

# 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](mailto:sydomogsamfund@hum.au.dk)  
Hjemmeside: [ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sydomogsamfund](http://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 evalueringens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer 149

Abstracts in English 165

Forfatterliste 171

Skrivevejledning 173

Beskrivelse af nr. 16 176

# Om grænser for kvalitets- teknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem

Morten Knudsen

---

Institut for Organisation, CBS  
mk.ioa@cbs.dk

Knudsen, M. (2011). Om grænser for kvalitetsteknologier – Og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 15, 121-148.

*Kvalitetsteknologier som akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel præsenterer sig som om de er altomfattende – som om de dækker alle sundhedsydelse og adresserer alle relevante forhold. Overfor den forestilling hævder artiklen, at det er afgørende, at disse kvalitetsteknologier indtænker egne begrænsninger – fordi en sådan refleksion er forudsætning for at give andre typer af fornuft og aktører plads til at fremme og sikre kvaliteten af deres ydelser. Hovedparten af artiklen er en analyse af fire forskellige typer af grænser for kvalitet – som de kan iagttages i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel, som udgør artiklens empiriske materiale. De fire typer af grænser handler om grænser ved konstruktionen af modellen; om grænser for hvilke forhold man kan formulere standarder og indikatorer for; om grænser for hvilke aktiviteter, der kan formuleres retningslinjer for og endelig om grænser for synliggørelse. De fire eksempler skal belægge den generelle pointe, at der er grænser for kvalitetsteknologier. Men vigtigere er det, at en lokalisering af de konkrete grænser er en forudsætning for at diskutere, hvordan man kan forholde sig til de specifikke begrænsnin-*

ger. Som bidrag til en sådan diskussion diskuterer artiklen afslutningsvis to mulige reaktioner på lokaliseringen af grænser. Den ene reaktion handler om at udvikle forskellige typer af selvbegrænsning. Den anden handler om at få lavet repræsentationer af det udgrænsede inden for kvalitets-kommunikationen.

## Indledning

På hjemmesiden for Danmarks største psykiatriske sygehus, Hovedstadens psykiatri, står der følgende:

”Akkreditering indebærer, at uafhængige fagfolk gennemgår hospitalet og vurderer kvaliteten af hospitalet og dets præstationer. Grundlaget for den vurdering er standarder. Standarderne adresserer ’alle’ væsentlige processer, strukturer og resultater på et hospital, som har betydning for sammenhæng, kvalitet og patientsikkerhed.”

<http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Forskning/Akkreditering/> (10. december, 2010, forfatters fremhævelse af ’alle’)

Det lille ord ’alle’ i definitionen på akkreditering er samtidig stort i sin påstand: ’Alle’ væsentlige processer, strukturer og resultater er adresseret af kvalitetsstandarder ved akkreditering. En tilsvarende forestilling finder man i Den Danske Kvalitetsmodels<sup>1</sup> selvbeskrivelse. Den præsenterer sig blandt andet på følgende måde:

Visionen bag Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er, at den skal omfatte ’alle’ sundhedsydelser og på den måde ’skabe’:

ensartet høj kvalitet i alle ydelser – fra læge til sygehus, til apotek og til hjemmesygepleje og genoptræning

sammenhæng i patientens oplevelse af forløbet

gennemskuelse og gennemsigtighed i forhold til ydelserne i det danske sundhedsvæsen

en kultur, hvor alle medarbejdere og institutioner løbende lærer af sig selv og hinanden og dermed skaber kontinuerlig kvalitetsudvikling

(<http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Vision-og-status.aspx>, 10. december 2010, min understregning)

Antagelsen i citatet er, at Den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet (fremover DDKM) skaber ensartet høj kvalitet i alle ydelser, hvis ydelserne er omfattet af modellen. Denne forestilling om modellens evne til at skabe høj kvalitet i alle ydelser kommer også indirekte til udtryk i et fravær af model-relaterede refleksioner over, hvordan modellen som kvalitetsteknologi kan bidrage til sikringen af kvaliteten af de områder, som modellen ikke dækker. Hvis modellen ikke dækker alt, er det kun fordi den stadig er ved at blive udviklet – synes antagelsen at være. Visionen for DDKM er netop en vækst-vision: Alle områder er endnu ikke dækket af modellen, men det kan de blive i fremtiden.

Ambitionen med denne artikel er at vise det problematiske i den skitserede grænseløse selvforståelse. Jeg vil i artiklen argumentere for, at det netop ikke er akkreditering og beslægtede kvalitetsteknologier (som ellers antaget i ovenstående citat), som skaber kvalitet, sådan som DDKM selv definerer kvalitet<sup>2</sup>. Det er ikke DDKM som skaber høj professionel standard, patienttilfredshed, helhed i patientforløbet: Det er ikke kvalitetsstandarder som udfører operationen, taler ordentligt med patienten eller stiller den rigtige diagnose. Ligeledes adresserer kvalitetsstandarderne ikke alle væsentlige forhold – som hævdet i det indledende citat. Der er med andre ord grænser for den danske kvalitetsmodel, ligesom der er grænser for, hvad akkrediterings-standarder kan adressere. Relevansen af den konstatering kan antydes ved at udskifte det lille ord 'alle' med 'nogle'. Hvis standarderne kun adresserer nogle væsentlige forhold og ikke alle, så bliver det aktuelt at overveje, hvilke aspekter, de ikke adresserer – og hvordan man så kan forholde sig til disse aspekter. Hvordan er det afgjort hvilke aspekter, standarderne ikke adresserer? Er de vigtige aspekter, som ikke adresseres, blot overladt til tilfældigheder? Hvis det ikke er modellen, som alene skaber kvaliteten, må man overveje, hvordan den så skabes – og hvordan kvalitetsmodellen spiller sammen med de øvrige faktorer, som til sammen skaber kvaliteten. Men disse og beslægtede spørgsmål blændes ude, så længe man går ud fra at standarder adresserer alle forhold og at DDKM omfatter alle sundhedsydelser.

Kvalitetsfornuften har tendens til at totalisere sig, dvs. opfatte sig selv som et ubegrænset gode, der dækker (eller burde kunne dække) alle forhold. Hvem kan være imod kvalitet? Ikke desto mindre er det vigtigt at diskutere kvalitetsstandardernes begrænsede evne til at adressere relevante forhold. En sådan refleksion er forudsætning for at overveje, hvordan organisationerne kan arbejde med kvalite-

ten af deres ydelser, når kvalitetsteknologierne samtidig ikke dækker alle aspekter af alle ydelser. Men det er også vigtigt at reflektere over kvalitetsteknologiernes grænser, fordi mange forskellige faktorer er med til at skabe kvaliteten af ydelserne. Akkreditering som kvalitetsteknologi eksisterer i en verden med mange andre teknologier og mange andre hensyn og rationaler. At leve op til standarder og indikatorer som foreskrevet af DDKM og akkrediteringsprogrammer er én type logik, som ikke behøver falde sammen med f.eks. en medicinsk behandlings-logik i en konkret behandlingssituation. Undersøgelser- og beslutningsprocesserne hos den erfarne og videnskabeligt opdaterede læge kan være struktureret anderledes end kvalitetsstandarderne foreskriver.

Det er med andre ord relevant at tænke i egen begrænsning for ikke at virke negativt ind på andres evne til at yde. Det forudsætter blandt andet, at kvalitetsteknologierne ikke forstås som nogle, der skaber kvaliteten (det ville svare til at hævde, at madopskrifter laver god mad) – som det ellers er beskrevet i forbindelse med DDKM. I stedet handler det om at sikre, at andre får mulighed for at skabe kvaliteten. Kvalitetsteknologierne må være kædet sammen med en forståelse for deres begrænsning – for ikke at risikere at virke negativt ind på andres evne til at skabe kvalitets-ydelser. De må kende deres begrænsning for at kunne give plads til andre typer af viden og praksis, som er centrale i skabelsen af ydelser af høj kvalitet.

Formålet med denne artikel er at bidrage til en større grænsebevidsthed i refleksionerne over kvalitetsteknologier i sundhedsvæsenet. Det handler ikke om at kritisere kvalitetsstandarder og teknologier som sådan, men om at advokere for en grænsebevidsthed i brugen og fortolkningen af standarder og beslægtede kvalitetsteknologier. De kan noget, men netop ikke alt. Som et supplement til Dahler-Larsens forslag til en 'anti-kriteriologi' (Dahler-Larsen, 2008) (hvor man ikke formulerer kriterierne for organisationens ydelser uafhængigt af de praktiske situationer), vil jeg tale for udviklingen af en mere eksplicit refleksion af, hvad kvalitetsteknologierne kan og henholdsvis ikke kan. Det generelle udsagn om, at der er grænser for, hvad kvalitetsteknologierne kan adressere og skabe, må præciseres gennem bestemmelser af, hvor grænserne går, og hvad der betinger dem. I forlængelse af det generelle udsagn om, at de elementer, som teknologierne ikke omfatter, er centrale elementer for skabelsen af kvalitet i sundhedsvæsenet, handler det om at være mere konkret i udpegningen af grænserne for kvalitetsteknologierne. Hvad kan kvalitetsteknologierne ikke, og hvad skyldes deres uformåenhed?

