udvikle kvaliteten – om muligt i forbindelse med kursus og efteruddannelse."* (www.dak-e.dk/flx/datafangst/datafangst/)
- 4: Første version af Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse blev den 25. september 2008 officielt godkendt af ISQua, The International Society for Quality in Health Care. Den blev overdraget til de offentlige og private sygehuse i august 2009.
- 5: Se Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsnet: <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>
- 6: Se www.dak-e.dk/files/109/200805_pi_baggrundsgr_stratificering.pdf
- 7: Der ligger et færdigt indikatorsæt for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, KOL. Indikatorer for områderne hypertension, hjerteinsufficiens, angst og depression er undervejs.
- 8: Resultater fra kvalitetsmålingerne på behandling af diabetes er opgjort på regions- og afdelingsniveau. Almen praksis har været med i disse opgørelser fra perioden marts 2007 til februar 2008. De seneste resultater dækker perioden marts 2009 til februar 2010 og blev offentliggjort 4. november 2010. Det fremgår af hver enkelt opgørelse, hvor mange praktiserende læger der har leveret data til NIP-auditeringen. Opgørelserne kan ses på www.sundhed.dk
- 9: Med de praktiserende lægers overenskomstaftale i 2006 blev rapportering af data til DAMD koblet med en ny honoreringsform, Diabetesforløbsydelsen, som betød, at man gik fra ydelseshonorering til en samlet honorering for kontrol, behandling og kvalitetsregistrering for diabetespatienter. Ydelsen var beregnet til at omfatte de elementer, der fremgår af DSAM's kliniske vejledning fra 2004, "Type 2-diabetes i almen praksis".
- 10: I USA eksisterer der flere hundrede forskellige systemer til præstationsmåling. Af disse har kun syv været genstand for undersøgelser præsenteret i peer-reviewede artikler (Mannion & Goddard, 2003). De konklusioner, der præsenteres her, er langt fra entydige. Fortalere for og modstandere af offentlige præstationsdata henviser jævnligt til de samme studier som opbakning for deres forskellige synspunkter (Kjellberg & Sørensen, 2003: 7).
- 11: Nyere dansk forskning i almen praksis tyder på, at opfattelser af faglig kvalitet blandt alment praktiserende læger kan have lige så afgørende betydning for udfaldet og modtagelsen af kvalitetsudviklingsinitiativer som videns-, tekniske og økonomiske ressourcer (Jacobsen, 2001, Brandhøj & Grøn, 2009).
- 12: Se <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2011/01/14/plo-tvungen-datafangst-er-/index.xml> (set 29.6.2011)
- 13: De årstal, der kan sættes på forskellige evalueringsbølger i internationalt perspektiv, er ofte skæve i forhold til tendenserne i Danmark, da interessen for evaluering udviklede sig senere i Danmark end i flere af de lande, som vi ofte sammenligner os med. Evaluering udvikledes, blandt andet i amerikansk sammenhæng, allerede fra 1960'erne i det politisk-administrative system, og blev først udbredt i Danmark fra begyndelsen af 1980'erne (Vedung, 2006: 49). Desuden er der vanskeligheder forbundet med at pege på entydige evalueringstendenser, også selvom man holder sig til en dansk sammenhæng, fordi mange og til dels modsatrettede tendenser har været samtidige og overlappende.

- pende, og fordi systematiske evalueringsaktiviteter har vundet indpas på forskellige danske politikområder i meget forskudte tempi.
- 14: I internationalt perspektiv dateres den neoliberale evalueringsbølge, der også er kendt under navnet 'New Public Management', NPM, ofte til 1980'erne (Vedung, 2006, Vedung, 2010). I dansk sammenhæng satte de neoliberalt inspirerede styringsideer præg på evalueringsinitiativer i løbet af 1990'erne (Albæk & Rieper, 2001: 137).
 - 15: Evidensbevægelsen opstod internationalt i 1980'erne og nåede for alvor til Danmark i løbet af 1990'erne (Bhatti, Hansen & Rieper, 2006).
 - 16: RAND Corporation i USA og The Defence Research Institute i Sverige var blandt de første til at promovere denne form for evalueringsforståelse (Vedung, 2010: 274).
 - 17: Bedst kendt er Campbell Collaboration (<http://www.campbellcollaboration.org/>) og Cochrane Collaboration.
 - 18: Se http://www.dak-e.dk/files/170/20101001_hvorfor_anskaffe_sig_sentinel_datafangst_15_gode_argumenter.pdf
 - 19: Se <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Principper-for-Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>
 - 20: Se <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>

