Tid til kvalitetsmåling ?
– Studier af indrulleringsprocesser i forbindelse med introduktionen af kliniske kvalitetsdatabaser i speciallægepraksissektoren

Ph.d.-afhandling

Marius Brostrøm Kousgaard

Forskerskolen i Ledelsesteknologi
CBS / Copenhagen Business School
Februar 2008

Forord

Denne afhandling er produktet af et ph.d.-projekt finansieret af "Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis". Fonden – som drives i fællesskab af Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RTLN) – skal have meget stor tak for sin støtte.

Herudover vil jeg takke en række mennesker og organisationer, som på forskellig vis har bidraget til ph.d.-projektets oprettelse eller gennemførelse:

Ph.d.-projektet blev oprindeligt oprettet i relation til et større kvalitetsudviklingsprojekt for speciallægepraksis, det såkaldte KVIS-projekt (se bilag 1). I den forbindelse skal Stig Jørgensen og Mia Fruergaard (begge fra det tidligere MedConsult) have tak for det indledende samarbejde, der gav et fint afsæt for mine efterfølgende undersøgelser. Også tak til COWI A/S for det administrative bidrag til projektets organisering.

Dernæst vil jeg sige tak til de mange praktiserende speciallæger, overlæger og administrative medarbejdere i sundhedsvæsenet, som har hjulpet mine undersøgelser på vej ved afsætte tid til interviews, ved at besvare opklarende spørgsmål pr. telefon eller mail og/eller for lægernes vedkommende ved at acceptere min tilstedeværelse som iagttager i diverse faglige sammenhænge. Her må jeg fremhæve tre personer, som har spillet en helt afgørende rolle i forbindelse med mine undersøgelser. Det drejer sig om praktiserende speciallæge Jørgen Meibom, praktiserende speciallæge Lars Bjørn samt overlæge Niels Bækgaard. Alle udviste de stor tålmodighed og imødekommenhed i forbindelse med mine gentagne henvendelser samtidigt med, at de muliggjorde min deltagelse i en række forskellige faglige arrangementer af stor relevans for forskningsprojektet. Yderligere er jeg Jørgen Meibom taknemmelig for, at han – som formand for Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) – fra første færd bakkede aktivt op om idéen om at oprette et samfundsvidenskabeligt ph.d.-projekt i relation KVIS-projektet. I den forbindelse skylder jeg ligeledes en særlig tak til professor Preben Melander, uden hvis idé og energi projektet aldrig havde set dagens lys.

Sammen med lektor Karsten Vrangbæk indgik Preben Melander endvidere i en vejlederduo, som på meget kompetent vis bidrog til at transformere ph.d.-projektet til en ph.d.-afhandling. Begge skal de

have stor tak for indsatsen som sagkyndige gennem hele konstruktionsprocessen – idet jeg dog selv hæfter for alle fejl og mangler.

Gennem det sidste års tid har jeg desuden fået feedback på forskellige dele af afhandlingen fra en række andre forskere. Jeg vil derfor rette tak til Finn Borum, Hanne Foss Hansen, Helle Hein, Henriette Langstrup Nielsen og John Christiansen for inspirerende og konstruktive kommentarer. Også tak til alle mine kolleger på CVL gennem de forløbne år for de mange interessante samtaler om vores forskellige projekter og en hel masse andre ting.

Sidst (men bestemt ikke mindst) vil jeg sige tak til Melissa, som i ord og handling har udvist stor forståelse for ph.d.-processens særlige karakter, tak til Liva (der kom til verden nogenlunde samtidigt med projektet, men udviklede sig noget hurtigere) for sin smittende livsglæde og endelig tak til lille Asta, der for alvor fik mig til at indse, at det var på høje tid at få afsluttet den lange rejse.