Her kan det være en fordel at skelne mellem konkrete kvalitetsteknologier og så refleksionerne af og om denne teknologi. En akkrediteringsmodel som DDKM

foreskriver som teknologi nogle procedurer, men er samtidig omgærdet af kvalitetseksperter (kvalitetschefer, kvalitetsselskaber, kvalitetsafdelinger mm.) kommunikation, som fortolker den, og angiver hvorfor den er meningsfuld (eller meningsløs), hvordan den skal bruges og lignende. Det er en kommunikation, som blandt andet finder sted i Ugeskrift for Læger og i Tidsskrift for dansk Sundhedsvæsen. I appendiks 1 udgør referencerne 31-40 eksempler på sådanne teknologi-beskrivende og fortolkende artikler (man kan selv hurtigt finde mange flere beslægtede artikler ved at søge på de i appendikset nævnte forfattere). Typisk har der i artiklerne været tale om modelbeskrivelser og formidling af konkrete erfaringer med forskellige kvalitetsteknologier.

Denne artikel søger at bidrage til den nævnte litteratur ved at fokusere på et i litteraturen forsømt tema, nemlig lokaliseringen af kvalitetsteknologiers iboende begrænsninger. Den løbende refleksion af akkreditering som teknologi og aktivitet kan – er påstanden her – blive kvalificeret ved at tematisere nogle aspekter ved teknologiens begrænsninger.

Hovedparten af artiklen er en analyse af fire forskellige typer af grænser for kvalitetsteknologier – som de kan iagttages i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel. De fire eksempler skal belægge den generelle pointe, at der er grænser for teknologiernes formåen. Men vigtigere er det, at en lokalisering af de konkrete grænser er en forudsætning for at diskutere, hvordan man kan forholde sig til de specifikke begrænsninger. Afslutningsvis skal jeg diskutere to mulige generelle reaktioner på lokaliseringen af grænser. Den ene reaktion handler om at udvikle forskellige typer af selvbegrænsning. Den anden handler om at få lavet repræsentationer af det udgrænsede inden for kvalitets-kommunikationen.

## Data

Genstanden i de følgende analytiske nedslag er grænser for en meget udbredt kvalitetsteknologi, nemlig akkreditering. Der er variationer mellem akkrediteringsmodeller. I det følgende er det empiriske iagttagelsespunkt Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) som er en obligatorisk akkrediteringsmodel for store dele af det danske sundhedsvæsen. Det danske Nationale Råd for Kvalitetsudvikling tog i 2001 initiativ til en national model for kvalitetsudvikling, det der blev til DDKM. I 2003 kom det første forslag til, hvordan modellen skulle se ud. I 2005 blev Institut for Kvalitet og Akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) etableret som den institution, der skulle stå for færdigudviklingen og driften af modellen.



Fra 2009 er IKAS begyndt at akkreditere de danske sygehuse – samtidig med at de udvider områderne for DDKM til også at dække kommuner, apoteker og praksissektoren. Det er således det mest ambitiøse og omfattende kvalitetsprojekt i det danske sundhedsvæsen.

Som andre akkrediteringsmodeller består DDKM primært af tre elementer: 1) Opstilling af vurderingsgrundlag i form af standarder og målbare indikatorer 2) Evaluering (= sammenligning af dokumenteret praksis med vurderingsgrundlag) 3) Synliggørelse af evalueringens resultater.

Der er omkring 100 standarder for forskellige områder som ledelse, patientinddragelse, behandling af skizofreni osv. Til hver standard hører der typisk fire indikatorer, som skal gøre det muligt at vurdere, om standarden er overholdt. Kvalitetsstandarderne handler typisk om, at sygehusene skal have retningslinjer for specifikke forhold. De enkelte sygehuse skal hvert tredje år kontrolleres i forhold til, om de lever op til standarderne. Resultaterne af kontrollen skal offentliggøres som udtryk for sygehusets kvalitetsniveau. I sin kerne er DDKM et værktøj, som skal gøre det muligt at iagttage aktiviteter i sundhedsvæsenet ved at sammenligne dem med forudgivne standarder. Det handler herunder om at kontrollere, at sundhedsvæsenet kontrollerer sig selv ved hjælp af omfattende retningslinjer. Gør de det, kan de blive akkrediteret, hvilket vil sige at få et kvalitetsstempel. Denne måde at lave kvalitetssikring på breder sig i den offentlige sektor – i Danmark og internationalt, i sundhedsvæsenet og i andre sektorer. Eksempelvis skal samtlige videregående uddannelser i Danmark akkrediteres.

I analysen af grænser for Den Danske Kvalitetsmodel benytter jeg mig af skriftligt materiale relateret til modellen. Det er baggrundsrapporter, policy-notater, modelforslag, høringssvar, artikler i fagtidsskrifter med mere. Appendiks 1 rummer en oversigt over det skriftlige materiale, som udgør artiklens data-grundlag.

## Metode og grænsebegreb

I artiklen vil jeg diagnosticere fire typer af grænser, som knytter sig til forskellige dele af DDKMs tre elementer (standarder/indikatorer, evaluering, synliggørelse af resultater). Først vil jeg vise nogle grænser, der gjorde sig gældende ved konstruktionen af DDKM og dermed ved opstillingen af modellens vurderingsgrundlag (grænser ved konstruktionen). Dernæst vil jeg vise nogle grænser, der knytter sig til sammenligningen af praksis og vurderingsgrundlag – dvs. til evalueringselementet i modellen. Jeg skal vise hvordan kravet om, at man kan

sammenligne praksis med standarderne for praksis, dels sætter nogle grænser for, hvad der kan formuleres standarder for (grænser for krav, som kan kobles til generaliserbare indikatorer), dels hvad der med den foretrukne indikator (nemlig retningslinjer) kan iagttages som praksis (grænser for retningslinjer). Den sidste begrænsning, jeg skal analysere, knytter sig til DDKMs element af synliggørelse. DDKM opererer ikke mindst ved at producere information om særlige aspekter af sundhedsvæsenet, som derved bliver gjort til genstand for iagttagelse – det sidste afsnit tematiserer grænser for den iagttagelse (grænser for synliggørelse).

Ved at fokusere på de fire grænseeksempler lokaliserer jeg ikke samtlige grænser for DDKM, men eksemplerne er hentet fra centrale dele i DDKM, nemlig a) opstillingen af et evalueringsgrundlag b) brugen af standarder c) Modellens fokus på retningslinjer d) fokus på synliggørelse. Eksemplerne er således hentet fra centrale karakteristika ved den analyserede kvalitetsteknologi.

Som eksemplerne vil vise, kan grænser være grænser på forskellige måder. Nogle grænser er begrænsninger i kraft af manglende evne (f.eks. til at forholde sig til ikke-generaliserbar information), andre grænser er snarere udgrænsninger for så vidt som de mere aktivt udelukker information. Nogle grænser er af mere empirisk karakter (f.eks. er det et empirisk spørgsmål, hvor meget information, der inddrages i konstruktionen af en kvalitetsmodel), mens andre grænser er af mere principiel karakter (som det forhold at man kun kan lave standarder for områder, hvor der kan formuleres generaliserbare indikatorer). Grænsebegrebet skal derfor forstås som et heuristisk begreb, der viser iagttageren hen på et fænomens anden side. Iagttaget man kommunikation, viser grænsebegrebet hen på det ikke-kommunikerede; iagttaget man standarder, viser grænsebegrebet hen på det ikke-standardiserede eller det ikke-standardiserbare; iagttaget man synliggørelse viser grænsebegrebet hen på det usynlige osv. Dermed er grænsebegrebet en opfordring til en særlig måde at iagttage på – snarere end en fast og given ting. Artiklen er ikke mindst inspireret af nyere sociologisk systemteori om kommunikative grænser og grænser for iagttagelse (Luhmann, 2000a: 66ff, 1992: 68ff). De konkrete, teoretiske inspirationskilder vil blive inddraget løbende.

## Fire grænse-eksempler

I dette afsnit vil jeg diagnosticere fire typer af grænser relateret til Den Danske Kvalitetsmodel.

## Grænser ved konstruktionen

Det første nedslag handler om udgrænsning af temaer ved konstruktionen af DDKM. I et studie af konstruktionen af DDKM har jeg undersøgt hvilke potentielt relevante temaer, der ikke er blevet kommunikeret om – ligesom jeg har undersøgt, hvordan kommunikationen relateret til udviklingen af DDKM har kunnet undgå at inddrage relevante temaer (Knudsen, 2011). Jeg skal i dette afsnit sammenfatte nogle af det nævnte studies hovedpointer. Jeg skal vise, hvordan der i selve konstruktionen af DDKM blev udgrænset relevant viden fra kommunikationen om modellen. Det er samtidig grænser som har præget den færdige model og som dermed lever videre som indbyggede begrænsninger i modellen.

