

Tilskrivning af mening til beslutningsprogrammer i sundhedsvæsenet

Paper til NFF, Århus
Af Morten Knudsen
Center for Health Management
Institut for Organisation og Arbejdssociologi
Copenhagen Business School
mk.ioa@cbs.dk
juni 2005

Inden for sundhedsvæsenet sker der i disse år en vækst i programmer. Det er kommunikative indretninger, der sigter mod at begrænse rummet for mulige beslutninger. Programmerne byder sig til som henvisningshorisont for de mere praksis-nære beslutninger i sundhedsvæsenet. Programmerne på deres side viser selv hen til henholdsvis videnskabelig forskning og kvalitet som deres horisont. Det er samtidig en henvisning, som problematiseres af forskellige kritikere. Idet programmerne har problemer med at få overbevist om deres henvisningshorisont, dvs. at de har problemer med at få lukket deres kontingens, så bliver de åbne for konkurrerende tilskrivninger (de tilskrives markedsdannelse, kontrol, sundhedspolitiske ambitioner m.m.). Paperet spørger, hvad der er meningen med programmerne. Svaret er, at der kan kædes flere forskellige meninger sammen med programmerne. Og som reaktion på programmernes problemer med at få fastlagt deres anden side, kommer der de senere år forskellige koblingsforstærkende meta-programmer. Det er programmer for programmerne, nemlig programmer, som forsøger at styrke koblingerne mellem programmerne og deres anden side i form af kvalitet og forskning. Men samtidig er det meta-programmer, som selv kommer til at udgøre programmernes anden side. Afslutningsvist formulere to teser a) at programmerne søger at stabilisere gennem etableringen af begrænsninger, men risikerer at destabilisere b) at programmerne netop får succes forstået som udbredelse pga. deres fiasko i forhold til at etablere en fast henvisningshorisont.

INDLEDNING	1
I. PROBLEMSTILLINGEN: BESLUTNINGSPROGRAMMERS ANDEN SIDE	2
II. PROGRAMMER FOR KLINISKE BESLUTNINGER	7
III. KRITIKKER AF PROGRAMMERNE	14
IV TILSKRIVNINGER TIL PROGRAMMERNES ANDEN SIDE	16
IV.META-TILTAG:	18
PERSPEKTIVER:	21
LITTERATUR	23

Indledning

Velfærdsområder, nationalt og internationalt, er i disse år vidne til fremkomsten af en række nye programmer og styringsformer med kvalitet og synliggørelse som omdrejningspunkt. Det gælder bl.a.

på uddannelsesområdet, hvor der bench-markes internationalt, på ældreområdet, hvor der i Danmark i 1990'erne blev etableret en omfattende standardisering af hjemmehjælpen, på børneområdet, hvor nogle børnehaver eksempelvis er begyndt at lade sig ISO-9000 certificere (), på socialområdet () og på sundhedsområdet, som er i fokus for dette paper.

Programmerne er ofte internationalt orienteret og kan ses som udtryk for fremvæksten af en ny type styrings-regime mindre baseret på nationalstatslig regulering og mere baseret på en grænseoverskridende, polycentrisk reguleringsform (Teubner). Men hvad er meningen med programmerne? Det er der ikke enighed om. Nogle tilskriver programmerne en markedsdannende funktion, nogle en styrings- og ledelsesfunktion, nogle en kvalitetsforbedrende funktion m.m. Det er karakteristisk, at der ikke er enighed om, hvad meningen med programmerne er.

Det er denne uenighed om programmerne, som er paperets afsæt. Programmerne er blevet gjort til tema for kommunikation og det er denne tematisering, som paperet analyserer ud fra et særligt perspektiv. Paperet spørger således ikke til programmernes implementering eller brug, men til forholdet mellem programmerne og så kommunikationen om dem. Hvad debatterne bl.a. viser er, at programmerne samtidig med at de forsøger at udstikke betingelserne for rigtig handlen og beslutning selv kommer under pres. Der bliver sat spørgsmålstegn ved, om programmerne nu selv er rigtige, om hvad der ligger bag programmerne. Samtidig er paperets anliggende ikke at afsløre programmerne som mangelfuldt begrundede eller lignende. Anliggendet er i stedet at analysere kommunikationen om programmerne, analysere hvordan der tilskrives mening til dem.

Dette paper kan siges at analysere en af mulighedsbetingelserne for det, som et kommende paper skal analysere: nemlig fremvæksten af et internationalt regime for polycentrisk beslutningsdannelse i sundhedsvæsenet. Ved siden af og til dels i konkurrence med nationale, statslige organer (som Sundhedsstyrelsen) vokser der i disse år en række centre frem, som udvikler præmisser for beslutninger i mere lokale/nationale sundhedsvæsenet. Man ser således et internationalt regime af centre, der udvikler guidelines og standarder for medicinske og behandlingsmæssige beslutninger. Det er et samtidig et regime, der netop qua nye programmer og standarder gør det muligt at kæde funktionssystemer som medicin, jura og økonomi sammen på nye måder. Og en af mulighedsbetingelserne for disse sammenkoblinger ligger i den måde, som programmerne muliggør forskellige tilskrivninger.

I. Problemstillingen: Beslutningsprogrammets anden side

Det er en gængs idé, at hvad noget er, afhænger af den sammenhæng det indgår i. Teksten afhænger af konteksten, delen af helheden (hermeneutik), enkeltfænomener af den historiske totalitet (marxisme), elementet af den struktur, det indgår i (strukturalisme). Hvad "programmer" er, afhænger derfor også af den sammenhæng de indgår i. Tese for dette paper er, at nogle af de pt. stadig mere dominerende programmer inden for sundhedsvæsenet kan udbredes, fordi de lader sig placere i vidt forskellige sammenhænge. For at kunne forfølge og analysere denne tese mere præcist, skal jeg indledningsvist præsentere de centrale præmisser for analysen af forholdet mellem programmerne og deres sammenhæng. Det gør jeg ved hjælp af den tyske sociolog og systemteoretiker Niklas Luhmann. Den udbredte intuition om, at noget afhænger af dets sammenhæng udfolder jeg nærmere med mere

specialiserede begreber hentet fra Luhmanns systemteori. Lad mig explicitere 4 præmisser for den efterfølgende analyse:

1. Sociale systemer består af kommunikation

Ifølge Luhmann består sociale systemer af kommunikation, ikke af eksempelvis mennesker eller handlinger. Mennesker og handlinger kan til gengæld gøres til genstand for kommunikation. Det er ikke et udsagn om, hvad sociale systemer er ”i virkeligheden”. Det er derimod et udsagn om, hvordan systemteorien vælger at bestemme sin genstand – og grænserne for den. Når man inden for systemteorien iagttager programmer, iagttager man dem i forlængelse af definitionen på sociale systemer som kommunikation, nemlig som kommunikation, der er rettet mod anden kommunikation. I organisationer er beslutninger den primære form for kommunikation. Og her findes der ofte en række beslutninger (fx i form af ”politikker” eller visioner/missioner – altså forskellige typer af programmer), der stiler mod at fungere som præmisser for andre beslutninger. For så vidt er det kommunikation rettet mod kommunikation.

Luhmann bestemmer kommunikation som en enhed af tre selektioner, nemlig information, meddelelse og forståelse. Det betyder, at der vælges et indhold (information), en meddelelses-form (meddelelse) og – af en anden person – en forståelse. At råbe i skoven er ikke kommunikation, først når en anden hører og forstår ens råb, opstår der kommunikation. Denne formelle bestemmelse af kommunikation giver plads til så forskellige fænomener som kærlighedserklæringer, betalinger, beslutninger, videnskabelige teser og juridiske afgørelser. De er hver især eksempler på kommunikative elementer.

2. Kommunikative elementer indgår i netværk

Ifølge Luhmann indgår kommunikative elementer altid i rekursive netværk, dvs. de peger ud over sig selv. De peger frem mod kommende kommunikation (beslutningen om at rejse en mordanklage aktualiserer andre kommunikative udsagn end en beslutning om at tiltale for vold) og de peger tilbage på tidligere eller mere overordnede kommunikative elementer (mordanklagen rejses med henvisning til den og den paragraf). Hvad et kommunikativt element betyder, bestemmes af den sammenhæng det indgår i – dvs. af de kommunikative elementer, der lå forud og af de elementer, der følger efter. Der ligger således en ufuldstændighed i kommunikationen, en kontingens, som gør at den ikke er fuldstændig selv-determinerende. Meningen med udsagnet ”jeg slår dig ihjel” kan eksempelvis være ganske forskelligt afhængigt af situationen, dvs. af tidligere og af kommende udsagn.

Kommunikative elementer frembringes rekursivt ved at henvise til andre elementer (im- eller explicit) og ved at andre henviser til dem. Det betyder, at meningen med det enkelte element rækker ud over øjeblikkets operation (Luhmann 1997: 47). Når man spørger til meningen med et kommunikativt element, så har man allerede spurgt ud over dette element selv – nemlig til noget der ligger før/bagved/under/efter elementet selv. Og forståelse opstår, når noget kan forbindes med noget andet. Luhmann bestemmer mening abstrakt, nemlig som enheden af forskellen mellem aktualitet og potentialitet. Det aktuelle kommunikative element har mening for så vidt som det peger frem eller tilbage til andre mulige elementer eller netværk af kommunikative elementer. Mening viser sig som et henvisningsoverskud. For nemheds skyld vil jeg i resten af paperet kalde den meningsgivende horisont,

som det kommunikative element kædes sammen med, for det kommunikative elements anden side. Elementets (elementet kan også være et program for acceptable beslutninger) anden side er altså det, som elementet er forskelligt fra men alligevel relateret til på en konstitutiv måde idet ”den anden side” er med til at afgøre, hvad elementet ”er”.

3. Hvilket netværk det kommunikative element indgår i, afhænger af en iagttagere

Al meningsbaseret kommunikation har en sådan henvisningsstruktur – der vises hen til kommende kommunikation og der vises hen til et allerede etableret netværk af kommunikation (som har skabt former og forventninger til kommunikationen). Men – og det er dette papers metodiske præmis – henvisningen er kontingent og afhænger af en iagttagere. Forskellige iagttagere kan kæde kommunikationen sammen med forskellige netværk (hvortil det enkelte element får forskellig betydning) – ligesom de kan mene, at elementet peger forskellige steder hen.¹ Det er eksempelvis velkendt, at regler skal fortolkes, dvs. tilskrives betydning ud fra noget andet. Betydningen af det kommunikative element afhænger af det netværk, det er forbundet med. Men det netværk afhænger igen af en iagttagere, som kæder element og netværk sammen. Inden for Luhmanns systemteori defineres iagttagelse som det at markere i rammerne af en forskel. Iagttagelsen ”det er en uforståelig tekst” betegner eksempelvis i rammerne af forskellen forståelig/uforståelig. Men i forlængelse af ovenstående må man sige, at forskellens ”anden side” ikke er givet automatisk, men er et resultat af en iagttagers tilskrivning. Vi markerer altid ensidigt: det er kun fordi vi er hoppet frem og tilbage mellem ret og uret så mange gange, at vi ”ved” at uret er rettens anden side. Der er tale om en vanebundet tilskrivning af den anden side.