Marius Brostrøm Kousgaard
København, oktober 2007

Indhold

Forord **1**

English summary **5**

1. Indledning, problemformulering, bidrag og relevans **10**
1.2. Det organisatoriske (sub)felt og den organiserende teknologi 12
1.2.1. Speciallægepraksis 12
1.2.2. Kliniske databaser 13
1.3. Afhandlingens analytiske fokus 16
1.4. Afhandlingens opbygning 20

2. Socio-tekniske forandringsprocesser som oversættelsesprocesser: Introduktion til ANT **23**
2.1. Om inskriptioner, kalkulationscentre og oversættelsesprocesser 23
2.2. Translation vs. diffusion 27
2.3. Ikke-mennesker som aktører/aktanter 30
2.4. ANTs metodologi 32
2.5. Kritikken af ANT 34
2.5.1. Aktører og symmetri 34
2.5.2. Spørgsmålet om strukturer og det præ-eksisterendes rolle 38
2.5.3. Metode og metodologi 39
2.5.4. Ontologi: Den kontroversielle bevægelse fra videnskabelse til verdensskabelse 40
2.5.5. Spørgsmålet om "det normative" 43
2.6. Afsluttende bemærkninger: ANT "i mine hænder" 45

3. Forskningsprocessen og dens metoder **49**
3.1. Identifikation og valg af cases 49
3.2. Metoder 51
3.2.1. Mødeobservationer 51
3.2.2. Interviews 52
3.2.3. Dokumenter 54

4. Introduktion til speciallægepraksissektoren **56**
4.1. Speciallægepraksis: Organisering og offentlig regulering 56
4.1.1. Organisering 56
4.1.2. Offentlig regulering 57
4.2. Kvalitetsudvikling kommer på dagordenen i speciallægepraksissektoren 59

5. De kliniske databaser i det danske sundhedsvæsen **62**
5.1. De indledende problematiseringer og den decentrale udvikling af databaserne 62
5.2. Den nye vision om øget transparens giver anledning til kontrovers 65
5.3. Databaserne i knibe 67
5.3.1. Visionen om landsdækkende kvalitetsdatabaser udfordres 69
5.4. Oversættelsen af problemer til ny styringsmodel og ny lovgivning 72
5.5. Konklusioner 76

6. DMK og speciallægepraksis – den flygtige interesse **79**
6.1. DMK introduceres for praksisgruppen 81
6.2. Hvad der siden hen skete – eller ikke skete… 84
6.2.1. En diskret afsked 84
6.3. Konklusioner 86

7. Venedatabasen og speciallægepraksis: Den vanskelige institutionaliseringsproces 89
7.1. Problematiseringen af åreknudebehandlingen 91
7.1.1 Sundhedsstyrelsens referenceprogram og idéen om en landsdækkende klinisk database 91
7.1.2. Kontroversen om speciallægepraksis rolle i åreknudebehandlingen 92
7.1.3 Referenceprogrammets væsentligste elementer 93
7.2. Efter referenceprogrammet 97
7.2.1. Problematiseringen af varicebehandlingen fortsætter 97
7.2.2. Referenceprogrammets anbefalinger oversættes til honoreringsbestemmelser 98
7.2.3. Forandringer i speciallægepraksis: Exit og (delvis) compliance 99
7.3. Delkonklusion 103
7.4. Venedatabasen i speciallægepraksis 105
7.4.1. Idéen om en klinisk database antager projektform 105
7.4.2. Repræsentanter for speciallægepraksis indrulleres i udviklingsarbejdet 105
7.5. Databasens første møde med speciallægepraksis: Transformationer og kompromisser 107
7.6. Overgangen til drift: Det fortsatte indrulleringsarbejdes nødvendighed 110
7.7. Perspektiver på – og for – Venedatabasen i speciallægepraksis 114
7.7.1. De artikulerede interesser 114
7.7.2. De artikulerede bekymringer 117
7.8. Konklusioner 127

8. Herniedatabasen og speciallægepraksis – simplificeret til succes 130
8.1. Elementer til en forståelse af Herniedatabasens succes i speciallægepraksis 132
8.2. Simplificeringens "pris" og håndteringen af denne 134
8.3. Offentliggørelse og speciallægepraksis 136

9. Afsluttende analyser og perspektiveringer 139
9.1. Problematiseringernes karakter og durabilitet 139
9.2. Regulative og projektstyringsrelaterede indrulleringsmetoder 142
9.2.1. Honorering 142
9.2.2. Kontrakter 143
9.2.3. Lovgivning 144
9.2.4. Inkorporering af repræsentanter og interesser 145
9.3. De kliniske databaser og den lægelige autonomi 148