Gennemgår man de officielle notater, aftaler og modelbeskrivelser, som udgør udviklingen af DDKM i perioden 2001-2008 (se appendiks 1), er det påfaldende, så mange relevante temaer og mulig information, som har været udgrænset fra beslutningsprocessen. Når man, som jeg er her, er interesseret i det, der er udgrænset, er man interesseret i noget, der ikke er blevet kommunikeret om. Det giver et dokumentationsproblem: Hvordan kan man vide, at der ikke er blevet kommunikeret om emnerne i nogle dokumenter, som jeg blot ikke har været opmærksom på? Det kan man principielt ikke. Men man kan, som jeg har gjort, følge henvisningerne i teksterne til andre tekster. På den måde får man et billede af, hvilke dokumenter, der bliver knyttet an til i de videre dokumenter. Appendiks 1 rummer en oversigt over det tekstkorpus, jeg har samlet. Analysen er af datamæssige grunde begrænset til det indsamlede skriftlige materiale. Noget af det, der ikke (eller højst i forbifarten) er blevet diskuteret i dette materiale, er:

- hvilke problemer, modellen skal løse (og om den samme løsning, nemlig standardisering, er relevant i forhold til så forskellige aktiviteter som behandlingen af mavesår og ledelsen af et moderne sygehus).
- fordele og ulemper ved alternative strategier; er en model baseret på standarder og kontrol det mest adækvate svar på tidens kvalitetsproblemer? Det ville have indebåret en diskussion af, dels hvad problemet egentlig er, dels hvad der skaber kvaliteten i sundhedsvæsenet. I hvor høj grad er det organisationsinterne forhold og i hvor høj grad er det organisationseksterne forhold (økonomi, uddannelse, arbejdsmarked, professionernes selvforståelse osv.), som betinger kvaliteten – og hvordan hænger modellen sammen med disse forhold?

- hvad det vil koste både at udvikle og drive modellen (det er ikke blevet diskuteret, om en akkrediteringsmodel er den økonomisk mest effektive måde at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet på).
- hvilke (uintenderede) effekter modellen kan/skal have (bortset fra nogle helt overordnede formålserklæringer).
- hvem der skal bruge de informationer om forholdet mellem standarder og praksis, som modellen vil producere (patienter, sundhedsprofessionelle, ledere og politikere har ikke brug for de samme informationer); det er ikke blevet grundigt diskuteret hvilke data, der skal publiceres for hvem med henblik på at forbedre hvilke beslutninger.
- den manglende evidens for at sådanne akkrediteringsmodeller giver kvalitetsforbedringer.

Det er med andre ord ikke skriftligt diskuteret, hvilke problemer modellen skal løse, hvad det vil koste, om man kunne få mere kvalitet for de samme penge på andre måder, eller om modellen vil medføre bedre kvalitet. Konstruktionen af DDKM som teknologi til at iagttage kvaliteten i sundhedsvæsenet har med andre ord været ret begrænset i forhold til, hvilke temaer, der er blevet diskuteret. Der er primært blevet produceret information om modellens tekniske konstruktion, og om hvordan man gør noget tilsvarende i andre lande.

Som ekstern kritiker kan man altid pege på noget, der ikke er blevet diskuteret i en given beslutningsproces. I tilfældet med udviklingen af DDKM kan man dog også pege på, hvordan der i litteratur om kvalitetsteknologier i sundhedsvæsenet, som kan knyttes til nogle af de centrale aktører i udviklingen af modellen, kommunikerer om de nævnte temaer. De nævnte ikke-diskuterede temaer nævnes eksempelvis i artikler af Øvretveit (2001, 2003) Shaw (2000), Walshe et al. (2001) og Færgeman (2002). Det er artikler, som kan antages at have været kendt af nogle af de centrale aktører i udviklingen af modellen<sup>3</sup>. Ligeledes peger en del af de høringssvar, som IKAS fik på deres første store modeludkast i 2007, på den konkrete og praktiske relevans af disse ikke-diskuterede temaer. Det gælder ikke mindst spørgsmålet om omkostninger ved at drive modellen – det vil koste tid og ressourcer at tilpasse organisationerne til de krævede standarder og procedurer, lyder et typisk høringssvar.

Det er velkendt fra beslutningsteorien, at blindhed (dvs. begrænset inddragelse af information) snarere er normen end undtagelsen, når man skal træffe beslutninger – ellers risikerer man at fortabe sig i uendelige undersøgelser af mulige

konsekvenser og får aldrig truffet en beslutning (Cyert & March, 1963; March, 1978, 1988; March & Simon, 1993). Samtidig støder blindheden sammen med et ideal om, at beslutninger træffes på et informeret grundlag. Har man på den ene side et ideal om beslutninger baseret på evidens, viden og information og på den anden side en langstrakt beslutningsproces (som ved designet af DDKM), som er karakteriseret ved fraværet af centrale, relevante temaer og dermed ved fraværet af viden/information. Ja, så rejser der sig et spørgsmål om, hvordan man har kunnet undgå at blive opmærksom på disse temaer og informationer. Det, at relevante temaer på en gang har været kendt og samtidig ikke diskuteres, rejser spørgsmålet om, hvordan temaerne er blevet udgrænset. Spørgsmålet er, med hvilke 'uopmærksomhedsformer' kommunikationen har kunnet undgå at inddrage relevante temaer. Hvis man spørger, hvilke aktiviteter, der som tilsigtet eller utilsigtet effekt har uopmærksomhed i forhold til de nævnte temaer, så kan man pege på følgende mekanismer ved udviklingen af DDKM:

- Viden erstattes med, hvad man kan forestille sig er tegn på viden. Der henvises f.eks. til standarder for standarder, hvor man så kan forestille sig, at disse standarder er baseret på viden. Også høringer og pilotstudier kommer til at være et tegn på viden. Selve det at modellen har været i høring bliver et argument – uafhængigt af om, de kommentarer som høringen har affødt har gjort en forskel. Kritisk opmærksomhed og eftertanke udgrænses af en række forrelementer. I notater, aftaler og modelbeskrivelser, som fører frem til den færdige model, finder man referencer til videnskabelige tekster, til internationale kvalitetsorganisationer, til meta-standarder (standarderne begrundes blandt andet med at de lever op til standarder for standarder), til høringer, til tidligere beslutninger. Men man finder meget lidt om, hvad disse internationale kvalitetsorganisationer så faktisk siger, hvad de videnskabelige indsigter bag referencerne egentlig består i, hvad der er baggrunden for metastandarderne osv. Metastandarder, referencer, internationale selskaber, høringer – alt sammen fungerer som tegn, der indikerer, at modellen er baseret på den bedst tilgængelige viden og som dermed også tager opmærksomheden væk fra de nævnte centrale diskussioner om modellens effekter, omkostninger mv.
- Undgåelse af forskellige typer erfaring. Der er i udviklingen af modellen ikke inddraget konsulenter eller forskere med viden om organisering, styring, ledelse, performance-målinger eller lignende. Den eneste eksterne konsulent er et firma, som selv producerer lignende modeller (=HQS). Forskning om effekten af lignende modeller og kvalitetsteknikker blev ikke inddraget ligesom fag-

professionelle med aktuel klinisk erfaring kun blev inddraget i mindre grad – nemlig i diskussionerne af konkrete standarder og indikatorer, dvs. efter at designet af modellen var fastlagt. I stedet bestod ekspertisen primært af læger og ikke mindst sygeplejersker med kvalitets-administrativ erfaring. Det er således primært en kvalitetsteknologisk ekspertise, der har dannet videnshorisonten i konstruktionen af modellen – snarere end førende klinikere eller folk med ekspertviden indenfor organisering/ledelse/performance målinger.

- Deadlines giver et tidspres og nødvendiggør hurtige beslutninger, hvilket afleder uopmærksomhed overfor relevant information. Modellen er blevet udsat en del gange, den skulle have været færdig i 2005, så i 2006, derpå i 2007, i 2008 og endelig i 2009. Der kan være forskellige årsager til udsættelserne, men lige meget hvad årsagerne er, så gør også urealistiske deadlines det muligt, ja nødvendigt, at ignorere information, der ville være relevant, hvis man havde nok tid. En anden måde at skabe uopmærksomhed på er ved at udskyde spørgsmål – f.eks. ved at udskyde spørgsmålet om, hvem der skal have gavn af den information, der produceres, når realitet og standarder sammenlignes.

Ovenfor har jeg argumenteret for, hvordan en række relevante temaer er blevet udgrænset ved udviklingen af DDKM. Jeg har dels peget på nogle af de mest påfaldende relevante temaer, der ikke er blevet taget op, dels har jeg med den samlede term 'uopmærksomhedsformer' indikeret, hvordan kommunikationen har undgået at blive opmærksom på disse temaer. Analysen kan sammenfattes i nedenstående skema:

Grænser i	kommunikationen der førte frem til designet af DDKM
Grænser for	temaer og information inddraget i forbindelse med konstruktionen af DDKM
Grænser i kraft af	en række uopmærksomhedsformer muliggør udgrænsningen af temaer og information
Udgrænset i forhold til designet af DDKM	relevante temaer og information er udgrænset – bl.a. hvilke problemer modellen skal løse, fordele/ulemper ved alternative kvalitetsstrategier, modellens omkostninger og effekter.