Litteratur

- Albæk, E. (1988). *Fra sandhed til information*. København: Akademisk forlag.
- Albæk, E., & Rieper, O. (2001). *Evaluering i Danmark: Effektevaluering, monitorering og formativ evaluering*. I P. Dahler-Larsen & H. K. Krogstrup (red.), *Tendenser i evaluering*. Odense Universitetsforlag.
- Arnhild, P. (2010). Datafangst og livskvalitet. *Ugeskrift for Læger*, 172 (44), p. 3058.
- Baier, V., March, J. & Sætren, H. (1986). Implementation and Ambiguity. *Scandinavian Journal of Management Studies*.
- Bhatti, Y., Hansen, H. F. & Rieper, O. (2006). *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform: En kortlægningsrapport*. Akf forlaget.
- Boysen, M. (2011). PLO: Tvungen datafangst er tegn på overskud i en krisetid. *Dagens Medicin* 14.1.2011. <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2011/01/14/plo-tvungen-datafangst-er-/index.xml> (set 28. juni 2011)
- Brandhøj, M. W., & Grøn, L. (2009). *Sårbarhed og handlekraft: Borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed.*, DSI Dansk Sundhedsinstitut.
- Brandi, S., & Hildebrandt, S. (1997). Signalement af den lærende organisation, *Ledelse i Dag*, Nr. 28, p. 320-332.
- Dahler-Larsen, P. (2008a). *Konsekvenser af indikatorer*. Århus: KREVI.
- Dahler-Larsen, P. (2008b). *Kvalitetens beskaffenhed*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- DAK-E (2006). *Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt – Standarder og indikatorer*. Rapport. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed.
- DAK-E (2007). *Handleplan 2007 – for implementering af samarbejdsaftalen om kvalitetsudvikling i almen praksis*. Rapport. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed.
- DAK-E (2011)

- www.dak-e.dk/flx/datafangst/datafangst/ (set 28. juni 2011). Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed.
- DAK-E (2011) www.dake.dk/files/170/20101001_hvorfor_anskaffe_sig_sentinel_Datafangst_15_gode_argumenter.pdf. (set 28. juni 2011). Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed.
- DAK-E (2011). www.dak-e.dk/files/109/200805_pi_baggrundsgr_stratificering.pdf (set 28. juni 2011). Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed.
- Danida (2000). *Hovedproblemstillinger i den danske NGO-bistand: Kvalitet og fornyelse, folkelig forankring*. Arbejdsrapport 18 Partnerskab 2000. Udenrigsministeriet Danida.
- DAMD (2008). *Årsberetning 2008*. Dansk Almen Medicinsk Database.
- Danske Regioner (2007). *Faglig udvikling i almen praksis. Delrapport: Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen*. Danske Regioner.
- Davies, R.J. (1998). *An evolutionary approach to facilitating organisational learning: An experiment by the Christian Commission for development in Bangladesh*. Impact Assessment and project Appraisal, 16 (3) p. 243-250, London.
- NIP (2010). *National rapport for borgere om kvaliteten i behandlingen af patienter med diabetes (marts 2009 – februar 2010)*. Det Nationale Indikatorprojekt. www.sundhed.dk/find.aspx?id=3589101101100344 (Set 23. juni 2011).
- NIP (2010). *National auditrapport 2010, marts 2009 – februar 2010, Version 1.1*. NIP-diabetes databasen. September 2010. Det Nationale Indikatorprojekt.
- Dibbern, H. (2010). Datafangst er et redskab til øget kvalitet. *Ugeskrift for Læger*, 172 (45), 3130.
- Dupont, M. (2011). Hvem fanger hvem? *Dagens Medicin* 1.4.2011. <http://www.dagensmedicin.dk/stikpillen/2011/04/01/hvem-fanger-hvem/index.xml> (set 23. juni 2011)
- Eriksson, T., Friberg, S., & Grosen, L. (2008). *Dansk kvalitetsmodel for almen praksis: Integreret kvalitetsmåling, udvikling og efteruddannelse*. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E.
- Friberg, S., Schroll, H., & Eriksson, T. (2007). Den praktiserende læge og DAK-enheden. *Practicus* nr. 185, marts 2007, p. 50-52.
- Gannik, D. (2004). *Kvalitet i almen praksis: Praktiserende lægers syn på fagets essens, vilkår og udvikling i Viborg Amt*. Forskningsenheden for Almen Praksis i København.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, London & New Delhi: Sage Publications.
- Hansen, H.F. (red.) (2006). *Den organiserede forvaltning: Politik, viden og værdier i samspil*. (Festskrift til professor Torben Beck Jørgensen på hans 60-årsdag). København: Forlaget Politiske Studier.
- Hansson, F. (2005). *Interne evalueringer: Redskab til kontrol eller udvikling af offentlige organisationer?* MPP Working Paper 6/2005.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2011). *Den Danske Kvalitetsmodel fra A-Z*. <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx> (set 23. juni 2011)
- Jacobsen, E.T. (2001). *'Sundhedsprojekt Ebeltoft': Praktiserende lægers vurdering af organisatoriske aspekter ved implementering af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis*. DSI Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, J. & Sørensen, J. (2003). *Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata*, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Krogstrup, H.K. (2001). *Målbaseret, målfri og postmoderne evaluering*. I P. Dahler-Larsen & H. K. Krogstrup (red.), *Tendenser i evaluering*. Odense Universitetsforlag.
- Larsen, Klaus (2011). Stærke it-redskaber på vej til almen praksis. *Ugeskrift for Læger*, 173 (3), 133.