Oftentimes vil kommunikative elementer forsøge selv at pege eksplicit på, hvad de refererer til. Men det er ikke altid, at iagttagere accepterer kommunikationens egen markering af, hvad der refereres til. Bush’ beslutning om at invadere Irak forsøgte han selv at tilskrive et ønske om at destruere Saddams masseødelæggelsesvåben (således at beslutningens anden side var et ønske om at destruere våben). Andre kædede derimod beslutningen sammen med en intention om at sikre USA’s indflydelse i Mellemøsten. Den samme beslutning, nemlig beslutningen om at invadere Irak, får således vidt forskellig betydning alt efter, om man kæder den sammen med et netværk af kommunikative elementer om terror, sikkerhed, trusler, masseødelæggelsesvåben – eller med et netværk af udsagn om imperialisme, olie, storfinans og amerikanske kynisme. Det er således kontingent, dvs. hverken nødvendigt eller umuligt, hvilke kommunikative netværk, der ligger bag eller følger af et givent kommunikativt element.


4. Programmer er kommunikation som sigter mod at begrænse, hvilke beslutninger der kan kædes sammen med hvilke beslutninger

Ud fra præmissen om, at der ikke er en nødvendighed i, hvilket netværk den enkelte kommunikative hændelse indgår i (eller i hvilket netværk en iagttagere kæder det sammen med), slutter Luhmann, at kommunikation er usandsynlig. Kommunikative elementer følger ikke med nødvendighed efter hinanden. For så vidt er det usandsynligt, at der opstår en emergent orden af kommunikative elementer,

¹ Parallelt til Weicks begreb om sense-making – altså sammenkædningen af hændelser i en post hoc bestræbelse på at skabe mening.

der knytter an til hinanden og dermed lader emergente, rekursive netværk opstå. Luhmann slutter derfor, at der må findes mekanismer, der øger sandsynligheden for en vis regelmæssighed i, hvilke elementer, der kædes sammen med hvilke elementer. Regelmæssigheden etableres gennem forskellige begrænsende mekanismer. Begrænsning øger sandsynligheden for, at der opstår kommunikation, dvs. at kommunikative elementer knytter an til kommunikative elementer på en ikke-tilfældig måde. Hvad der risikerer at blokere kommunikationen er et overskud af henvisningsmuligheder, et overskud af reaktionsmuligheder.

Et af Luhmanns begreber for det, der etablerer begrænsninger, er programmer. Programmer er kommunikation, som er rettet mod kommunikation og som bestræber sig på at fastlægge betingelserne for andre kommunikative elementers rigtighed (Luhmann 1988; Luhmann 2000:). Retningslinier for patientinformation fastlægger eksempelvis betingelserne for, hvad patienten skal informeres om i en given situation. Luhmann skelner mellem to forskellige typer af programmer, nemlig målprogrammer, som fastlægger hvilke mål der skal stræbes mod, og konditionalprogrammer, som er programmer, der fastlægger betingelser for kommunikationen.

Den kontingens,² dvs. den åbenhed, som truer med at lade kommunikationen gå i opløsning, fordi der er alt for mange henvisningsmuligheder, den kan håndteres gennem begrænsning af, hvilke typer kommunikation, det i en given situation er rigtigt at aktualisere. Programmer (eksempelvis for afviklingen af eksamen, for publicering, for nyansættelser, for patientforløb...) sigter mod at lægge nogle præmisser for, hvilke typer af kommunikation (herunder beslutninger) der kan kædes sammen med hvilken kommunikation. For så vidt fungerer programmer som en del af de kommunikative elementers anden side (samtidig med at programmerne selv er kommunikation). Men samtidig dukker der et spørgsmål op om, hvad lgør programmernes anden side. Programmerne stræber mod at etablere en begrænsende horisont for kommunikationen, men hvad udgør programmernes begrænsende horisont? For så vidt, som det forbliver ubesvaret, kan man sige, at programmerne ikke afskaffer kontingensen i, hvilken henvisningshorisont de kommunikative elementer knyttes sammen med. I stedet flytter de den – nemlig til programmernes mere overordnede niveau. For så vidt er kommunikationens kontingens et vilkår, men et vilkår, der kan flyttes rundt på og placeres steder, hvor den forekommer mindre forstyrrende.

Vender vi os til genstanden for dette paper, nemlig diskussionerne af programmer for beslutninger inden for sundhedsvæsenet, så bliver den metodiske pointe i forlængelse af ovenstående, at det er et åbent, empirisk spørgsmål, hvad der er meningen med programmerne. Meningen afhænger af hvilket kommunikativt netværk programmerne forbindes med – og det afhænger igen af en iagttagelse. Det billede jeg her indledningsvist har forsøgt at male frem, handler om at kommunikation består af en række elementer i rekursive netværk. Noget af kommunikationen er rettet mod at fastlægge præmisser for anden kommunikation (programmerne fx). Men, og det er det afgørende, der er til stadighed tale om løse koblinger (hvad der ikke betyder tilfældige) mellem kommunikative elementer og deres netværk. Denne opfattelse af kommunikation og mening gør i udgangspunktet kommunikation (og herunder beslutninger) til et åbent fænomen. Åbenheden består både i, at kommunikative elementer rummer et element af vilkårlighed (hvorfor lige dette element?) og i, hvad der er meningen med et

givent element. Det er nemlig en mening, der dels afhænger af, hvordan efterfølgende elementer knytter an, dels af hvilken henvisningshorisont iagttagere relaterer elementet til. Denne åbenhed, eller kontingens, kan flyttes eller forskydes på forskellig vis. Eksempelvis kan man forskyde kontingensen i en beslutning ved hjælp af programmer, der begrænser mulighederne for at træffe beslutninger. Derved er (noget af) beslutningens kontingens blevet forskudt til programmet – som til gengæld risikerer at blive udsat for spørgsmål som ”hvorfør lige dette program” og ”hvad er meningen med programmet”.

Paperet er ikke interesseret i at afsløre, at programmerne ikke kan begrunde sig selv, at de ikke kan leve op til egne krav om videnskabelighed o.l. I stedet handler paperet om, hvordan programmerne tilskrives mening – samt hvordan programmerne selv kan anskues som etablering af muligheder for at tilskrive beslutninger mening, idet de giver beslutningerne mulighed for at blive relateret til programmerne. Programmerne etablerer nye muligheder for tilskrivning. Denne relatering kan være implicit (som når man beslutter at skrive sit paper på engelsk og således tilslutter sig en organisatorisk beslutning om at øge andelen af engelsksprogede publikationer) eller den kan være eksplicit, (som når man begrundet sin ansøgning om oversættelse med henvisning til internationaliseringspolitikken).

Pointen er, at programmer, som en særlig type af kommunikative elementer, har en anden side, som de er afhængige af og som de henviser mere eller mindre eksplicit til, men som de samtidig er forskellige fra. Det bruger jeg som metodisk afsæt, som spørge-rampe for min analyse af programmerne for de medicinske beslutninger: hvilken anden side kædes programmerne sammen med af iagttagere? Programmerne fungerer i første omgang selv som kliniske beslutningers anden side. De kliniske beslutninger bør mere eller mindre eksplicit henvise til programmerne uden af den grund at være identiske med dem. Samtidig har programmerne også en anden side – noget de trækker på, noget som er med til at konstituere programmerne uden at det derfor er identisk med det.

Den metodiske pointe, som jeg tager med fra ovenstående, er antagelsen om, at forholdet mellem tekst og kontekst, mellem element og netværk er et spørgsmål om tilskrivning. Og hvad der skal undersøges i dette paper er netop sådanne tilskrivninger. Det skal undersøges, hvad to typer af programmer for beslutninger i sundhedsvæsenet kædes sammen med. Hvis man er interesseret i programmeres implementering er man interesseret i, om eksempelvis kliniske beslutninger faktisk lader et givent program fungere som henvisningshorisont, som en begrænsning af, hvad der kan besluttes. I dette paper er jeg dog i stedet interesseret i, hvilken henvisningshorisont programmerne kædes sammen med.

Paperet er bygget op af følgende blokke: Først gives en kort beskrivelse af to forskellige typer programmer inden for sundhedsvæsenet, nemlig kliniske retningslinier (clinical practice guidelines) og akkreditering (II). Dernæst refereres noget af kritikken af disse programmer – en kritik som problematiserer programmernes egen placering af deres anden side og som dermed også åbner for at man kan tilskrive programmerne andre sider, end de selv gør (III). Dette forfølges i det næste afsnit, som præsenterer nogle af de formål, interesser o.l. som tilskrives programmerne (IV). Samtidig med, at programmerne tilskrives forskellige ”anden-sider” forsøger de også selv at etablere en anden-side, dvs. deres begrundelse, deres baggrund, deres autoritets-givende instans – eller mere generaliseret: det som de ikke er, men som de er afhængige af. Afsnittet viser nogle eksempler på meta-programmer, som

² Defineret som det at noget hverken er nødvendigt eller umuligt.

sigter mod at styrke koblingen mellem programmer og deres anden side (V). Paperet slutter med en foreløbig perspektivering (VI).

II. Programmer for kliniske beslutninger

Der har de senere år været en markant og påfaldende vækst i, hvad man kunne kalde programmeringen af medicinske (i bred forstand) kliniske beslutninger. Det handler om programmer, som sigter mod at påvirke kliniske beslutninger, ofte ved at fungere som en form for præmisser for beslutningerne. Dette afsnit præsenterer kortfattet to beslægtede og pt dominerende bestræbelser på at etablere sådanne programmer for de kliniske beslutninger. I begge programtyper spiller standarder en central rolle. Med programmer forstår jeg præmisser for beslutninger og her skelner jeg mellem mål-programmer og konditionalprogrammer (jf. Luhmann 2000:). Målprogrammerne sætter mål som præmis for beslutninger³, mens konditionalprogrammer benytter sig af hvis-så strukturer (med den og den diagnose, så skal den og den behandling iværksættes). Mål- og konditionalprogrammerne behandler jeg henholdsvis under overskrifterne *Akkreditering* og *kliniske retningslinier*.