Skema 1: Grænser ved konstruktionen af DDKM

I næste afsnit skal jeg se nærmere på nogle af de grænser, som ligger indbygget i DDKM, som modellen kom til at se ud i sin endelige form (i forhold til sygehuse).

## Grænser for hvilke krav der kan kobles til generaliserbare indikatorer

Ovenfor så vi, hvordan der er grænser for, hvor meget viden og information, der blev aktualiseret ved konstruktionen af DDKM. I dette afsnit zoomer jeg ind på to centrale elementer i DDKM, nemlig standarder og indikatorer og spørger hvilke grænser, de to elementer har.

Standarder er ryggraden i DDKM og er en beskrivelse af de krav, som sygehusene vurderes ud fra. Standard 1.1.6 i DDKM lyder f.eks. som følger: "Institutionens bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter understøtter institutionens opgaveløsning, drift og sikkerhed for patienter, besøgende, personale og leverandører." (IKAS, 2009: standard 1.1.6). Der er i modellen i alt 104 standarder for sygehusområdet. Idet standarderne er af mere generel karakter er der for alle standarder formuleret typisk fire (men nogle gange flere) indikatorer. En indikator defineres som en "evaluerbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet." (IKAS, 2009: 241). Spørgsmålet er nu, i hvilken forstand der er grænser for standarder og indikatorer.

I forhold til standarder er det generelle svar, at standardernes grænse går ved muligheden for at formulere en eller flere indikatorer, som man accepterer er tegn på, at standarden overholdes eller ikke overholdes. Det betyder dels, at indikatorernes grænser også er standardernes grænser, dels at standardernes grænse handler om, hvor overbevisende det er, at en indikator er et tegn på, at organisationen lever op til standarden. For så vidt kan grænser for standarderne ofte diskuteres. F.eks. kan man diskutere, om det er muligt at lave indikatorer på ovennævnte standard, dvs. er det muligt at finde en variabel, der kan overvåge og evaluere, hvorvidt "Institutionens bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter understøtter institutionens opgaveløsning, drift og sikkerhed...". Et af problemerne er her, at bygninger typisk danner ramme om flere opgaver, hvor de understøtter nogle opgaver mere end andre. Ligeledes kan man formode, at nogle af institutionens bygninger er mere opgaveunderstøttende end andre. Så den nævnte standard er på den ene side meningsfuld (det er meningsfuldt, at bygningerne passer til opgaverne), på den anden side risikerer den at overskride, hvad det er muligt at formulere standarder for, fordi det næppe er muligt at oversætte den til noget, der kan måles og/eller svares entydigt på.

I DDKM er den første og centrale indikator på den nævnte standard formuleret som "Institutionen anvender drifts-, forsynings-, og vedligeholdelsesplaner, der omfatter institutionens sikkerhed og forsyninger samt bygninger, inventar, udstyr og udendørsarealer". Spørgsmålet er her, om man kan tage eksistensen af

nogle nærmere specificerede planer som tegn på, at institutionens bygninger understøtter opgaveløsningen. Et af problemerne ved at se eksistensen af planer som indikator på, at bygninger og opgaver passer sammen er, at planer i deres natur er rettet mod fremtiden, og som bekendt er planen om at dyrke mere motion ikke nødvendigvis en indikator på, at man faktisk dyrker mere motion.

At der er grænser for standarder betyder, at der er forhold, som på den ene side er vigtige for institutionen og måske oven i købet afgørende for kvaliteten – men som på den anden side ikke kan få knyttet indikatorer til sig på en overbevisende måde og derfor heller ikke kan blive relateret til de standarder, som institutionen vurderes på. De fleste vil f.eks. være enige i, at det er vigtigt, at medarbejdere og ledere har situationsfornemmelse, en god dømmekraft, er samvittighedsfulde og engagerede, dygtige til deres fag og bidrager til en god stemning på arbejdspladsen. Men det er alt sammen noget, det kan være vanskeligt at formulere overbevisende indikatorer på, og kan man ikke det, så falder det udenfor, hvad kvalitetsstandarderne kan rumme.

Vi kan her bestemme nogle mere principielle grænser for, hvad der kan fungere som indikatorer. Indikatorer kan forstås som tegn på, at praksis lever op til standarder. Ifølge semiotikken (læren om tegn), er et tegn noget, der for nogen står for noget (Peirce, 1994; Jørgensen, 1993). I det daglige arbejde og i interaktioner er der en stadig afkodning af tegn – på sygdom (i form af symptomer), på komplikationer men også på menneskelige karaktertræk og evner som dømmekraft eller faglig kompetence. Ikke alle tegn kan gøres til indikatorer. Nogle tegn har hændelsens karakter, hvilket vil sige at de opstår og forsvinder igen med det samme. Det kan f.eks. være den øjenkontakt med lægen, som giver patienten tiltro til, at det nok skal gå, og at lægen gør sit bedste. Den slags tegn kan ikke fungere som indikatorer på kvalitetsstandarder, idet indikatorer for at kunne blive kontrolleret af en ekstern instans skal være varige over tid.

I stedet gælder det, at man kun kan formulere standarder, som kan få tilknyttet tegn (indikatorer), som er varige, og som en ekstern fortolker kan iagttage. Hvad kan her fungere som tegn for den eksterne fortolker? Det kan kun noget, som kan have en tegnværdi stabilt over tid (hvilket typisk indebærer skriftlighed). Endvidere skal tegnene også være generelle, så de i forskellige organisationer og situationer kan være tegn på det samme.

Grænserne for kvalitetsstandarder går derfor ved muligheden for at formulere tegn på disse standarder, tegn som er varige over tid, generelle og eksternaliserede. Tager man ledelse som eksempel, er der mange mulige kriterier for god ledelse, nogle af termerne kunne være udsyn, overblik, evne til at lytte, og til at lave



overbevisende og meningsfulde fortolkninger, energi, integritet, ansvarlighed og troværdighed. Det er egenskaber, som man på den ene side kan mene er vigtige, men som på den anden side er meget vanskelige at kæde sammen med tidsstabile og generelle tegn. Det betyder ikke, at vi ikke i den daglige interaktion afkoder tegn på ansvarlighed, troværdighed, overblik osv. Men en del af disse tegn har hændelsens karakter, dvs. de hænder og forsvinder i samme korte øjeblik. Disse tegn er på den ene side uundværlige i vores daglige omgang og forståelse for hinanden, på den anden side er de ubrugelige i forhold til kvalitetsstandarder – netop fordi de ikke har varighed, og derfor ikke kan ses af den eksterne iagttager.

Det er næppe heller muligt at finde varige og generelle tegn på skabelsen af meningsfulde og overbevisende fortolkninger af organisationens opgaver og udfordringer. Så eksistensen af meningsfulde og overbevisende fortolkninger ligger uden for grænserne for kvalitetsstandarder, samtidig med at de fleste vil mene, at det faktisk er noget af det, der kendetegner god ledelse. Ser vi på, hvilke standarder DDKM har lavet for ledelse, så virker det som om, at det kun rammer ganske lidt af, hvad man kunne opfatte som god ledelse. Den første standard for ledelse hedder således "Institutionen arbejder efter et virksomhedsgrundlag, der er et fælles grundlag for ledelse, drift og udvikling på alle niveauer i institutionen." (DDKM standard 1.1.1.). Det er en fornuftig standard for så vidt som det er muligt at finde indikatorer på den – nemlig eksistensen af et grundlag. Men er grundlaget en meningsfuld, meningsgivende og overbevisende fortolkning af organisationens opgaver og udfordringer? Det er der ingen garanti for. Det er ikke vanskeligt at forestille sig institutioner med virksomhedsgrundlag, som samtidig er karakteriseret ved virkelig dårlig ledelse.

Generaliserer vi pointen kan vi sige, at der i selve opbygningen af DDKM med standarder og indikatorer sker en udgrænsning af alle "processer, strukturer og resultater" (jf. indledningscitater) som ikke efterlader sig stabile, generelle og eksternaliserede tegn. Igen kan vi sammenfatte ovenstående med et skema:

Grænser i	de tegn man vurderer praksis ud fra.
Grænser for	hvilke forhold der kan formuleres standarder og indikatorer (=tegn) for
Grænser i kraft af	at man ikke kan formulere indikatorer (dvs. tegn på praksis' overensstemmelse med standarderne) for forhold som ikke efterlader varige, generelle og for eksterne iagttagere let iagttagelige tegn.
Udgrænset i forhold til DDKM	de typer af tegn på god/dårlig kvalitet, som ikke efterlader sig varige, generelle og eksternt iagttagelige tegn.

Skema 2: Grænser for hvilke typer af tegn der kan benyttes som indikatorer for standarder.

Jeg skal i næste afsnit se nærmere på DDKMs foretrukne tegn, og de begrænsninger der også ligger indbygget i dem.