- Lægeforeningen (2011). *Overenskomst om almen praksis*. www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/OE%2001-04-2011 (set 31. maj 2011).
- Mannion, R., & Goddard, M. (2003). Public disclosure of comparative performance data – lessons from Scotland, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 2, 277-286
- Mullen, P.M. (2004). Using performance indicators to improve performance. *Health Services Management Research*, 17, 217-228.
- Møhl, B., & la Cour, P. (2008). Nogle kritiske vinkler på EBM-logikken. *Psyke og Logos*, 1, 126-151.
- Premfors, R. (1989). *Policyanalys*. Stockholm: Studentlitteratur.
- RLTN, & PLO (2010). Forhandlingsaftale 2010. Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. 21.12.2010. http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2010/December/~-/media/Filer/Løn%20og%20personale/OK-11/Forhandlingsaftale%202010%20RLTN_PLO_21dec.ashx (set 30. maj 2011)
- Ryan, K.E., & Schwandt, T. A. (red.) (2002). *Exploring evaluator role and identity*. Greenwich: Information Age Publishing.
- Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. I F. B. Kristensen & H. Sigmund (red.), *Evidensbaseret sundhedsvæsen: Rapport fra et symposium om evidensbaseret medicin, planlægning og ledelse*. DSI rapport 97.02. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Schwandt, T. A. (2005). The Centrality of Practice to Evaluation, *American Journal of Evaluation* 26(1), 95-105.
- Skolits, G. J., Morrow, J. A., & Burr, E. M. (2009). Reconceptualizing evaluator roles. *American Journal of Evaluation*, 30 (3), 275-295.
- Søgaard-Jensen, L. (2010). Datafangst undergraver almenmedicinens profession. *Ugeskrift for Læger*, 172 (47), 3282.
- Thorsen, T. (2009). Almen praksis' modtagelse af forløbsydelsen for diabetespatienter: En kvalitativ evaluering efter det første år. I *Forløbsydelsen for diabetesomsorg i almen praksis* (Bilag 1). Evalueringsrapport. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E.
- Vedung, E. (2006). Utvärdering som megatrend, gigatrend och fyra böljor. I H. F. Hansen (red.), *Den organiserede forvaltning: Politik, viden og værdier i samspil* (Festskrift til professor Torben Beck Jørgensen på hans 60-årsdag) (pp. 105-150). København: Forlaget Politiske Studier.
- Vedung, E. (2010). Four waves of evaluation. *Evaluation*, 16 (3), 263-277.
- Wendt Jensen, L. (2010). Diabeteskonsultationer var rent ud sagt blevet forfærdelige. *Dagens Medicin*, 23.4.2010. <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2010/04/23/diabeteskonsultationer-var/> (set 23. juni 2011).
- Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318, 527-530.
- Qvortrup, L. (1998). Den lærende organisation. I J. Bisgård (red.), *Pædagogiske teorier 3*. København: Billesø og Baltzer.