Kliniske retningslinier

Der findes forskellige typer programmer orienteret mod kliniske beslutninger, de enkelte afdelinger har typisk instruksbøger og retningslinier for, hvem der laver hvilke undersøgelser hvornår o.l. Men de senere år er der sket en markant vækst i kliniske retningslinier, (= clinical guidelines = clinical practice guidelines = referenceprogrammer) som ikke er bundet til enkelte afdelinger eller organisationer, men som er bundet til som oftest specifikke diagnoser. Kliniske retningslinier er omfattende (typisk i omegnen af 100 sider) programmer for undersøgelser og behandlinger. Internationalt er der de senere år sket en markant vækst i mængden af guidelines. Det er retningslinier for rapportering, for diagnostisering, for hjertetransplantation, for ultralyds-teknik osv. Således anslås det, at der i USA pt. produceres 1000 nye guidelines hvert år (Berg/Timmerman 2002).⁴

I Berg og Timmermans 2002 læser man:

”the U.S. Institute of Medicine defines clinical guidelines as ”systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances”. Such guidelines offer instructions on which diagnostic or screening tests to order, when to provide medical or surgical services, how long patients should stay in a hospital, or other details of clinical practice.”(Timmermans and Berg: xx).

³ Et tilfældigt eksempel fra standarderne brugt ved akkrediteringen af H:S: ”Undersøgelser og tolkning af resultater foretages af personer med passende uddannelse, færdigheder, indsigt og erfaringer.” (standard VU.6.3) (Joint Commission 2003: 79)

⁴ Grohl 2000: diskuterer implementeringen af evidence and guidelines in clinical practice. Baggrunden er, at ”During the period 1975-1980 about 500 new studies per year were added to Medline, while this is now about 10.000 per year. The number of clinical practice guidelines included in Medline increased from one to more than 450 per year.” (Grohl 2000: 455) i slutningen af 1990'erne.

I Danmark blev der oprettet et sekretariat for referenceprogrammer i august 2000. Sekretariatsleder Henrik Jørgensen fra Sekretariatet for Referenceprogrammer definerer et referenceprogram som følger:

”Referenceprogram er den danske betegnelse for det engelske *clinical guideline*. Et referenceprogram sammenfatter den tilgængelige videnskabelige evidens om en sygdom med kliniske erfaringer på området til anbefalinger, der kan anvendes til at støtte klinikerens i tilrettelæggelsen af patientbehandlingen under hensyntagen til sundhedsøkonomiske aspekter, med det overordnede formål at øge kvaliteten af sundhedsydelserne.”(Jørgensen 2003).

Referenceprogrammerne kommer med anbefalinger til patientbehandlingen. Foreløbig er der kun produceret X færdige referenceprogrammer i Danmark. Men eftersom de kliniske retningslinier er orienteret efter diagnoser og ikke efter organisatoriske enheder, kan man også overveje relevansen af specielt danske retningslinier. Og eftersom det er et stort arbejde at udarbejde en klinisk retningslinie er der en vis logik i at gøre det ud fra et internationalt perspektiv. De kliniske retningslinier udarbejdes typisk af medicinske selskaber eller grupper herindenfor. For så vidt kan man se de kliniske retningslinier som en del af det medicinske funktionssystemets selvprogrammering. De kliniske retningslinier kan beskrives som konditionalprogrammer, idet de foreskriver, hvordan man bør gå frem under givne betingelser (dvs. de har formen ”hvis-så”).



Relaterer man de kliniske retningslinier til den nævnte metodiske præmis om, at kommunikative elementer (her de enkelte programmer) indgår i et netværk, som afhænger af en iagttagers sammenkædning, så kan man stille spørgsmålet, hvilket netværk, retningslinierne selv kæder sig sammen med. Svaret er, at de kliniske retningslinier selv viser hen til videnskabelig forskning, som deres anden side. Således hænger de også historisk sammen med en bestræbelse på at få knyttet klinisk praksis og forskning tættere sammen.⁵ Overskriften på den bestræbelse fik i starten af 1990'erne, hvor den tog ekstra fart, betegnelsen ”Evidence based medicine” – EBM. Nedenfor følger derfor en kort præsentation af denne bevægelse.

En ofte bragt EBM-definition af Sackett lyder som følger ”Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available clinical evidence from systematic research.” (Sackett 1996, her citeret efter Johansen 2004: 30). Her er der tale om at integrere individuel ekspertise med systematisk opnåede forskningsresultater. Med Kravitz’ ord: ”Evidence-based medicine is the application of scientific

⁵ Der træffes i sundhedsvæsenet rigtig mange beslutninger om, hvilke undersøgelser, der skal laves, hvad patienten skal behandles for, hvordan patienten skal behandles osv. Som lægmand forestiller man sig muligvis, at lægerne ved, hvad de gør og at de altid gør det bedste. Men sagen er, at heller ikke lægerne altid ved, hvad der er det bedste. Usikkerhed er en central term i litteraturen om kliniske beslutninger. Lægelige beslutninger er således bl.a. funderet i, hvad man plejer at gøre, hvad overlægen måtte mene, hvilke muligheder man pt har, erfaringer med tidligere patienter – samt gæt på, hvad patienten mon kan fejle, samt hvad der mon kan hjælpe.

evidence to clinical practice.”(Kravitz et.al. 2004: 661). Evidensen i EBM er først og fremmest den randomiserede kliniske undersøgelse, dvs. en epidemiologisk statistisk metode (Færgeman: 1).

EBM beskrives som et paradigmeskift i medicinen, det er fagprofessionelle aktører, som i starten af 1990'erne advokerer for i langt højere grad at benytte sig af videnskabelige artikler og videnskabeligt oparbejdet viden, når der skal træffes kliniske beslutninger.⁶ EBM stod frem som en bevægelse, der inden for sine første fem år blev hyldet af redaktørerne af prominente medicinske tidsskrifter, fik sit eget tidsskrift (Evidence Based medicine) og "acquired the kind of sanctity often accorded to motherhood, home, and the flag."(Feinstein et.al 1997: 529). Siden Sackett et.al. lancerede termen om evidensbaseret medicin i 1993 er EBM blevet samlingsterm både for en række kampagneinstitutioner (centre for EBM o.l.), for meta-evalueringsinstitutioner, for diverse selskaber, for tidsskrifter, for aktiviteter i forbindelse med udarbejdelsen af guidelines, for særlige praktikker. Ligeledes undervises der i evidensbaseret medicin på diverse sundhedsfaglige uddannelser. EBM er både en form for overordnet ideal om at basere klinisk praksis på videnskabeligt produceret viden – og så er det en række institutioner og instrumenter som skal realisere idealet.

Sigtet med EBM har været at få den kliniske praksis indrettet efter den til enhver tid bedste ”eksterne” evidens af kontrollerede videnskabelige studier. Vogd beskriver bestræbelsen som følger ”Als Bewegung der Modernisierung der Medizin möchte EBM dabei aktiv den Prozess der ärztlichen Professionalisierung in Richtung zunehmender wissenschaftlicher Rationalität verändern.”(Vogd 2002: 294). Og med reference til Weber siger Behrens, at diskussionen om EBM handler om ”einen Schritt im Prozess der Entzauberung ärztlichen Handelns vom magischen Heilen zum professionellen handeln, das wissenschaftlich kontrollierte Erfahrung für den einzigartigen Fall des individuellen Patienten in Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Patienten nutzt.”(Behrens 2003: 262). EBM skildres som alternativ til en medicinsk praksis baseret på autoritet, tradition og lægens personlige erfaring.⁷

⁶ Ifølge *Medicinske filosofi* (Pedersen et.al. 1990) går ideerne tilbage til Gavaret i 1840'ernes Frankrig. Han advokerede for biostatistiske undersøgelser. Medicinsk filosofi skelner mellem en realistisk og en empiristisk medicin. Den realistiske som har været fremherskende søger efter teorier, tror på eksistensen af underliggende sygdomsmekanismer, som skal udforskes og hvorudfra kan deducere sig til behandlingen. Håbet var, at man efterhånden ville besidde så meget viden, at man ville kunne deducere sig frem til den korrekte viden (Pedersen et.al. 1990: 53). Det realistiske syn er interesseret i de underliggende mekanismer bag givne symptomer. Vi vil beskrive sygdomsmekanismen og herfra slutte os frem til den logiske behandling (realisme under empirisk kontrol – idet det så checkes om det stemmer overens med empiriske data). Som filosofisk tradition betoner empirismen erfaringer og iagttagelser. Inden for medicinen betones kliniske observationer. Opfattelsen af viden i traditionen videre fra Comte og hans betoning af, at mennesket må lære kun at lægge vægt på erfaringen, på positive fakta. *Medicinske filosofi* taler om den kritiske kliniske skole, som i 1950-60'erne begyndte at kræve at der indhentes empirisk bevis for virkningen af et nyt lægemiddel ved hjælp af omhyggeligt planlagte, kontrollerede kliniske forsøg. De kritiserede antagelsen om, at den kliniske effekt af et nyt farmakon kunne forudsiges ud fra laboratorieundersøgelser og deres virkningsmekanisme. De kritiske klinikere interesserede sig for forskningsmetodologi, biostatistisk og anså det dobbeltblinde, randomiserede forsøg som idealet – netop som EBM. Der er tale om to forskellige slags viden, filosofisk set. Realismen er interesseret i teorier, som afspejler virkeligheden bag observationerne, mens empirismen er interesseret i at opstille statistiske ”naturlove”, som kan tjene til at forudsige fremtidige begivenheder (Pedersen et.al. 1990: 55).

⁷ Behrens opfatter EBM som en antiautoritær bevægelse, startet af studerende, patienter og enkelte læger – og vendt mod hierarkiske autoriteter, mod standarder uden videnskabeligt belæg, mod eminentz. Samtidig en bevægelse med et selvkritisk potentiale, idet der ligger et stadigt krav om efterprøvelse, en stadigt bevidsthed om videns foreløbighed.

Integrationen af den enkeltes ekspertise med forsknings-evidens er ikke så enkel, som Sacketts citat lader fremstå. Dels er der spørgsmål om, hvordan den enkelte finder, vurderer kvaliteten af og sammenligner ”the best available clinical evidence” (uden at bruge al sin tid på det),⁸ dels kommer den enkelte under forklaringspres, hvis han ikke følger den etablerede evidens – så integrationen risikerer at blive asymmetrisk.