## Grænser for retningslinjer

Der er, som vist ovenfor, en grænse for standarder, som løber langs med muligheden for at bestemme indikatorer på standarden. Dermed vist at mange vigtige forhold ikke kan få tilknyttet indikatorer og derfor ikke kan standardiseres. I dette afsnit skal jeg zoome ind på de indikatorer, som faktisk bruges i DDKM og se på begrænsninger i disse.

Den afgørende indikator på langt den største del af standarderne i DDKM er, at der er en retningslinje for området. En retningslinje defineres som "systematisk udarbejdet anvisning, der skal anvendes af ledere og medarbejdere, når de skal træffe beslutning om den rette fremgangsmåde." (IKAS, 2009: 244). Idet retningslinjer er den dominerende indikator i DDKM, så kommer grænsen for kvalitet til at løbe langs med grænsen for, hvad man kan lave retningslinjer for. At lave eksplicite anvisninger for et givent område kan man også kalde formalisering (Luhmann, 1999). Jeg skal her pege på tre typer af grænser for formalisering i form af retningslinjer. Det handler om mængden af retningslinjer, om områderne man kan styre med retningslinjer og om motivationen for at følge retningslinjerne.

### *Grænser for mængden af retningslinjer*

For det første er der grænser for, hvor mange retningslinjer en organisation og dens medarbejdere kan håndtere (dette generelle statement trækker på kompleksitetsteori, se f.eks. Luhmann, 2000a: 60ff). Retningslinjer skal huskes og de skal kunne aktualiseres i de relevante situationer. Dertil kommer, at de skal fornyes, dvs. det skal også huskes, hvilke retningslinjer, der nu skal glemmes, fordi der er kommet nye til (om forholdet mellem organisationers erindring og glemsel se Luhmann, 2000b: 418ff). Desuden skal retningslinjerne passe sammen, så forskellige retningslinjer ikke giver konfliktende anvisninger. Retningslinjer forudsætter således hukommelse, glemsel og informationsbearbejdningskapacitet. Accepterer man, at der er grænser for hvor komplekse informationer organisationer kan håndtere, så må man også acceptere, at der er en numerisk grænse for mængden af retningslinjer. Hvor den grænse går er et empirisk spørgsmål. Man kan f.eks. se, hvordan sygehusene er begyndt at udvikle dokument-styringsystemer, så de kan styre flere retningslinjer ved at gøre det elektronisk. Det kan aflaste noget af den menneskelige hukommelse.

Men én ting er, at et styringssystem f.eks. en gang om året minder organisationen om, at der er en retningslinje for et givent område – en anden ting er, om retningslinjerne aktualiseres i relevante beslutningssituationer. Grænser for kvalitetsstandarder går her ved organisationens og medarbejdernes evne til at huske og aktualisere mængden af retningslinjer, dvs. formaliserede adfærdsforventninger.

### *Grænser for, hvad der kan formuleres retningslinjer for*

Ikke alene er der grænser for mængden af retningslinjer, der er også grænser for, hvad der kan gøres til genstand for retningslinjer. Der er store dele af det medicinske arbejde, som ikke kan formuleres som anvisning, som retningslinje. Signe Vikkelsø formulerer det som følger: ”Arbejdets (medicinsk arbejde, MK) genstand er typisk uklar, kompliceret og involverer et stort antal teknologier og mennesker, som er forbundet på en kompleks måde. [...] Ofte er organisationer godt tjent med at tolerere tvetydig, uklar information, fordi utvetydige eksakte informationer kan overforenkle komplekse, uklare problemstillinger.” (Vikkelsø, 2004: 123). I uklare, usikre, komplekse og tvetydige situationer er det vanskeligt at formulere retningslinjer, med mindre man formulerer dem tilstrækkeligt generelt, hvorved de risikerer ikke at blive beslutningsanvisende. Ud over at situationerne er uklare og komplekse, så kan der også på samme tid være mangeartede og potentielt konfliktende mål (et eksempel på det finder man i Vikkelsøs beskrivelse af epikriser, som på én gang skal gøre rede for patientforløbet, så andre kan overtage behandlingen og plejen – og så signalere kompetence og ansvarlighed (jf. Vikkelsø, 2004: 122).

Tavs viden, know-how, implicit viden, knowing-in-action og lignende er termer, som peger i retning af, at der i arbejdet og i kommunikationen er mange elementer, som ikke er eksplicite og som derfor heller ikke kan formuleres som retningslinjer. Dertil kommer, at handlingsforløb kan være uforudsigelige og derfor vanskelige at lave retningslinjer for. Det gælder f.eks. fejl, hvor en del af det medicinske arbejde består i at kompensere og rette op på fejlene (Strauss et al., 1997: 239 ff.). Procedurer og checklister kan selvfølgelig være fejlforebyggende, men kan ikke udrydde dem. For hver aktivitet foreskrevet af reglerne er der risiko for fejl. At der laves fejl er forudsigeligt, men de enkelte, specifikke fejl er ofte uforudsigelige. Strauss et.al. taler om ”’error’ work to refer to the various tasks involved in preventing, minimizing, defining, detecting, covering up, rectifying, estimating the consequences of, and so on, mistakes.” (1997: 242). Det er vanskeligt at formulere retningslinjer for dette feltarbejde. Man kan nok lave en generel retningslinje om, at man skal reagere på fejl, men hvad man skal gøre, kan kun i begrænset grad reguleres med regler – i den udstrækning fejlene er uforudsete.

Samtidig med at ikke alle områder og handlinger/beslutninger kan gøres til genstand for retningslinjer (fordi de har en karakter, der ikke lader dem diktere af retningslinjer), så gælder det også, at der er en løs kobling mellem retningslinje og handling/beslutning. Populært sagt: Fordi man har en opskrift, betyder det ikke nødvendigvis at man laver god mad. Retningslinjer skal altid fortolkes, og erfaringen viser, at de ofte fortolkes ganske forskelligt. I en dansk kontekst har Pia Kürstein Kjellberg analyseret, hvorfor klinisk praksis varierer til trods for eksistensen af fælles retningslinjer (Kürstein, 2006). En af årsagerne er, at der er konkurrerende vidensstrukturer og forskellige måder at håndtere usikkerhed på. Dermed går der en grænse for retningslinjer langs med andre forventningsskabende strukturer. Der er med andre ord meget man ikke kan styre med retningslinjer, blandt andet hvordan retningslinjerne bruges, og om de bruges, hvilket kort tematiseres i næste punkt.

### *Grænser for motivationen til at følge retningslinjerne*

Der er en grænse for retningslinjer, som løber langs med brugen af dem. Der er grænser for deres evne til at diktere praksis. Ifølge Timmermans og Berg viser studier, at kun få faktisk har læst og kender relevante retningslinjer (hvor der her er tale om kliniske retningslinjer og ikke retningslinjer fastlagt af organisationen). Retningslinjer har begrænset effekt i forhold til at ændre praksis, der er lille bevidsthed om retningslinjer. Og selv hvis de er kendt, så ændrer retningslinjer sjældent adfærden. Man ser på retningslinjer som muligheder, forslag, snarere end som forpligtende standarder (Berg & Timmermans, 2003: 94-96). Konfronteret med manglen på adfærdsmæssige ændringer har praktikere offentliggjort "retningslinjer for kliniske retningslinjer" (Berg og Timmermans, 2003: 95). Men kun med begrænset virkning kan man gøre retningslinjer forpligtende ved hjælp af retningslinjer (a la: dette er en retningslinje for, hvordan retningslinjer skal følges). Ovenstående sammenfattes i skema 3:

Grænser i	sundhedsfaglige og organisatoriske aktiviteter
Grænser for	hvilke aktiviteter, der kan formuleres retningslinjer for, dvs. formaliseres ved hjælp af forskrifter
Grænser i kraft af	begrænset organisatorisk og individuel evne til at huske, håndtere og glemme forskrifter; Uklare, sammensatte, ukendte situationer, hvor man ikke på forhånd kan formulere den optimale forskrift; Manglende motivation for at følge retningslinjer
Udgrænset i forhold til DDKM	aktiviteter, der ikke er retningslinjer for eller hvor beslutninger ikke knytter an til retningslinjerne.

Skema 3: Grænser for hvilke aktiviteter det er muligt og meningsfuldt at formulere retningslinjer for.

## Grænser for synliggørelse

DDKM og beslægtede kvalitetsteknologier kan ses som iagttagelsesværktøjer. Ved hjælp af DDKM iagttages og vurderes bestemte forhold i sundhedsvæsenet; som IKAS selv formulerer det, er et af formålene med DDKM at skabe "gennemsku- elighed og gennemsigtighed i forhold til ydelserne i det danske sundhedsvæsen" (<http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Vision-og-status.aspx>, 28/1 2011). En kikkert kan give et forstørret billede af noget, som er på afstand. Men den kan f.eks. ikke iagttage og forstørre lyd, ligesom den heller ikke kan bruges ved iagtta- gelsen af mikroskopiske størrelser. Det kan et elektronmikroskop til gengæld. Der ligger med andre ord grænser for iagttagelsesevnen indbygget i selve den måde, iagttagelsesværktøjet er konstrueret på. Når kvalitetsteknologien ikke mindst iagttager eksistensen af retningslinjer, så ligger der en blindhed overfor det ikke- formaliserbare ( ovenstående diskussion af grænser for formalisering). Men der ligger også andre typer af blindheder i DDKMs iagttagelse af sundhedsvæsenet. At noget bliver iagttaget, betyder, at det bliver gjort synligt, at det bliver gjort til information, det vil sige til noget, som gør en forskel for nogen. Her er påstanden, at DDKMs iagttagelse af sundhedsvæsenet er stærkt begrænset – der er meget, modellen ikke kan generere information om. Jeg skal kort anskueliggøre nogle typer af blindheder.