10. Konklusion 159

Litteraturliste 162

Bilag 172
Bilag 1: Ph.d.-projektets baggrund 172
Bilag 2: Udtræk fra en gammel databases historie 174
Bilag 3: Undersøgelsens analytiske spørgsmål 176
Bilag 4: Klinisk Vene Database år 2006 – formål, organisation og design 177
Bilag 5: Venedatabasens hårde fødsel 181
Bilag 6: Datamaterialet til de 3 cases 183

English summary

Since the late 1980s, concerns over quality of care have become a significant challenge to health care sectors across Europe, and numerous initiatives of quality assessment and improvement have been launched. In several western countries the idea of measuring the quality of clinical care by means of "quality indicators" has increasingly captured the attention of policy makers. In Denmark this development has been relatively pronounced, and today the principles of indicator monitoring constitute a crucial component in the national strategy of quality development. The so-called "clinical databases" are the oldest of the current indicator arrangements and this dissertation deals with the introduction of clinical databases in a particular branch of the health care sector where practising specialists in privately owned clinics offer medical services in accordance with collectively agreed reimbursement schemes. Inspired by actor-network theory this dissertation investigates the relations between the databases, their spokespersons, and the practising specialists who are supposed to be enrolled in the databases. The objective is to identify and articulate the various problematizations, interests, concerns, challenges and transformations that are involved in the process of enrolment.

The dissertation is arranged into 10 chapters:

In the opening *chapter 1*, I outline the main subjects and interests of the thesis (cf. above). Then, in *chapter 2*, I introduce and critically consider the primary source of theoretical inspiration for the project, namely actor-network theory (ANT). ANT is presented as a particular research tradition, which offers the researcher a set of productive ideas and concepts with which to study processes of socio-technical change. The chapter lays out a pragmatic reading of ANT, in which the methodological and metaphysical doctrines of ANT are only allowed to play a role in so far as this seems to facilitate the research process.

Chapter 3 describes the research process and the methods employed. The project was carried out as a qualitative investigation of different database projects using documents, observations (mainly from meetings) and interviews.

Chapter 4 offers a short introduction to the sector of practising specialists (PS), first by focusing on the formal mechanisms of regulation, and second by summing up the problematizations that put the

issue of quality improvement in this sector on the political agenda at the end of the 1990s. Here, it is primary the lack of transparency in matters of quality that has characterized the calls for quality development.

Chapter 5 describes the emergence and gradual institutionalization of clinical databases as a phenomenon in the Danish health care field. This is done by following the significant problematizations, controversies and organizational re-arrangements that unfold as professionals and public agencies seek to define, align and realize their visions for the databases in a series of translations spanning the period from the late 1980s to the present. The period is characterized by increased centralization (of money and authority), standardization (of various database features), specialization (of knowledge and competencies) and regulative pressure (to secure the adoption of the databases by the clinical units). These transformations and the new entities that emerge in the process play an important part in current attempts to spread and implement clinical databases in the health care field, including the sector of practising specialists.

The subsequent chapters attend to particular database projects in this sector. The chapters are especially concerned with exploring how the spokespersons for the databases attempt to enrol the doctors, and how the doctors relate to this endeavour.

In *chapter 6*, I follow the fate of an idea to adopt an existing clinical database (DMK) among a small group of medical specialists. In spite of much enthusiasm at the time of its presentation the idea ends up suffering a "silent death" as the specialists abandon it. In analysing the case, I conclude that the idea failed mainly because DMK was constructed in – and for – the hospital sector, and that the specific interests amongst relevant practising specialists were not inscribed in the design of the database. Thus, the use of the database was perceived as too time consuming by the doctors. At the same time, the medical specialist who came of with the idea of database adoption lost interest in strongly promoting DMK as he became occupied with making arrangements for his retirement. Furthermore, the idea did not have any strong allies amongst the public authorities, since the particular database was not under public jurisdiction. Thus, there were no actors who tried to secure enrolment by constructing economic incentives or by applying any kind of regulative pressure.