Som svar på de praktiske og tidsmæssige problemer der ligger i for den enkelte læge (sygeplejerske, fysioterapeut osv.) at orientere sig i og vurdere den videnskabelige litteratur om et givet emne, udvikles der i stigende grad en række kliniske retningslinier (clinical practice guidelines)⁹ ligesom der dannes institutioner, der specialiserer sig i at udføre meta-analyser (med det internationale Cochrane center som central instans). Metaanalyser er analyser, sammenligninger og sammenfatninger af flere videnskabelige undersøgelser af det samme emne. Her har man bl.a. udarbejdet evidens-hierarkier for at kunne differentiere mellem forskellige grader af tyngde i de forskellige videnskabelige arbejder). Der er også udviklet dels en række kriterier for, hvordan man vurderer de indhentede videnskabelige artikler, dels findes der en række introduktioner og hjælpeprogrammer som søger at hjælpe en til at orientere sig på nettet. Endvidere findes der en række centre, som rummer søgemuligheder i forhold til videnskabelige artikler og andre relevante databaser (for et overblik over nogle af mulighederne se: www.cochrane.org/docs/ebm.htm).

I bevægelsen for evidensbaseret medicin spiller guidelines således en central rolle. Berg og Timmermans skriver:

”Although evidence-based medicine means different things (including an orientation towards critical self-evaluation, the production of evidence through research and scientific review, and/or the ability to scrutinize presented ’evidence’ for its validity and clinical applicability), in common medical parlance it mainly denotes the use of clinical practice guidelines to disseminate ’proven’ diagnostic and therapeutic knowledge.”(Berg og Timmermans 2002:).

Clinical guidelines skal være baseret på metaanalyse af randomiserede kliniske undersøgelser. Da der ikke er evidens til at dække alle beslutnings-momenterne i en guideline afholder man konsensus-konferencer for at fylde hullerne og afgøre konflikt-områder.

De kliniske retningslinier er den del af EBM som har givet tankegangen betegnelsen cook-book medicine. Og hvor der ikke er videnskabelige produktioner til at konkludere på, benytter de sig bl.a. af konsensuskonferencer eller ekspert-vurderinger (som scorer den laveste karakter i evidenshierarkiet – øverst kommer RCT randomized clinical trials).

Opsamlende kan man sige, at der inden for arbejdet med kliniske retningslinier selv søges etableret en anden side – nemlig videnskabelig forskning. De kliniske retningslinier er programmer, som eksplicit søger at tilskrive sig en anden side, nemlig klinisk forskning. Set fra videnskabens side er de kliniske

⁸ Der kommer også stadigt flere værktøjer, som skal hjælpe folk til at orientere sig på nettet, som præsenterer de vigtigste søgemuligheder på nettet (fx www.fysioliink.dk/help.htm). Ligeledes bliver der undervist i EBM på medicinstudierne og på andre sundhedsfaglige studier. Man kan også se linkssamlingen på sundhed.dk

⁹ Guidelines er af varierende længde og format, men er typisk på omkring 100 sider.

retningslinier en måde at omsætte videnskabelige forskningsresultater til klinisk beslutningsgrundlag. Set fra de kliniske retningslinier fungerer de videnskabelige forskningsresultater som retningsliniernes anden side, som en horisont, der kan henvise til. Men i nogle tilfælde kan det ikke lade sig gøre at finde forskning, som dele af retningslinierne kan vise hen til. Her indsættes så en funktionel ækvivalent, nemlig ”konsensus”. Retningslinierne henviser i så fald til et ekspertpanels anbefalinger.

Som vi senere skal se, er der blevet rejst forskellige indvendinger mod sammenkædningen af retningslinier og forskning. Der er blevet rejst kritik af muligheden for sammenkædning – ligesom nogle har forsøgt sig med alternative sammenkædninger, hvor retningslinierne i stedet for forskning kædes sammen med økonomi og jura. Men først skal vi kort se på en anden type af programmer for medicinske beslutninger – nemlig akkreditering.

Akkreditering:

Ifølge en aftale mellem Regeringen og Amterne skal alle sygehuse i Danmark akkrediteres fra 2006. Akkreditering betyder, at sygehusene af en ekstern instans checkes i forhold til en lang række standarder. Akkreditering består i hovedsagen af, at der opstilles en række standarder (det kan fx være: ”Patientjournalen skal være tilgængelig for det sundhedsfaglige personale for at understøtte udvekslingen af oplysninger.” – Standard 2.3 i Joint Commission 2003, standarderne for akkrediteringen af Hovedstadens Sygehusfællesskab) med tilhørende målelige elementer (indikatorer) (i forhold til ovenstående standard kan det fx være ”Patientjournalen er tilgængelig for disse medarbejdere”).

Ifølge en Editorial i International Journal for Quality in Health Care har et WHO-studie identificeret 36 nationalt udbredte health care accrediterings programmer. Antallet af akkrediteringsprogrammer er blevet fordoblet hvert femte år siden 1990 (Shaw 2003: 455). Og hvor akkreditering tidligere har været frivilligt bliver det i stigende grad en pligt – således også i Danmark, hvor der under betegnelsen ”Den Danske Kvalitetsmodel” som sagt etableres en obligatorisk akkreditering. Ved akkreditering er der tale om en ekstern vurdering af ”Health care services”. ”Akkreditering kan defineres som en procedure, hvor et eksternt organ (typisk en akkrediteringsorganisation) vurderer, hvorvidt en ydelse, aktivitet eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder.”(Mainz et.al. 2002(?))

Indtil i dag har H:S (Hovedstadens sygehusfællesskab og Sønderjyllands frivilligt ladet deres sygehuse akkreditere. Sønderjyllands amt tog i 2000 initiativ til en akkreditering af det sønderjyske sundhedsvæsen. Det skete i et samarbejde med den britiske akkrediteringsorganisation Health Quality Service. Der er i alt 48 sygehusstandarder, hvortil der er knyttet ikke mindre end 2289 kriterier. Et sådant kriterie kan fx være ”40.26 Der foreligger daterede, dokumenterede instrukser, skrevet/revideret inden for de seneste tre år for: - procedure for kontrol af præoperativ rasing, tandprotese/kroner” (www.kissprojekt.dk) Der er tale om en markant forøgelse af mængden af beslutningspræmisser i organisationen – idet der med et slag importeres 2289 regler eller beslutningspræmisser. Akkrediteringen er en markant udvidelse af organisationens beslutningsrum - områder der ikke tidligere har været beslutningspræmisser for, etableres der nu organisatorisk besluttede præmisser for.

Mens de kliniske retningslinier har form af konditionalprogrammer, der foreskriver, hvad man skal gøre i en given situation, der har akkreditering grundlæggende form af målprogrammer. Dvs.der

defineres en række mål, det gælder om at leve op til. Samtidig er der selvfølgelig blandingsformer – konditionalprogrammerne foreskriver handlinger med henblik på at opnå givne mål. Målprogrammerne fungerer i sundhedsvæsenet i overvejende grad ved hjælp af standarder.¹⁰ Det gælder akkreditering, men det gælder også en række andre beslægtede program-typer. I Danmark er de pt. dominerende målprogrammer Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA), Det Nationale Indikatorprojekt (NIP),¹¹ Akkreditering (af H:S og Sønderjyllands amt). Den Danske Kvalitetsmodel er først ved at blive etableret, men foreløbig er det planen at alle landets sygehuse skal akkrediteres fra 2006 ud fra den model, som Den Danske Kvalitetsmodel udarbejder.

Akkreditering og de andre målprogrammer er variationer hen over samme grundelementer: 1) Man sætter nogle standarder op som kan måles ved hjælp af nogle indikatorer (det fungerer som evalueringsgrundlag). 2) Dernæst er der så typer af evalueringsaktiviteter, hvor man enten selv kan evaluere sig ud fra standarder/indikatorer eller der kommer en ekstern evaluator (akkreditor) og gør det. 3) Endelig sker der en form for afrapportering af de fund, der er gjort ved evalueringen. Der er så variationer ift. hvad der sættes standarder op for (generiske standarder for generelle diagnose-uafhængige forhold – som fx standarderne i akkreditering, som gælder for alle afdelinger. Heroverfor står nogle diagnosespecifikke standarder som i eksempelvis NIP), der er også variationer ift. offentlighed, hvor tit, hvordan (så man kan lokalisere de enkelte sygehuse/afdelinger (nip), eller så der ift. offentligheden kun kan ses anonymiserede størrelser (DGMA).

Samlet er de danske kvalitetsprojekter både et spørgsmål om absolutte standarder og om relative standarder – dvs. områder, hvor afdelinger måler sig i forhold til egne tidligere resultater eller i forhold til andre afdelinger. Standarderne er på en gang foreskrivende beslutningspræmisses og synliggørelse af opnåede resultater. Standarderne skal selv være baseret på viden, men de muliggør også viden, nemlig viden om overholdelsen af standarder. Det er samtidig en synliggørelse, som kan være ganske performativ i sin skabelse af et handlingspres på afdelingerne – ligesom den gør det muligt for patienter at orientere sig efter det, idet tallene offentliggøres på internettet (gælder bl.a. NIP).

¹⁰ Standarder definerer International Society for Quality in Health Care som følger: "A desired and achievable level of performance against which actual performance is measured." (ISQua 2004: 32). Dvs. en standard er enheden af forskellen mellem ønsket performance og faktisk performance. Eller med Mainz' definition: "Standarder (...) fastlægger således grænsen mellem den acceptable og den uacceptable kvalitet." (Mainz et.al.2002).

¹¹ I projektet "**Den Gode Medicinske Afdeling**" er en lang række medicinske afdelinger frivilligt gået med. Kernen i projektet er en sammenligning mellem afdelinger på forskellige variable. Ud fra en række standarder og indikatorer opgøres afdelingernes resultater i forhold til hinanden. Kernen i projektet er således sammenligning. Den enkelte afdeling kan eksempelvis sammenligne sit antal af uplanlagte genindlæggelser med landsgennemsnittet for uplanlagte genindlæggelser, de kan også se antallet af ukorrekt medicinering, om der foreligger diagnoseforslag efter højst en dags indlæggelse, om der efter højst en dag er ordineret undersøgelser/behandling i forhold til diagnoseforslagene osv. osv. Generelt består projektet i at sætte en række standarder op samt i at registrere, hvor afdelingerne ligger i forhold til disse standarder (desuden ligger der i projektet en udarbejdelse af idékatalog, som afdelingerne kan bruge i deres reaktioner på undersøgelserne).