Knytter man an til, hvad der er blevet kaldt anden ordens iagttagelses teori (Luhmann, 1992: 68ff, 1997a; Baecker, 1993a, 1993b; Esposito, 1996; Seidl, 2007; Andersen 1999) så er enhver iagttagelse bundet til en forskel. Lægen iagttager blandt andet i forskellen syg/rask, visitatoren i behov/ydelse, økonomen i ud- gift/indtægt, juristen i ret/uret, forskeren i sand/falsk. Den forskel, som danner rammen for iagttagelsen, udgør en grænse for iagttagelsen, dvs. medskaber en blindhed. Grænsen kan ændres ved, at man skifter til en ny iagttagelsesforskelse. Lægen kan skifte til et juridisk perspektiv og f.eks. spørge, om patienten har ret til en given behandling. Men det flytter blot blindheden, det afskaffer den ikke. I denne principielle blindhed ligger også en af forklaringerne på væksten i syn- liggørende målinger (i forhold til udviklingen af evaluering se Dahler-Larsen & Krogstrup, 2001). Udviklingen i evalueringstyper er et eksempel på den dyna- mik. Programevaluering, som iagttager i rammerne af forskellen mål/effekt, er blevet kritiseret for ikke tilstrækkeligt at kunne vise, hvad der sker i processen, og hvorfor der udvikles procesevalueringer. De har til gengæld også blindheder, hvilket forsøges kompenseret med brugerevalueringer, evalueringer af empow- erment osv. (jf. Dahler-Larsen & Krogstrup, 2001). DDKM som en særlig type

evaluering har dermed også en blindhed for alt, hvad der ikke fanges med dens iagttagelsesforskel, nemlig forskellen standard/praksis. Det betyder blandt andet at den er blind for det situationsspecifikke, det særegne. Det som der netop ikke er standarder for.

Den skitserede principielle blindhed kan konkretiseres i forhold til en række relevante blindheder. Modellen er blind for, hvordan den påvirker det, den iagttager. Sygehusene og de ansatte er ikke upåvirkede af, hvordan de iagttages. De iagttager, at de bliver iagttaget og reagerer på det, hvilket modellen ikke selv iagttager. Introduktionen af DDKM kan påvirke opfattelsen af forskellige roller (f.eks. af hvad det vil sige at være en ansvarlig ledende overlæge), den kan påvirke sundhedsfaglige aktiviteter, som lægges til rette med henblik på at leve op til standarderne, og den kan påvirke opfattelsen af, hvad kvalitet egentlig er. Nogle af reaktionerne på modellens iagttagelse kan være hensigtsmæssige, mens andre kan være ikke-intenderede. Det kan være, der udvikler sig en kultur, hvor det, der skulle være et middel til at give bedre kvalitet bliver et mål i sig selv, altså hvor der bliver tale om en art over-compliance (Dahler-Larsen, 2008). Eller det kan være, at der sker uheldige forskydninger i ansvarsrelationer, hvor det bliver uklart, hvem der er ansvarlig for dårlig kvalitet – er det de sundhedsprofessionelle, politikerne, kvalitetsteknologien? Eller det kan være, at standarderne bliver medie for udviklingen af nye typer af koblinger mellem sundhedsvæsenet og f.eks. politiske, juridiske, massemediale eller økonomiske systemer – idet sundhedsvæsenet i kraft af standarderne bliver synlige for retlig kommunikation på en ny måde (Knudsen, 2007).

Man kan med andre ord forestille sig, at modellen vil have en række effekter (lige som den på en række områder formodentlig ikke vil have nogle af de forestillede effekter), som ligger ud over, hvad der umiddelbart har været tanken. Det ved man fra performance-measurement litteraturen, som i mange år har studeret nogle af effekterne af at udsætte organisationer for nye typer af målinger og iagttagelser (f.eks. Ridgway, 1956, Bevan & Hood, 2006, Kjellberg & Sørensen, 2003). Her er den generelle pointe den enkle, at det ligger uden for DDKM at iagttage, hvilke effekter dens egen iagttagelse har. En af grænserne for DDKMs iagttagelse går dermed langs modellens egne effekter, som ikke iagttages. Den kan ikke se egne skabende effekter, den kan ikke se, hvilke koblinger den eventuelt etablerer. Med et udtryk hentet fra Heinz von Foerster kan vi sige, at der er tale om non-trivielle maskiner, som behandles som om de er trivielle, dvs. som om det er determineret og forudsigeligt, hvordan de vil reagere på at blive iagttaget (Foerster & Pörksen, 2003: 43ff)<sup>4</sup>.

Dermed er der ikke alene en grænse for, hvad DDKM kan iagttage, der er også en grænse for dens kontrol af egne effekter. Det kan sammenfattes i nedenstående skema:

Grænser i	iagttagede aktiviteter og effekter
Grænser for	hvad man kan iagttage
Grænser i kraft af	al iagttagelse bundet til et særligt perspektiv i kraft af den forskel, iagttagelsen sker i rammerne af
Udgrænset i forhold til DDKM	bl.a. en synliggørelse af DDKMs egne effekter

*Skema 4: Grænser for hvad DDKM kan iagttage. Dvs. grænser for gennemskuelighed og gennemsigtighed.*

## Sammenfatning

Jeg har lavet fire nedslag i forhold til DDKM, hvor jeg har peget på forskellige typer af grænser for modellen. Der var grænser for, hvilke temaer og dermed også informationer, der blev inddraget i kommunikationen i forbindelse med udviklingen af modellen. Det indbyggede krav om, at man kun kan have standarder, som kan knyttes til varige, generaliserbare og eksternaliserbare indikatorer begrænser området for mulige standarder. Idet den primære indikator er tilstedeværelsen af diverse retningslinjer går der en grænse for DDKM langs med de forhold, som det er muligt at formulere retningslinjer, for ligesom der er grænser for, hvor mange retningslinjer en organisation og dens medarbejdere kan håndtere. Endelig viste jeg, hvordan der er grænser for, hvad DDKM som iagttagelsesteknologi kan iagttage.

Der er med andre ord 1) tegn med relevans for en vurdering af god/dårlig kvalitet, som ikke kan iagttages ved hjælp af (modellens) indikatorer, 2) aktiviteter som ikke kan kvalificeres ved hjælp af de retningslinjer, som standarderne typisk kræver 3) potentielle informationer med relevans for kvalitet, som ikke kan iagttages i rammerne af forskellen mellem standard og praksis. Disse begrænsninger betyder, at det langt fra er 'alle' væsentlige processer, strukturer og resultater som adresseres af modellens standarder, som det ellers hævdes på hjemmesiden for Hovedstadens psykiatri.

## Diskussion

Hvis DDKM (og beslægtede kvalitetsteknologier) ikke i højere grad forholder sig til deres indbyggede begrænsninger, så risikerer de selv at blive til, hvad jeg tidligere kaldte uopmærksomhedsformer. Det vil sige måder, hvorved kommunikationen kan ignorere relevante diskussioner ved at henvise til akkrediteringsstandarder. Akkreditering risikerer at blive til symbol på kvalitet i stedet for at skabe kvalitet. Bestræbelser på at leve op til standarderne risikerer at tage noget af opmærksomheden, så relevante men måske også vanskeligere diskussioner (f.eks. om hvordan sygehusene kan håndtere de mange forskelligartede forventninger, de i dag er udsat for) udgrænses. Spørgsmålet er, hvordan man undgår at DDKM selv kommer til at fungere som uopmærksomhedsformer, som måder hvorpå de vanskelige men vigtige spørgsmål bliver ignoreret – spørgsmål som er forbundet med usikkerhed, uberegnelighed og ambivalens. Eller sagt på en anden måde: Hvordan sikrer DDKM, at den ikke gør organisationerne dummere eller mere ukvalificerede af al den information, den producerer og al den opmærksomhed, den sluger? Jeg skal nedenfor komme med to forslag som mulig inspiration til videre diskussioner af det spørgsmål.