Chapter 7 tells of the development and introduction of the so-called "Veins-database" (VDB) – a database for monitoring the quality of varicose veins diagnosis and treatment. This case is significant since many of the themes, which are articulated during the development and introduction of the database, are very relevant for future attempts to institutionalize clinical databases in the PS-sector. The story illustrates how the construction and institutionalization of a clinical database can be a lengthy and tiresome process. It involves lots of work on the part of the designers on various fronts, as many different interests have to be (more or less) aligned in order for the technological project/object to work. As for the relations established to the practising specialists, the chapter points out that the alliance between the primary database designers (senior hospital-based specialists) and the chosen spokespersons from the PS-sector involves some important negotiations regarding the identity of the database, which result in various transformations in the design. These compromises – along with the "strong" problematization that spurred the development of the database (in the sense that prior to the development of the database much work had already been done in convincing the specialist communities that a real problem of quality existed) – seem important for understanding the success of the database in gathering support among the clinical units. At the same time, however, the investigation also identifies a list of concerns among the relevant population of practising specialists, which are not easy to alleviate completely. These are concerns over the simplifications involved in the translation of "clinical quality" into a few indicators, the capacity of the database to produce valid results for comparing the quality of care between units, the prospects of the public release of data, and especially over the resource implications of adopting the database. The consequence could be that some elements of the database are decoupled, as the database is taken into use in different settings. Furthermore, a few of the specialists seem to resist the enrolment attempts of the database representatives in a quiet but obdurate way – a problem that the database managers will probably have to address in the future.

In *Chapter 8* the so-called Hernia-database – a very successful database for monitoring the quality of hernia surgery – is taken under consideration by asking the question (also raised by some of the doctors themselves) of why this particular database has managed to enrol the great majority of specialists in public as well as private practice? The suggested answer is that the HDB has managed to combine a) the articulation of a classic problem in surgery (arguing that there was an existing problem of quality, which could be addressed by use of a database) with b) a minimalist design that minimizes the effort of the doctors involved in feeding the database. Also, the practising specialists

did not feel threatened by the database as many of them were already implementing the new methods of surgery suggested by the doctors in charge of the database. These features even seem to have cancelled out the most controversial aspect of the database, namely the public release of performance data making visible the results of the individual clinics in the PS-sector (a move that was taken in order to conform to the demands of the public authorities funding the database).

In the final analytical *chapter, 9*, I compare the observations and conclusions from the individual cases by considering the prospects of the different kinds of problems and techniques of enrolment. Also, I discuss the implications of the clinical databases for the autonomy of the professionals given that the theme of autonomy has been "a classic" in the literature on the regulation of medical work. It is shown that the issue of autonomy in relation to the new technologies of transparency and accountability is a complex one, and that even though indicator systems can challenge the autonomy of the individual specialist, the loss of autonomy is not as straightforward as might be expected. Furthermore, many doctors find demands to increase transparency to be quite reasonable in principle.

In the *conclusion* of the dissertation some of the central findings are summed up. It is emphasised that the development and proliferation of clinical databases is a complex matter, and that particular database projects are surprisingly fragile, considering the otherwise dominant presence of the discourse of quality development in health care. This is not to say that the challenges facing the builders of new databases are impossible to overcome, but that doing so requires both patience and endurance on the part of the developers as well as a pragmatic approach to the construction process (meaning, among other things, an ability to balance the ambitions of producing new knowledge with the constraints of daily clinical work). Thus, the databases have to compete for attention with other institutional priorities and concerns such as the tight link between productivity and personal income in the PS-sector and the more general problem of producing results (on the quality of work in different medical units) whose validity is sufficiently strong to allow for publication. Here, the case studies points to a number of "situational differences" between the private clinics and the public hospital departments (where the databases are usually designed), which are important to reflect upon as new database projects are initiated. This is the case since such differences can generate divergent interests between health care professionals in different settings in relation to specific projects. The differences include a) the population of patients (relating to the way the

specialists' judges the interest and relevance of particular database elements), b) organisational structures (relating to the issue of transparency and anonymity), c) visitation rules and routine procedures (relating to possible database calls for follow up investigations of patients), and d) formal arrangements of resources and incentives (in relation to time-economic demands of the databases). Accordingly, an obvious strategic move for new database designers is to ally themselves with representatives from the PS-sector early in the development process in order to consider the presence of such differences and to negotiate their implications for the construction of the database in question.

In the closing remarks, the thesis calls for future research to examine the various effects of the indicator technologies as information on the quality of care is circulated throughout the health care field, and to explore exactly how these effects are generated in a heterogeneous network of medical specialists, nurses, patients, data files, numbers, politicians, diseases, money, regulative entities etc.