Projektet "**Det Nationale Indikatorprojekt**" er mere orienteret mod at sætte videnskabelige standarder op. Her sættes færre, præcise punkter i forhold til enkelt-diagnoser og specifikke elementer i forhold til givne lidelser. Indenfor hoftenære frakturer lyder en standard eksempelvis som følger "≥ 90% af patienterne skal have vurderet deres ernæringsrisiko" og den tilsvarende indikator lyder: "Andel patienter, der 2. postoperative dag får vurderet deres ernæringsrisiko". I forhold til denne og tilsvarende standarder/indikatorer laves der databaser indenfor foreløbig seks sygdomsgrupper. Resultaterne er offentligt tilgængelige. Et af kravene til de diagnosespecifikke standarder er, at de er evidensbaserede. Og evidens sættes til at betyde at "Kvalitetsmål og indikatorer fastsættes på dokumenteret og aktuelt videnskabeligt grundlag..." (citater fra overhead-præsentation af NIP). Der ligger i projektet en meget stor vægt på at producere data – således hedder det på en af NIPs egne præsentations-overheads: "In God we trust – everybody else has to bring

Relaterer man – som vi gjorde med de kliniske retningslinier – akkreditering (og i bredere forstand målprogrammerne) til den indledningsvist nævnte metodiske præmis om, at kommunikative elementer (her de enkelte programmer) indgår i et netværk, som afhænger af en iagttagers sammenkædning, så kan vi atter stille spørgsmålet, hvilket netværk, akkrediteringen selv kæder sig sammen med. Her er der muligvis konkurrerende svar, men den dominerende tendens er alligevel, at akkreditering og de andre målprogrammer kæder sig sammen med et begreb om kvalitet. Målprogrammerne installerer sig selv som kliniske beslutningers mulige anden side – samtidig viser de hen til kvalitet som deres egen anden side.

Kvalitet har de senere år været et udbredt positivt ord i både den private og den offentlige sektor. Følgende citat fra en leder i *International Journal for Quality in Health Care* kan illustrere kvalitetsbegrebets vækst: ”There is no doubt that quality organizations need quality leaders, and that quality care needs to be delivered by quality organizations.” (Stern 2002: 85).¹² Kvalitetsbevægelsen har, som EBM, sine egne tidsskrifter og selv om EBM vil være enig i at det skal gavne kvaliteten er der til trods for overlap og gråzoner i ret høj grad tale om forskellige bevægelser med forskellige begreber og værktøjer.¹³ Det er karakteristisk, at målprogrammer som akkreditering, Den Gode Medicinske Afdeling og Det Nationale Indikatorprojekt begrundes sig med henvisning til, at programmerne skal give bedre kvalitet.¹⁴ Samtidig lurer der en tautologi – for hvad er bedre kvalitet? Det har tendens til at blive ensbetydende med at leve op til kvalitetsprogrammernes standarder.

Sammenfatning

Ovenfor har jeg forsøgt kort at skitsere to dominerende typer af programmer relateret til kliniske beslutninger. Kliniske retningslinier har jeg karakteriseret som konditionalprogrammer, der sigter mod at opstille ”hvis-så” angivelser for det kliniske arbejde. Akkreditering har jeg karakteriseret som målprogrammer, der sigter mod – i form af standarder – at opstille mål for forhold relateret til det kliniske arbejde. Begge programtyper byder sig til som henvisningshorisont for beslutninger relateret til det kliniske arbejde. Samtidig har jeg spurgt til, hvilken horisont de to programmer så selv viser hen til.

data”.

¹² Både nationalt og internationalt er der blevet stiftet en række kvalitetsselskaber, eksempelvis Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, European Society for Quality in Health Care (ESQH) oprettet i 1998, International Society for Quality in Health Care (ISQua) oprettet i 199x).

¹³ Det er i udgangspunktet andre dagsordener der kædes sammen med kvalitetsbegrebet. Det er ikke så meget inspiration fra et ideal om videnskabeliggørelse, som det er forskellige kvalitetssikringsteknologier, der indføres. Kvalitetsteknologier, som man kender dem i forskellige former både i industrien og i det offentlige. Evalueringer, akkrediteringer, standardiseringer er nogle af de markante redskaber. Når der alligevel kommer en vis forbindelse mellem EBM-bevægelsen og kvalitetsbevægelsen så hænger det bl.a. sammen med, at kvalitetsbevægelsen begynder at spørge til sin egen evidens. Når andre tiltag i sundhedsvæsenet skal være evidensbaseret, så er det oplagt at standarderne, der skal give kvalitet, også skal være det.

Både de kliniske retningslinier og akkreditering har såvel lokale og internationale versioner. Men akkrediteringen er i højere grad end retningslinierne bundet til organisationer. Det er enkelte organisationer som akkrediteres – og de akkrediteres af enkelte akkrediteringsorganisationer. Selv om der også findes lokale og nationale retningslinier er retningslinierne i højere organisations-blinde – netop fordi de er orienteret mod specifikke diagnoser og behandlinger og ikke mod organisationer.

¹⁴ Men som sagt: der er gråzoner. Således er Det Nationale Indikatorprogram mere forskningsorienteret end akkreditering. NIP præsenterer således bl.a. sig selv med følgende motto: ”In God we trust – everybody else has to bring data” (Slide fra NIP-præsentation på deres hjemmeside).

For de kliniske retningslinier var det overvejende svar ”videnskabelig forskning”, for akkreditering var svaret ”kvalitet”. Disse henvisninger er dog omdiskuterede – hvordan skal vi se i næste afsnit.

III. Kritikker af programmerne

Indledningsvist bestemte jeg kommunikative elementer, som nogle der indgår i en henvisningssammenhæng – en henvisningssammenhæng, der ikke foreligger med nødvendighed eller pr. natur. I stedet er det en henvisningssammenhæng, der etableres af iagttagere. Ovenfor så vi, hvordan programmerne Akkreditering og Kliniske retningslinier selv søger at etablere en henvisningsside. I dette afsnit skal vi se, hvordan disse henvisninger problematiseres – og dermed åbner for konkurrerende tilskrivninger (hvad vi skal se eksempler på i afsnit IV). Det er kritikker, som på forskellig vis peger på, at programmerne har et problem med deres anden side. De væsentligste kritikker kan sammenfattes i følgende tre punkter:

a) Videnskab ikke lig med praksis.

Flere kritikere peger på, at de kliniske retningsliniers mest ideale grundlag, nemlig RCT (randomized clinical trials) beskæftiger sig med befolkninger og med gennemsnit af store befolkningsgrupper – når man overfører det til enkeltpersoner, til individuelle patienter, er der derfor stadig tale om et skøn. Resultaterne af RCT gælder kun den teoretiske gennemsnitspatient. For klinikerer består et væsentligt forhold ved problemsituationen i usikkerheden om situationens dynamik, hvilken handlingsstrategi skal man vælge – den usikkerhed kan ikke absorberes med standarder men aktualiserer relevansen af subjektive komponenter som intuition, dømmekraft, risikovillighed og ansvarsovertagelse (Vogd 2004: 195). De enkelte patienter kan reagere fysisk og mentalt forskelligt på de samme behandlinger. Hyperkomplekse biologiske systemer kræver forskellige beslutninger. Den evidensbaserede medicin går ud fra sandsynligheder, sandsynlighedsfordelinger i undersøgelsesgrupper – men det tillader ikke en direkte slutning til det enkelte tilfælde. Ud af studier af andre patienter følger ikke automatisk, hvordan man i det enkeltstående tilfælde skal gå frem (Behrens 2003: 263). Problemet er, at resultaterne fra evidensbaseret medicin svarer til et gennemsnit for en befolkningsgruppe og ikke det enkelte individ (Breinholdt 2005). Der er problemer i at anvende ”global evidence (gennemsnits virkninger) ... to local problems (individuelle patienter eller grupper, som kan afvige fra gennemsnittet) (Kravitz et.al.2004).

Hertil kommer, at data ikke inkluderer mange af de typer patienter og behandlinger som ses i klinisk praksis, resultaterne viser komparativ ”efficacy” af behandlingen for en gennemsnits randomiseret patient, ikke for sub-grupper (fx ift. symptomernes sværhedsgrad, illness), resultaterne af RCT’er (randomized clinical trial) giver sjældent anvendelig baggrunds data til forebyggende behandling (Feinstein et.al. 1997: 529 f). Der er en overkompleksitet i situationen i forhold til den viden og de standarder, som er til rådighed – hvorfor beslutninger ikke blot kan bestå i en applikation af den til rådighed stående viden (Vogd 2004: 195). Der må derfor være noget andet end videnskab (i form af viden produceret vjh. af RCT’er) på spil. De kliniske beslutninger må med andre ord have andre anden-sider end videnskab i form af RCT’er.

b) Vidensgrundlaget

Kritiske studier af, hvordan standarderne er udviklet, viser, at der er bias, at det ikke er fuldstændig videnskabeligt objektivt. For eksempel viser en undersøgelse, at 19% af forfatterne til guidelines i USA mener, at deres medforfatteres relationer til farmaceutisk industri påvirker deres anbefalinger (Choudhry et.al. 2002, checks). Der er også studier af, hvordan gruppedynamikker spiller ind i konsensussudannelse. Hertil kommer problemer med at lave meta-analyser (sammenlignelighedsproblemer på tværs af forskellige videnskabelige analyser). Der er også analyser af løse koblinger mellem det videnskabelige grundlag og så guidelines. Eftersom retningslinierne skal fungere som bindeled mellem de videnskabelige forskningsresultater og praksis skulle de gerne afspejle "research evidence". Men i en analyse af, om CPG's (clinical practice guidelines) for kolesterol-testning afspejler research evidence når Savoie et.al. (2000) frem til, at 4 ud af de fem guidelines, som blev undersøgt havde problemer med forbindelsen til research evidence. De skriver "The groups (som har udviklet de undersøgte CPG'er, MK), with the exception of the EHCRT, did not develop recommendations that were linked to the research evidence. In some cases, the recommendations contradicted the groups' own conclusions on the research evidence." Her bliver det således åbent, hvad der så er standardernes anden side – det kan blot afvises, at det er videnskabelig forskning.

Mainz et.al.2002 anfører, at evidensniveauet ikke fremgår af publikationerne fra de internationale akkrediteringsorganisationer. Man kan derfor ikke vurdere om standarderne er velbegrundede. Dette åbner for, at man kan tilskrive mange andre baggrunde for standarderne end evidens. Lipczak et.al. (2001) er også inde på manglen på standarders manglende evidens eller videnskabelige grundlag. Her sættes ekspertudsagn som supplement til videnskabelig evidens.

c) Manglende evaluering af programmerne.

Flere artikler peger på, at akkrediteringen ikke er blevet evalueret (Int J Quality in Health Care 2003, vol. 15, nr. 6), at der ikke er evidens for evidensbaseret medicin. Det er en kritisk påpegning af, at programmerne ikke lever op til sig selv.