## Selvbegrænsning

Det første forslag trækker på, hvad Ulrich Beck har kaldt intelligent selvbegrænsning (Beck, 1993: 64). I denne kontekst ligger ideen om selvbegrænsning i direkte forlængelse af påpegningen af grænserne for DDKM. Netop fordi der er grænser, gælder det om, at trække de grænser selv, fordi det øger muligheden for at styre egen indsats (fremmedbegrænsning er et muligt alternativ. I dette tilfælde kunne det være regionerne eller Sundhedsstyrelsen, som i en situation med begrænsede ressourcer kunne vælge at reducere modellens omfang). Det handler om at acceptere, at der er områder, som det ikke er hensigtsmæssigt at lave standarder for, fordi det ikke er muligt at bestemme indikatorer som er varige og generaliserbare. Det handler om at indføre bevidsthed om egen afmagt, en afmagt som betyder, at det kan være nødvendigt at suspendere kvalitetsteknologier for at højne kvaliteten – eller for at give plads til andre legitime hensyn. Det kunne f.eks. være i forhold til ledelse, eller det kunne være i forhold til kommunikation. Det betyder ikke, at ledelse og kommunikation ikke er vigtigt, men det betyder, at standarder er et meget begrænset værktøj i forhold til en kvalificering af ledelse. Her kan man som ansvarlig for kvalitetsmodeller vælge at afstå, dvs. vælge at acceptere



begrænsningen i hvad kvalitetsstandarder kan. Ikke fordi området ikke er vigtigt, men fordi kvalitetsstandarder ikke er egnede til at øge kvaliteten på feltet. Man må rømme pladsen for at give plads til andre typer af aktiviteter. I stedet for at totalisere én teknologi (dvs. forsøge at bruge det samme værktøj på alle områder), så gælder det om at lokalisere og acceptere grænserne for teknologien.

Selvbegrænsning er det samme som at suspendere sig selv. Man giver afkald på noget, man kunne have gjort, fordi dette afkald er en betingelse for at opnå, hvad man gerne vil. Det kan være nødvendigt at suspendere kvalitetsteknologierne for at øge kvaliteten. Laver man for mange og for tidskrævende kvalitetsteknologier, så går tiden for de sundhedsprofessionelle med at leve op til kravene. Gør man standarder til dét privilegerede værktøj, så misser man det vigtige arbejde, som ikke kan standardiseres, det som undviger sig standardisering samtidig med, det er afgørende for ydelsernes kvalitet.

Pointen om suspension gælder ikke kun kvalitetsstandarder. Der er i dagens funktionelt differentierede samfund (Luhmann, 1997), mange typer af fornuft – økonomisk, videnskabelig, juridisk, medicinsk, religiøs osv. Det rejser spørgsmålet om, hvordan de forskellige typer af fornuft kan eksistere samtidig uden at virke unødvendigt hæmmende på hinandens evne til at levere forskellige ydelser. En første betingelse for fredelig sameksistens kan være en tydeligere besindelse på egne begrænsninger. Det er som ved et middagsselskab, hvor hver især må byde ind og bidrage til det sociale samvær, hvor det hyggelige dog hurtigt forfalder, hvis én af gæsterne insisterer på sit eget perspektiv og taler uafbrudt. Selvbegrænsning er en forudsætning for, at de andre får plads til også at yde. Totaliserer man sit eget perspektiv, dvs. insisterer man på, at alle andre bør tænke og tale som en selv, så risikerer man at spolere de andres mulighed for at bidrage. Eller med andre ord: hvis ikke kvalitetsteknologier reflekterer over deres begrænsninger risikerer de at mindske kvaliteten – fordi de mindsker andre aktørers mulighed for at bidrage til skabelsen af ydelser. Det handler om tolerance, om at relativere ens eget perspektiv, om at indse egne begrænsninger – netop fordi standarderne ikke adresserer alle væsentlige forhold, og ikke skaber kvaliteten selv. Kvalitetsfornuften må for at være en oplyst fornuft kende sin begrænsning. Samtidig må den gentænke sit forhold til resten af sundhedsvæsenet, ikke mindst de dele, som skaber de direkte sundhedsydelser. Her må kvalitetsmodellen overveje, hvilken ydelse, den egentlig selv leverer – og for hvem. En overvejelse som skal huske at medtænke, at hvorvidt og hvordan noget er en ydelse, afgøres af den modtagende part.

Hvis kvalitetsmodeller begynder at indtænke egne begrænsninger, så kan de samtidig blive vigtige modeller for, hvordan forskellige typer fornuft kan eksi-

stere side om side uden at lægge unødvendigt mange hindringer i vejen for hinanden. Spørgsmålet er, om de danske kvalitetseksperter kan gå i front ved at udvikle praksisformer, der netop tager højde for eksistensen af forskellige typer fornuft? De kunne bestræbe sig på at blive rollemodeller for, hvordan forskellige typer af fornuft (båret af eksperter, ekspertviden og teknologier) kan etablere måder at begrænse sig selv på. Kvalitetssikringen kunne blive en vigtig inspirator i kraft af selve sin form og i kraft af sin evne til at styre sin indsats ud fra indsigt i egen begrænsning. Så ville andre typer fornuft kunne lære af den måde, kvalitetssikringen foregår på. I stedet for at insistere blindt på egen teknologi (kvalitetsstandarder og indikatorer) kan kvalitetskommunikationen indtænke, hvordan den påvirker de typer af praksis, den griber ind i.

En forudsætning for selvbegrænsning er en indsigt netop i, at der er grænser. Man må vide, hvad man ikke ved, for at kunne bestemme sine egne begrænsninger. At vide, hvad man ikke ved, det handler det sidste afsnit om.

## At få lavet repræsentationer af ikke-viden på videnssiden

Organisationsteoretikeren David Seidl har defineret organisatorisk intelligens som evnen til at repræsentere ikke-viden i organisationen (Seidl, 2007). Ideen er, at organisationer altid producerer ikke-viden, når de producerer viden. Her kan man i sagens natur ikke vide, hvad man ikke ved, men man kan prøve at få repræsenteret, hvad det er man ikke ved. Parallellen kunne her være at sige, at kvalitets-intelligens er evnen til at repræsentere ikke-viden i kommunikationen om kvalitet, hvor ikke-viden er det, der er udgrænset (jf. analyserne ovenfor). Den intelligente kvalitetssikring ved så, at der er noget, den ikke ved. Den ved, der er grænser for, hvad den kan adressere og skabe. Det handler om at vide, hvad man ikke ved, og at få det ind i kommunikationen, så det kan kvalificeres. Det forudsætter ikke alene, at man bliver opmærksom på, at der er grænser, men også på hvortil grænserne går.

Udfordringen er at få lavet repræsentationer af det umarkerede, det udgrænsede. I et videns-perspektiv handler det om at få genindført det udgrænsede. At få viden om hvad det er man ikke kan og ikke ved med en given teknologi. Den viden kan man så forsøge at omsætte i mere kontrollerede indsatser for kvalitetskontrol. Kan man tænke skabelsen af effekter og blindheder ind i kvalitetsudviklingen? En indsigt i det udgrænsede kan føre til større selvbegrænsning (som skitseret ovenfor) eller til bestræbelser på at udvikle typer af, hvad filosofen Odo Marquard i en helt anden sammenhæng har kaldt inkompetence-kompensations-

kompetence, som kort sagt er evnen til at kompensere for det, man ikke evner (Marquard, 1995).

Et første skridt på vejen mod selvbegrænsning og øget refleksion om egne grænser kunne starte med at lægge følgende standard ind i DDKM: "Der er procedurer for a) at opfange akkrediteringens utilsigtede effekter og begrænse en uhensigtsmæssig tilpasning til standarderne b) at reflektere over akkrediteringens grænser c) at vurdere om udbyttet af standardiseringen står mål med indsatsen."

## Noter

- 1: Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet (DDKM) er et omfattende program for akkreditering af det danske sundhedsvæsen. Den startede med sygehusene, men omfatter stadigt flere områder (fra kommuner over apoteker til praksisområdet, som pt. er ved at blive indlemmet).
- 2: Kvalitet er et mangetydigt begreb. DDKM bestemmer selv kvalitet på denne måde:  
*"Egenskab ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde behov eller forventninger. WHO's 5 punkter i relation til kvalitet:*  
*Høj professionel standard*  
*Høj patienttilfredshed*  
*Helhed i patientforløbet*  
*Minimal patientrisiko*  
*Effektive ressourceudnyttelse"*  
(IKAS 2009: 242)
- 3: I (Knudsen 2011) sandsynliggør jeg denne antagelse på forskellig vis.
- 4: Med von Foerster kan man også se akkreditering som båret af en drøm om sygehuset som en omfattende triviell maskine, – en maskine som hele tiden står i fare for at blive non-triviell. Den skal derfor med jævne mellemrum udsættes for, hvad von Foerster har kaldt en 'trivialisator' (Foerster & Pörksen 2003: 44) (i dette tilfælde akkreditering), som kan genskabe den trivielle maskine.

## Litteratur

- Andersen, N. Å. (1999). Diskursive analysestrategier. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Baecker, D. (ed.) (1993a). Probleme der Form. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baecker, D. (ed.) (1993b). Kalkül der Form. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U. (1993). Die Erfindung des politischen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Berg, M., & Timmermans S. (2003). The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press.