En central dansk fortæller for kvalitetssikring skrev i 2002: "Der findes ikke en videnskabelig dokumentation for, at akkreditering kan sikre den sundhedsfaglige kvalitet." (Mainz et.al.2002). Og andre forfattere har fat i samme problematik: "Det er en svaghed ved akkreditering, at der ikke kan vises en sammenhæng imellem akkreditering og forbedring af patientbehandlingen." (Frølich og Christensen 2002). Det er ifølge Feinstein et. Al ikke en let opgave at evaluere kvaliteten af RCT'er og altså af meta-analyser – forskellige eksperter har foreslået forskellige kriterier (Feinstein et. Al. 1997). Dermed sniger der sig en kontingens ind på dette højere niveau, nemlig en kontingens baseret på, at der ikke er ét sæt evidensbaserede kriterier, som evidensen baseres på.

Der er i litteraturen en generel markering af, at der ikke er solidt videnskabeligt belæg for, at akkreditering faktisk giver højere kvalitet eller en mere effektiv ressourceudnyttelse (se fx Shaw 2003). Shaw bringer bl.a. følgende citat "Considering the amount of time and money spent on organisational assessment, and the significance of the issue to governments, it is surprising that there is no research into the cost-effectiveness of these schemes." (Øvretveit 2001, her citeret efter Shaw 2003).

Opsamlende kan man sige, at de forskellige kritikere hver for sig og til sammen peger på, at der er et problem med programmernes anden side. Når programmerne så at sige selv iagttager deres anden side,

så viser de hen til henholdsvis videnskabelig forskning og kvalitet. Men når andre iagttagere iagttager programmerne, så problematiserer de den henvisning. Den er ikke fikseret, lukket eller nødvendig. De forskellige kritikere peger samlet på, at der i kæden: ” data - videnskabelige analyser - videnskabelige metaanalyser – EBM/kvalitetsprogrammer (i form af guidelines o.l.)- klinisk beslutning” ligger selektioner i hvert link – og med selektionerne kommer kontingensen. Programmerne har således problemer med at få fastlagt en overbevisende anden side – hvorved standardernes og EBM’s anden side forbliver åben for tilskrivning. Netop fordi programmerne ikke har en nødvendig anden side, er de åbne for forskellige tilskrivninger. Der er en åbenhed videnskabsmæssigt, og der er en åbenhed beslutningsmæssigt.¹⁵ Dvs. at iagttagere tilskriver programmerne andre anden-sider, end programmerne selv gør. Dette viser jeg eksempler på i næste afsnit.

IV Tilskrivninger til programmernes anden side

De der kritiserer EBM og kvalitetsprogrammerne har ofte dels en intern kritik (jf. foregående afsnit) dels – og i forlængelse af kritikken – har de nogle analyser af, hvad der *i virkeligheden* ligger bag EBM. Disse to forhold hænger snævert sammen. Det er netop fordi programmerne ikke kan lade være med eksplicit eller implicit at henvise til deres anden side, samtidig med at de ikke kan få lukket den, at der åbnes for diverse tilskrivninger til denne side. Det er afsnittets formål at komme med eksempler på de alternative tilskrivninger.

Programmerne er åbne for både tilhængeres og kritikeres tilskrivninger til en anden side. Tilhængere tilskriver standardens anden side kvalitet og videnskab. Kritikere sætter andre størrelser på den anden side. Det kan være i form af hensigter – eksempelvis skriver Færgeman at hensigten kan være rationel sundhedspolitik, markedsføring, administrativ kontrol og retslig udnyttelse (Færgeman: 6). Færgeman sætter EBM’s anvendelsesområde som administrativ styring af lægers arbejde. Det er fra administrativ side, at man forlanger, at lægers arbejde skal være baseret på evidens fra randomiserede undersøgelser.

Holger Højlund har analyseret, hvordan markedet af centrale statslige aktører er blevet sat som kvalitets-standardernes anden side (Højlund 2004). Også Vogd tilskriver programmerne hensigter (eller i hvert fald effekter) i form af en åbning af medicinen overfor økonomiske rationaler (kun de behandlinger som har en dokumenteret og økonomisk rentabel effekt skal tilbydes), retslig regulering (domstolene kan benytte sig af clinical guidelines som pejlemærke) – osv. (se iøvrigt Vogd). Flere tilskriver programmerne skabelsen af transparens og synlighed. Der er i de mere overordnede markeringer af sundhedsvæsenets udvikling en positiv fokusering på transparens og gennemsigtighed. Eksempelvis var overskriften på ”Læge- og repræsentantskabsmødet” i Den Danske Lægeforening 2002 ”Det transparente sundhedsvæsen”, Regeringen lavede i 2003 et debatoplæg med titlen ”Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen”. Og Jesper Poulsen, formand for Den Almindelige Danske Lægeforening fastslår i et nyhedsbrev fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet 2004, at ”Fremtidens sundhedsvæsen er gennemsigtigt” (Poulsen 2004).

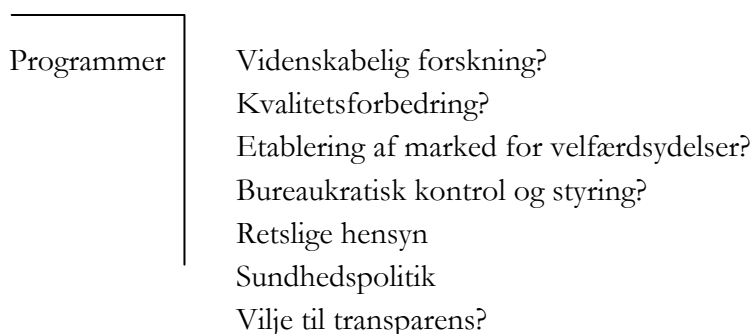
¹⁵ Det er noget af mulighedsbetingelsen for diskussionerne af medicinsk etik. Etikken kan komme ind fordi der ikke er (en medicinsk) nødvendighed i beslutningerne. Når der ligger en uafgørbarhed i strukturen, så kan beslutningstageren kastes tilbage på en personlig – etisk – stillingtagen (jf nogle dekonstruktivisternes pegen på etik som muligt svar på uafgørbarhed - fx Simon Critchley).

Væksten i programmer er kombineret med nye elektroniske muligheder for at håndtere store mængder data. Programmerne kan derfor kædes sammen med vidt forskellige ambitioner - kontrol- og beherskelsesambitioner, ambitioner om det transparente sundhedsvæsen, om det forudsigelige sundhedsvæsen, om det styrbare sundhedsvæsen osv.

Der er i programmerne og i karakteristikkerne af programmerne en varierende grad af vægt på synliggørelsen af, i hvor høj grad standarderne opfyldes.¹⁶ Ved akkrediteringsprogrammerne er der i høj grad fokus på det. Det er en forudsætning for synliggørelse (som kan ske af hensyn til markedsdannelse, for at skabe intern konkurrence eller for at kunne kontrollere og styre), at det, der synliggøres har en form, så det kan monitoreres (jf. Powers idé om makings things auditable). Etableringen af standarder handler således i det perspektiv ikke om direkte at fungere som præmisser for beslutninger, men om at muliggøre sammenligning (jf. Schmidt 1999: 245).

Altså: Det at standarderne må have en anden ikke-standardiseret side, som er med til at konstituere dem, samtidig med at andre iagttagere kan vise, hvordan programmerne ikke nødvendigvis hænger sammen med de sider, som programmerne selv udpeger som deres anden side – det forhold åbner for spekulationer i, hvad der så ”i virkeligheden” ligger bag programmerne. Der er noget usynligt, noget ukendt, som samtidig er med til at konstituere det kendte, i dette tilfælde standarderne. Vil man gerne give trolden et navn, vil man gerne sige, hvad det er for en dæmon, der ligger bag, så kan man tilskrive programmet en bagvedliggende vilje. Her kan iagttagere placere økonomiske hensyn, retslig udnyttelse, sundhedspolitiske manøvrer muligheder, skabelse af konkurrence og/eller et marked for velfærdsydelse gennem synliggørelse, kontrol og styring. Denne liste af, hvad man kan sætte som programmernes anden side er kontingent – den kan udvides, men den kan også mindskes, så der efterhånden kommer en entydig opfattelse af, hvad der udgør programmernes anden side.

Vi kan illustrere den åbne anden side med følgende figur



¹⁶ Levay skelner mellem tre typer transparens: medicinsk (handler om at gøre medicinsk praksis synlig for medicinske eksperter), reflektiv (handler om bench-marking), public (handler om at gøre noget synligt for offentligheden dvs. patienter og andre interesserede).

IV. Meta-tiltag:

Om det er som reaktion på, at det er åbent, hvad der installeres som programmernes anden side skal her være uforklaret. Men empirisk kan man iagttage, hvordan der kommer programmer, der skal sikre programmernes tilknytning til det, de selv angiver som deres anden side. I dette afsnit skal jeg vise nogle eksempler på programmer, som forsøger at sikre forbindelsen mellem programmerne og det, de selv sætter som deres anden side. Det handler om program-programmer eller standarder for standarderne. I systemteoretiske termer kunne man sige, at programmerne bliver refleksive, dvs. de bliver anvendt på sig selv (Luhmann 1972). Der etableres i stigende grad standarder som standardernes anden side. Jeg skal her nævne to eksempler: ALPHA og AGREE.

International Society for Quality in Health Care (ISQua) stiller et nagende spørgsmål til de standarder, som skal sikre kvaliteten: "How can each organisation know if its standards are on track?" (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation.html>). Således gentager problemet sig: for at vide om kvaliteten af behandlingerne er i orden indføres en akkreditering, som tester om organisationen lever op til en række standarder – hvad der selvfølgelig rejser spørgsmålet, om disse standarder selv er i orden. Men lige som problemet gentages, således gentages løsningen også: ISQua tilbyder at kvalitets-vurdere standarderne – og det gøres selvfølgelig ved at vurdere, om standarderne lever op til en række kriterier, dvs. standarder: "Standards are assessed by an international expert panel against ISQua's International Principles for Healthcare Standards. This is an internationally tested and approved framework of requirements i.e. principles and their criteria (= standarder og indikatorer, MK), which should underpin health care delivery standards." (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation.html>). ISQua taler selv om "Accrediting the accreditors..."

Programmet til akkreditering af akkreditørerne kalder ISQua for "Agenda for Leadership for Programs in Healthcare Accreditation" (ALPHA). Det sigter mod at godkende standarder udarbejdet af akkrediteringsorganisationer. Hvis standarderne lever op til ALPHA's standarder kan de få et ALPHA-certifikat (dvs. de er blevet akkrediteret som akkreditører).¹⁷ *Den Danske Kvalitetsmodel* henviser på sin hjemmeside til ISQua og Alpha, som den skal følge.

Der er en ganske parallel forskydningsstrategi i forhold til Clinical practice guidelines. Retningslinierne skal gøre kliniske beslutninger evidens-baserede, men hvordan kan man vide, at retningslinierne selv er evidensbaserede? På hjemmesiden for det danske Sekretariat for Referenceprogrammer (SfR) står der "Til vurdering af kvaliteten af kliniske vejledninger og referenceprogrammer har AGREE Collaboration i september 2001 udarbejdet en vejledning: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)-Instrumentet. Instrumentet og den tilhørende træningsmanual er begge oversat til dansk." (http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Medicinsk_teknologivurdering/SfR/Kvalitet_svurdering.aspx?lang=da). Referenceprogrammerne byder sig til som henvisningshorisont for de kliniske beslutninger. Referenceprogrammerne på deres side viser hen til videnskabelig forskning – og her byder AGREE-instrumentet sig til som en art garanti for, at der faktisk er forbindelse mellem

¹⁷ Publikationen med standarderne for standarder hedder "international Accreditation standards for healthcare external evaluation bodies", den er en del af ALPHA-programmet som handler om at assistere evaluatører og akkreditører til at udvikle og forbedre deres standarder (ISQua 2004: 4).

referenceprogrammerne og den videnskabelige forskning. AGREE-instrumentet præsenteres som et instrument til at vurdere kvaliteten af referenceprogrammerne (jf. dokumentet ”Vurdering af kliniske vejledninger. Agree-instrumentet. The AGREE-collaboration 2001. -

http://www.sst.dk/upload/agree_sep01.pdf). Dette instrument har karakter af en række standarder, som man kan vurdere referenceprogrammerne ud fra. I en editorial i International Journal for Quality in Health Care, skriver Richard Grol

”...an international consortium of researchers in Europe, America, Australia, and in other countries is now working on a validated set of criteria to assess the quality of clinical guidelines (AGREE-project).”(Grol 2000: 455). Checker man Agree-instrumentet kan man se, hvordan dette instrument håndterer sin egen ”anden side” bl.a. ved at henvise til nogle videnskabelige tekster, som er anvendt ved udviklingen af Agree-instrumentets kriterier.

I begge de nævnte tilfælde finder man den samme type henvisningsstrategi: De kliniske beslutninger kan henvise til standarder eller referenceprogrammer, som så igen kan vise hen til nogle mere generelle standarder for standarderne. Med standarder for standarder laver man en re-entry, så acceptabel/uacceptabel indføres på acceptabel siden, altså at det er en acceptabel skelnen mellem acceptabel og uacceptabel.

Der er tale om en række parallelle fordoblinger, som etablerer en stadigt mere abstrakt ”anden side”. Det kunne i princippet blive ved – men på et tidspunkt gider man ikke mere. Det handler således også om, at man flytter den åbenhed (eller kontingens) der ligger i kommunikative elementer (idet deres betydning afhænger af det netværk, de indgår i – et netværk, som igen afhænger af en iagttagelse) til stadigt mere abstrakte niveau, hvor den muligvis vil irritere eller forstyrre den fortløbende basale kommunikation mindre.

Standarder er grundlaget for at vurdere og evaluere kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling (Mainz et.al.2002). Efterhånden etableres der som skitseret standarder for standarderne, men her kan man spørge videre: hvordan etableres standarderne for standarderne deres anden side? Indtil videre er jeg ikke stødt på programmer for programmer for programmer, men altså kun programmer for programmer. I stedet er det som om den program-programmerne håndterer deres anden side ved hjælp af en række tautologier, ubestemtheder og paradokser – hvad der dog tilsyneladende ikke er noget problem. Eksempelvis formulerer standard-standarderne krav til standarderne, som disse krav ikke selv lever op til. Mainz et.al.2002 skriver, at ”de sundhedsfaglige standarder skal således være: valide, reproducerbare, relevante i forhold til problemstillingen, alment accepterede, målbare/mulige at vurdere og evidensbaserede (i videst muligt omfang).” – disse krav som kan beskrives som standarder for standarder lever – i hvert i artiklen – ikke op til deres egne krav. De gør ikke rede for deres egen evidens. Er der evidens for, at standarder, som lever op til de nævnte standarder er bedre end standarder som ikke gør det?

ISQua kan levere et andet eksempel. I ”International Principles for Healthcare Standards” lyder det første princip som følger ”All processes for the external evaluation of healthcare services should be based on a well-established and tested set of standards.” (ISQua 2004a). Her må man uvilkårligt spørge, om denne standard lever op til sig selv – er den selv testet? Det angiver den ikke, at den er. Den

standard, som anbefaler evidens, lever ikke op til sit eget krav til standarder. Ifølge sit eget kriterium er det derfor en dårlig standard.

At der er modsigelser i metatiltagene betyder ikke nødvendigvis, at de ikke virker. Funktionen er muligvis at etablere programmernes ”anden side” – ikke at lukke kommunikationens åbenhed i absolut forstand.

Man kan således håndtere kommunikationens anden side ved at forsøge at etablere sådanne ”anden sider” i form af forskellige programmer, dvs. kommunikation, der er rettet mod kommunikation. Men kommunikationens ”anden side” håndteres også på andre måder – nemlig ved på forskellig vis at henvise til sådanne ”anden sider” uden samtidig at gøre det meget tydeligt hvori de består. Snarere end at forsøge faktisk at etablere en anden side suggereres det, at der sikkert findes en.

Følgende formulering af Mainz et.al 2002 kan stå som eksempel på at man henviser til flere ”anden sider” uden at det kommer til at stå klart, i hvilken forstand de fungerer som kommunikationens henvisningshorisont:

”Standarder er baseret på videnskabelig evidens eller ekspertkonsensus. En standard (...) afspejler viden, værdier og prioriteringer i sundhedsvæsenet på et givent tidspunkt. Standarden beskriver det realistiske mål for kvalitet af en ydelse og fastlægger således grænsen mellem den acceptable og den uacceptable kvalitet.”

Her er standarder baseret på evidens, men de afspejler også værdier og prioriteringer – hvorved de vel også er baseret på værdier og prioriteringer. Og hvad der er realistisk er relativt i forhold til den enkelte organisation, rekrutteringssituation, finansielle situation osv. Standardernes anden side er således ganske diffus, idet den består af evidens, værdier, ”realistiske mål”, viden, prioriteringer.... Der etableres så forskellige anden-sider, at det ligner en helgardering. Generelt henviser målprogrammerne ofte til en diffus term om kvalitet, men dernæst også til autoritet – fx Sundhedsstyrelsens anbefalinger – samt værdier, prioriteringer og ”det realistiske”.

Gennem indførelsen af evidenshierarkier har man indført en anden måde at etablere flere forskellige henvisningsmuligheder, flere mulige anden-sider: ”Da der ofte ikke vil findes videnskabelig evidens, kan det blive nødvendigt at supplere udviklingsarbejdet med ekspertudsagn, som kan inddrages under anvendelse af forskellige konsensuskabende teknikker.” (Lipczak – udvikling af standarder). Supplementet er her meget eksplicit – nemlig eksperter og konsensus. Eksperten bliver således en slags kontingens-mester. Evidens-begrebet er blødt op, idet der er indført hierarkier i evidensen, så evidens-begrebet stadig kan bruges også selv om man ikke har RCT (randomized clinical trials) til sin rådighed.

Opsamling: Programmerne har som ideal at deres anden side er videnskab/kvalitet. Kritikkerne påpeger, at der er problemer i at få lavet en tæt kobling mellem programmerne og videnskaben/kvaliteten (programmerne er ikke lig med installering af en kalkule, lukning, der er snarere tale om en forskydning af henvisningshorisonten – hvilket kritikkerne demonstrerer). Programmerne forsøger dels at styrke koblingen dels at etablere deres egen anden side ved at lave meta-programmer. Det er samtidig metaprogrammer, man kan se rummer diverse åbenheder og modsigelser. I dette afsnit har jeg forsøgt at beskrive sådanne meta-tiltag – nemlig i forhold til, hvordan de programmer, som

byder sig til som kommunikationens anden side, selv håndterer deres anden side. Her har jeg beskrevet to tiltag. For det første har jeg vist eksempler på programmer for programmer – altså programmer, som sigter mod at sikre sammenkædningen mellem programmerne og det, de selv sætter som deres anden side. For det andet har jeg vist nogle eksempler på, hvordan spørgsmålet om programmernes anden side håndteres gennem en form for masse-henvisning, en helgardering, der på en gang etablerer en anden side og lader det være åbent, hvori denne anden side egentlig består.

Perspektiver:

Lad mig sammenfatte: Inden for sundhedsvæsenet sker der i disse år en vækst i programmer. Det er kommunikative indretninger, der sigter mod at begrænse rummet for mulige beslutninger. Programmerne byder sig til som anden side for de mere praksis-nære beslutninger i sundhedsvæsenet. Programmerne viser selv hen til henholdsvis videnskabelig forskning og kvalitet som deres anden side. Det er samtidig en henvisning, som problematiseres af forskellige kritikere. Idet programmerne har problemer med at få overbevist om deres henvisningshorisont, dvs. at de har problemer med at få lukket deres kontingens, så bliver de åbne for konkurrerende tilskrivninger (de tilskrives markedsdannelse, kontrol, sundhedspolitiske ambitioner m.m.). I mine indledende metode-overvejelser stillede jeg spørgsmålet om, hvad der er meningen med programmerne. Svaret er, at der kan kædes flere forskellige meninger sammen med programmerne. Og som reaktion på programmernes problemer med at få fastlagt deres anden side, kommer der de senere år forskellige koblingsforstærkende meta-programmer. Det er programmer for programmerne, nemlig programmer, som forsøger at styrke koblingerne mellem programmerne og deres anden side i form af kvalitet og forskning. Men samtidig er det meta-programmer, som selv kommer til at udgøre programmernes anden side. Jeg skal afslutningsvist formulere to teser i forlængelse af ovenstående beskrivelse.

Den første tese er, at væksten i programmer både virker stabiliserende og destabiliserende. Væksten i de beskrevne programmer for medicinske beslutninger betyder, at den praksisnære kommunikation indlejres i nye henvisningshorisonter. Programmerne etablerer horisonter, de begrænser og sætter betingelser. Programmerne etablerer kommunikative begrænsninger idet de etablerer betingelser for, hvad der er acceptabelt og hvad der er uacceptabelt. Men som vi har set ovenfor sniger der sig – til trods for programmernes begrænsnings-form – en ny åbenhed med. De nye programmer skaber åbenhed, idet der kommer forskellige bud på deres henvisningshorisont, dvs. hvad der er ”meningen” med dem. For så vidt kan man sige, at programmerne i deres form sigter mod at stabilisere gennem begrænsninger. Men at de netop fordi de ikke får lukket deres egen anden side kommer til også at fungere destabiliserende – på flere niveauer.