- Bevan, G., & Hood C. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration* 84/3, 517-538.
- Cyert, R. M., & March, J.G. (1963). *Behavioral theory of the firm*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Dahler-Larsen, P. (2008). *Kvalitetens beskaffenhed*. Odense: Syddansk universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, P., & Krogstrup H. (red.) (2001). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Esposito, E. (1996) 'Observing interpretation. A sociological view of hermeneutics, *MLN* 111/3, 593-619.
- Foerster, H. von & Pörksen, B. (2003). *Sandhed – opfundet af en løgner: samtaler for skeptikere*. Værløse : Billesø & Baltzer.
- Færgeman, O. (2002). Evidensbaseret medicin, sundhedspolitik og administrativ kontrol med lægers arbejde. *Ugeskrift for læger* 164/11: 1538-1543.
- IKAS (2009). *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse*. 1. version.
- Jørgensen, K. G. (1993). *Semiotik. En introduktion*. København: Gyldendal.
- Kjellberg, J., og Sørensen J, (2003). Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata. *DSI Institut for Sundhedsvæsen*.
- Kjellberg, P. K. (2006). *Klinisk praksisvariation og kliniske retningslinjer i sociologisk ny-institutionelt perspektiv*. Ph.d. afhandling, DSI
- Knudsen, M. (2007). Structural couplings between organizations and function systems – looking at standards in health care. *Cybernetics and Human Knowing*, 14/2: 111-131.
- Knudsen, M. (2011). Forms of inattentiveness. The Production of blindness in the development of a technology for the observation of quality in the health services”, forthcoming in *Organization Studies*.
- Luhmann, N. (1992). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1999[1964]). *Funktionen und Folgen formaler Organisation*. Fünfte Auflage. Duncker & Humblot, Berlin
- Luhmann, N. (2000a). *Sociale systemer. Grundrids til en almen teori*. Hans Reitzels forlag, København.
- Luhmann, N. (2000b). *Organisation und Entscheidung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- March, J. G. (1978). Bounded rationality, ambiguity, and the engineering of choice. *The Bell Journal of Economics*, 9/2, 587-608.
- March, J. G. (1988). *Decisions and organizations*. London: Basil Blackwell.
- March, J. G., & Simon, H. (1993 [1958]). *Organizations*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Marquard, O. (1995). Inkompetenzkompensationskompetenz? Über Kompetenz und Inkompetenz der Philosophie. In Marquard, O. *Abschied vom Prinzipiellen*. Philosophische Studien, Reclam, Stuttgart, pp. 23-38.
- Ridgway, V. F (1956). Dysfunctional Consequences of Performance Measurements. In *Administrative Science Quarterly*, 1/2, 240-247.
- Seidl, David (2007). The dark side of knowledge. *E:CO* 9/3: 16-29.
- Shaw, C. D. (2000). External quality mechanisms for health care: Summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. In *International Journal of Quality in Health Care* 12, 169-175.

- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1997). Social organization of medical work. New Brunswick: Transaction.
- Vikkelsø, S. (2004). Brobygning med papir: >>Den gode epikrise<< og den svære koordinering. In Vikkelsø, S., & Vinge S. (red.)(2004). Hverdagens organisering i sundhedsvæsenet (pp. 97-127). København: Handelshøjskolens forlag.
- Walshe, K.; Wallace, L., Freeman, T., Latham, L., & Spurgeon, P. (2001). The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care* 13/5, 367-374.
- Øvretveit, J. (2001). Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning and Management*. 16/3: 229-241.
- Øvretveit, J. (2003). What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

## Appendiks 1: dokumenter

### *Dokumenter relateret til udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel*

Amtsrådsforeningen og Finansministeriet:

- 1) Aftale om amternes økonomi i 2002, 15. juni 2001
- 2) Aftale om amternes økonomi i 2003, 14. juni 2002
- 3) Aftale om amternes økonomi i 2003, 14. juni 2005
- 4) Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2003): Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Januar 2003 (<http://sites.google.com/site/dansksselskabforkvalitet/publikationer>)
- 5) Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. (2001): Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Forslag til en national model, del A og B, projektgruppe under Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, sundhedsstyrelsen november 2001.
- 6) Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (2002): National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
- 7) Indenrigs- og sundhedsministeriet (2003): Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. Debatoplæg.
- 8) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, H:S og Amtsrådsforeningen (2002): En landsdækkende dansk kvalitetsmodel – en skitse. Notat af 24. maj 2002.
- 9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab (2003): Policynotat om Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Notat af 7. juli 2003.
- 10) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab (2004): Samarbejdsaftalen mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab om etablering af en fælles model for kvalitetsvurdering, 2004.
- 11) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) (2006): Den Danske Kvalitetsmodel. Udvikling af standarder og indikatorer. Vejledning for arbejdsprocessen i temagrupperne. IKAS, 3. version, juni 2006.

- 12) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) (2006): Skabelon til afsluttende rapport, temagruppens navn, 2. version af 4. oktober 2006
- 13) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) (UÅ) Grundskabelon for standard- og indikatorudvikling
- 14) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) Homepage of IKAS August 2006 til Juni 2009
- 15) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) (2007) Den Danske Kvalitetsmodel. Standarder og indikatorer for sygehuse. Høringsmateriale. 11. april 2007.
- 16) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) (2007): Tanker om og status på Den Danske Kvalitetsmodel – fra Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, af Carsten Engel, Birgitte randrup Krog, H. Østerby, M. Eberhardt, L. Flarup og Jan Mainz, i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 1. februar, 2007.
- 17) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (2008): Den Danske kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 1. version.
- 18) Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS): Referater fra bestyrelsesmøde i IKAS
  - 21. december 2006
  - 5. marts 2007
  - 26. juni 2007
  - 4. september 2007
  - 13. november 2007
  - 18. december 2007
- 19) Forum for kvalitet og udvikling i offentlig service (2002): Akkreditering i sundhedsvæsenet, marts 2002
- 20) ISQua (2004): International Accreditation standards for healthcare external evaluation bodies, second edition, London.
- 21) ISQua (2004a): International Principles for Healthcare Standards, ISQua, Australia.
- 22) Nordisk Ministerråd (2007). Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling. TemaNord 2007: 519
- 23) Sundhedsstyrelsen (2000): Udvalget for kvalitetsmåling i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2000
- 24) Sundhedsstyrelsen (2003a): Den Danske kvalitetsmodel. Principper, funktioner og forventet samspil med EPJ. Slides fra EPJ-Observatoriets Årskonference 2003. Projektsekretariatet Sundhedsstyrelsen.
- 25) Sundhedsstyrelsen (2003b): Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet – modelbeskrivelse, 1. version, 2. maj 2003
- 26) Sundhedsstyrelsen (2003c). Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. 2. version. august 2003.
- 27) Sundhedsstyrelsen/National Board of Health (2004a): The Danish Health Care Quality Assessment Programme – Programme Proposal. Version 1.3 Copenhagen, 20. December 2004.
- 28) Sundhedsstyrelsen (2004b): Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet – modelbeskrivelse, version 1.3, 20. december 2004
- 29) Sundhedsstyrelsen (2005). Den Danske kvalitetsmodel. Overordnede principper og funktioner. Dias-presentation. projektsekretariatet.
- 30) Sundhedsstyrelsens hjemmeside 2005 til 2007 homepage [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Artikler skrevet af individuelle forfattere relateret til udviklingen af DDKM

- 31) Frølich, A., & Christensen, M. (2002). Akkreditering af hospitaler. En gennemgang af internationale erfaringer. Ugeskrift for Læger 164(38), 4412-6.
- 32) Fugleholm A.M., Kjærgaard J., Knudsen J.L. (2004). Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet I. Beslutningen om den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskrift Læger 166(19), 1779-83.
- 33) Fugleholm AM, Kjærgaard J, Knudsen JL (2004): Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet II. Akkreditering i et europæisk perspektiv. Ugeskrift Læger 166(19); 1787-91.
- 34) Fugleholm AM, Kjærgaard J, Knudsen JL (2004): Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet III. Akkreditering som model. Ugeskrift for Læger 166(19), 1784-87.
- 35) Knudsen, J.L., Andreassen B.R., & Rohde S. (2002): Akkreditering af H:S Bispebjerg Hospital – som fælles udfordring og ledelsesværktøj. Kvalitetssikringsartikel. Ugeskrift for Læger 164(38):4416-4421
- 36) Krøll, V., Kjær M.L., & Mainz J. (2005): Mens vi venter på Den Danske KvalitetsModel. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Ugeskrift for Læger 167(12); 1406.
- 37) Mainz, J (2002): Den Danske Kvalitetsmodel. DSKS Nyhedskrev, maj 2002.
- 38) Mainz J., Krog B.R., Fog K., & Bartels P.D. (2002): Sundhedsfaglige standarder i akkreditering. Statusartikel. Ugeskrift Læger 164(38), 4408-11.
- 39) Poulsen, J (2004): Strukturreform med én kvalitetsmodel. Leder. Ugeskrift for Læger 166(41), 3567.
- 40) Schiøler, T (2003): Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. DSKS 12/2 2003.