Idet der indføres programmer for kliniske beslutninger åbnes der for forhandlinger og argumentationspres. Det handler om at det sundhedsfaglige personale skal til at argumentere for deres beslutninger ved at henvise til beslutningernes anden-side, hvor det ikke længere er tilstrækkeligt at forskyde beslutningernes kontingens til egne erfaringer, egen ekspertise – eller til læger højere oppe i hierarkiet.¹⁸ Men det handler også om, at der skal argumenteres for programmerne og for

¹⁸ Netop fordi programmerne selv er kontingente, må man forvente at de omsættes og bruges anderledes end intenderet. Programmerne spindes ind i lokale systemers autopoiesis.

programmerne for programmerne. Når man spørger til, hvilke effekter etableringen af programmer har, er det bl.a. at de giver systemet en åbning mod omverdenen, når der skal argumenteres for programmer som sådan (fordi der i denne argumentation må henvises til en yderside) samt for enkelte program-dele. At udbredelsen af kliniske retningslinier vil være ensbetydende med ”cook-book medicine” er næppe sandsynligt – simpelthen fordi programmer ikke kan transformere beslutninger til kalkuler. Men der kan være en tendens til, at beslutningernes kontingens forskydes længere væk fra klinikken. Beslutninger er ikke længere kun baseret på klinisk indsigt, medicinsk træning, lokale regimer, personlig erfaring (som jo er usynligt og uforudsigeligt udefra) – i stedet på data fra artikler, baseret på random clinical central trials, cost-effectiveness analyser mm. Og det kan ikke-læger også vurdere. Der kan derfor ske en åbning af sundhedsfagene.

Programmerne etablerer nye henvisningshorisonter for beslutningerne. Og noget af beslutningens kontingens rykker fra beslutninger ved sygesengen til beslutningen af, hvilke standarder der skal gælde for beslutninger om behandling og indgreb. Kontingensen flyttes på forskellig vis, først via hierarkiet og en mystificering, dernæst til programmer (som fungerer som beslutningspræmisses), hvis kontingens igen flyttes til videnskabelige undersøgelser og konsensus-konferencer. Men der er tale om flytninger, ikke afskaffelser; ikke tale om, at kontingens erstattes med beregnelighed. Eksempelvis er den videnskabelige evidens, som de kliniske retningslinier henviser til, ikke selv fuldstændig evident – fx ligger der en række kontingente valg i konsensus-afgørelserne, i hvilke artikler, man knytter an til og hvordan man vurderer dem. Det er ikke muligt at kalkulere sig frem til fuldstændig ens clinical guidelines. Programmerne etablerer pres for at man henviser til beslutningernes anden side (hvis man ikke følger standarderne kræver det at man kan begrunde, hvorfor man ikke gør det). Men når programmerne samtidig ikke kan få etableret en lukning i forhold til deres anden side, så bliver resultatet en form for usikkerhed. Programmerne åbner således også usikkerhed.

Netop ved at programmerne forsøger at etablere sig som de kliniske beslutningers anden side, gør de opmærksom på, at der er en anden side. De vil lukke den, men kan ikke selv lukke for diskussionen af deres egen anden side. For så vidt er der tale om, at der sker en forskydning af kontingens – nemlig fra de kliniske beslutninger til programmerne og fra programmerne til meta-programmerne – hvor den så står og blaffer. Der ligger således en vis ironi i bestræbelserne på at etablere nye programmer for den kliniske praksis. Samtidig med at de forsøger at etablere sig selv som henvisningshorisont for de kliniske beslutninger kan de tilsyneladende ikke lade være med at rejse en diskussion om deres egen henvisningshorisont – hvad der i og med at programmerne har været ledsaget af en problematisering af den traditionelle henvisningshorisont for klinisk praksis også kommer til at virke destabiliserende tilbage på klinisk praksis. For så vidt ligger der en potentiel destabilisering i programmerne – fordi de forsøger at fortrænge tidligere henvisningshorisonter, men samtidig selv bliver problematiseret i forhold til deres egen henvisningshorisont.

Den anden tese er, at programmerne får succes, dvs. udbredes, netop fordi de mislykkes. Det at programmerne ikke får lukket deres anden side, det at de ikke kan få etableret én fast anden-side som henvisningshorisont – det gør programmerne sårbare for kritikeres tilskrivninger til andre henvisningshorisonter. Men det gør også, at mange forskellige aktører kan knytte an til programmerne. Markedsentreprenører, bureaukrater, jurister, politikere såvel som kvalitetsudviklere og forsknings-

skolede praktikere – de kan alle knytte forskellige anden-sider sammen med programmerne. For så vidt er det den manglende lukning af programmernes anden side, som gør det muligt for mange forskellige aktører at knytte an til dem – og som derfor øger opbakningen til programmerne. Netop fordi programmerne ikke får lukket deres anden side får de udbredelse. Eftersom programmerne ikke har fastlagt deres anden side, deres henvisningshorisont, så kan man tilskrive dem mange funktioner, formål, forhåbninger, interesser. De er polyfunktionstilskrivbare og det træk ved dem gør dem meget anvendelige set fra forskellige perspektiver. For så vidt kan man sige, at deres succes hænger sammen med deres fiasko, nemlig deres fiasko i forhold til at få lukket deres anden side.

At programmerne kan tilskrives mange forskellige anden-sider er således ikke nødvendigvis et problem for deres udbredelse – snarere tværtimod. Når forskellige aktører kan kæde (forskellige) ønskværdige formål sammen med programmerne, så er der større sandsynlighed for at de vinder frem. Det er programmernes (ufrivillige) åbenhed, der pt giver dem mulighed for succes – fordi forskellige aktører kan tilskrive dem forskellige anden-sider.

Litteratur

- Baecker, Dirk (Hrsg.)(1993): *Kalkül der Form*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Behrens, Johann (2003): "Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminentz-basierte professionelle Praxis", pp. 262-269 in *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 32, Heft 3.
- Breinholdt, Mette (2005): "Evidensbaseret medicin får modspil", in *Ugeskrift for Læger* 31. januar 2005.
- Bødker, Birgit (2003): "Audit i obstetrikken" pp. 4513-4515 in *Ugeskrift for Læger* 165/47
- Choudry, Niteesh K., H.T.Stelfox og A.S.Detsky (2002): "Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry" pp. 612-617 in *Journal of the American Medical Association*, vol. 287 nr. 5.
- Feinstein, Alvan R. og Ralph I. Horwitz (1997): "Problems in the "Evidence" of "Evidence-based medicine", pp. 529-535 in *The American Journal of Medicine*, vol. 103.
- Frølich, Anne og Majbritt Christensen (2002): *Akkreditering af hospitaler. En gennemgang af internationale erfaringer*. *Ugeskrift for læger*.
- Færgeman, Ole (): "Evidensbaseret medicin, sundhedspolitik og administrativ kontrol med lægers arbejde" in *ugeskrift for læger*.
- Grol, Richard (2000): "Implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research?" pp. 455-456 in *Int J for Quality in Health Care*, vol. 12, nr. 6.
- Hart, Dieter (2000): "Evidenz-basierte Medizin und Gesundheitsrecht. Überlegungen zu rechtlichen Konsequenzen der Verwissenschaftlichung der Medizin" in *Medizin-Recht* 2000, Heft 1.
- Højlund, Holger (2004): *Markedets politiske fornuft*.
- ISQua (2004): "international Accreditation standards for healthcare external evaluation bodies", second edition, London.
- ISQua (2004a): *International Principles for Healthcare Standards*, ISQua, Australien.
- Joint Commission International (2003): *Standarder for hospitaler*. Officiel dansk oversættelse. H:S.
- Johansen, Jens Bach (2004): *Evidensbaseret medicin. Evidensbaseret fysioterapi og de nye sygdomme*. Speciale, DPU 2004.

- Jørgensen, Henrik (2003): "Sekretariatet for Referenceprogrammer, SFR" i Nyhedsbrev fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, juni 2003.
- Jørgensen, Henrik Stig, I.B.Andersen og M.Gaub () "Referenceprogrammer – et redskab til kvalitetsudvikling" i Ugeskrift for Læger.
- Kravitz, Richard L., N. Duan og J. Braslow (2004): Evidence-Based Medicine, Heterogeneity of Treatment Effects, And the Trouble with Averages.
- Lipczak H, A.Frølich, P. Qvist og L.Rasmussen (2001): "Udvikling af standarder – II" Ugeskrift for læger.
- Lomas, j 1991: words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations... annual review of public health 12: 41-65
- Luhmann, Niklas (1972): "Reflexive Mechanismen", in Soziologische Aufklärung 1. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1988): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000): *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Mainz, Jan, B.R.Krog, K. Fog og P.D.Bartels (2002): Sundhedsfaglige standarder i akkreditering, i Ugeskrift for læger.
- Matzen, Peter (2003): "Hvor evidensbaseret er medicinen? Et systematisk litteraturstudie" pp. 1431-1435 in Ugeskrift for Læger 165/14.
- Oliveri, Roberto S., C.Gluud og P.A.Wille-Jørgensen (2004): "Lægers fortrolighed med evidensbaseret medicin. Begreber, informationssøgning og anvendelse." pp. 4040-4043 in Ugeskrift for læger 166/45.
- Pedersen, Stig Andur et.al. (1990): *Medicinsk filosofi*. Hans Reitzels forlag.
- Pedersen, Tom, Christian N. Gluud, Peter C. Gøtzsche, Peter Matsen og Peer A.Wille-Jørgensen (2001): Hvad er evidensbaseret medicin? i Ugeskrift for læger.
- Poulsen, Jesper (2004): "Fremtidens sundhedsvæsen er gennemsigtigt" i DSKS-nyt nr. 2, 2004.
- Ringsted, Charlotte, K.M.Lyng og K.L.Faarvang () "God lægeuddannelse i hele verden" interview i Ugeskrift for læger.
- Savoie, Isabelle, A. Kazanjian og K.Bassett (2000): „Do clinical practice guidelines reflect research evidence?“ pp76-82 in Journal of Health Services Research and Policy Vol. 5 nr. 2.
- Shaw, Charles D (2003): Evaluation accreditation, pp. 455-456 in International Journal for Quality in Health Care vol. 15 nr. 6.
- Stern, Zvi (2002): "The future of quality leadership" pp.85-86 in International Journal for Quality in Health Care vol. 14 nr. 2.
- Teubner, Günther (2002): "Idiosyncratic Production Regimes: Co-evolution of Economic and Legal Institutions in the Varieties of Capitalism" pp. 161-181 in *Proceedings of the British Academy*, 112.
- Vogd, Werner () "Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie?" in Zeitschrift für Soziologie...
- Øvretveit, John (2001): "Quality evaluation and indicator comparison in health care" pp. 229-241 in International Journal of Health Planning and Management.