1. Indledning, problemformulering, bidrag og relevans

"One of the characteristic features of contemporary society is the extraordinary range and quantity of information that citizens and institutions are expected to process…" (Barry 2001: 153)

"…kvalitetsmålinger i den offentlige sektor er kommet for at blive. Alle hjørner af den offentlige sektor må indstille sig på at blive målt, vejet og benchmarket". (Kresten Philipsen, daværende formand for Amtsrådsforeningen, 1999)[1]

I løbet af de sidste 15-20 år er spørgsmål om "kvalitet" og "kvalitetsudvikling" i stigende grad blevet "high politics" i sundhedsvæsenet i mange vestlige lande, herunder Danmark. I 1993 offentliggjorde Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen en National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet[2], og siden da har en lang række lokale, regionale og nationale kvalitetsudviklingsprojekter set dagens lys. Denne udvikling "kulminerede" i 2003 med vedtagelsen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) – en model som bygger på principper om nationale standarder for dokumentation, evaluering og afrapportering[3].

Hovedparten af de mest omfattende kvalitetsudviklingsinitiativer har haft til formål at udvikle og implementere metoder til at måle eller vurdere kvaliteten af de ydelser, der leveres i sundhedsvæsenet[4]. De fleste af disse kvalitetsudviklingsinitiativer har været rettet mod sygehussektoren, mens den såkaldte *speciallægepraksissektor* (hvor autoriserede speciallæger fra egne klinikker udbyder offentligt finansierede sundhedsydelser) har levet en mere anonym tilværelse – både i forhold til disse initiativer og i forhold til den offentlige kvalitetsudviklingsdiskussion generelt. Dette begynder dog at ændre sig noget i slutningen af 1990'erne. For det første kommer enkelte af kvalitetsudviklingsinitiativerne fra sygehusvæsenet i kontakt med speciallægepraksis, og for det andet begynder både centrale og regionale sundhedsmyndigheder samt repræsentanter for de praktiserende speciallægers egen organisation (FAPS) at bringe kvalitetsspørgsmålet på dagsordenen i forhold til speciallægepraksissektoren (se afsnit 4.2.). Foreløbigt er det dog begrænset, hvad der findes af større kvalitetsudviklingsinitiativer i speciallægepraksissektoren, hvis man sammenligner med sygehusvæsenet eller almen praksis. En af de kvalitetsudviklingsteknologier, som i de senere år har forsøgt at finde vej til speciallægepraksissektoren, er de såkaldte *kliniske databaser*, der af sektorens centrale

[1] Indlæg på Foreningen af Speciallægers Efterårskonference om "Kvalitetssikring og -udvikling i sundhedssektoren". Gengivet i *Ugeskrift for Læger* 2000, nr. 2, p. 226.
[2] Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet (1993). Strategien blev revideret i 2002: Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (2002). *National strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006*. Sundhedsstyrelsen. København.
[3] Sundhedsstyrelsen (2003): *Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse*. Version 1.2. Sundhedsstyrelsen. København.
[4] Se Christensen et. al. (2001) for en oversigt over de større initiativer.

institutionelle aktører betegnes som "et væsentligt element i arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis"[5]. Flere undersøgelser viser imidlertid, at det at indføre nye teknologier til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet ofte er et vanskeligt foretagende (eks. Timmermans & Berg 2003a). *Denne afhandling stiller derfor skarpt på introduktionen af kliniske databaser i speciallægepraksis, dels ved at se på baggrunden for databasernes indtræden i denne sektor og især ved at udforske aktuelle bestræbelser på at knytte de praktiserende speciallæger til databaserne. Formålet hermed er at artikulere de udfordringer, interesser, dilemmaer og transformationer, der knytter sig til disse processer med henblik på at opnå en bedre forståelse af disse*. Det er forhåbningen, at flere af de iagttagelser og pointer, der fremføres i den forbindelse, kan være til gavn for aktører, der ønsker at udvikle og udbrede nye kliniske databaser i speciallægepraksis. Afhandlingen skal dog primært læses som *et empirisk bidrag til den samfundsvidenskabelige forskning om forandringsprocesser i sundhedsvæsenet*. Afhandlingens relevans for denne forskning er relateret til både 1) *det organisatoriske felt* (speciallægepraksis) og 2) *den organiserende teknologi* (kliniske databaser).

[5] "Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU). 1. april 2005", p. 76.

1.2. Det organisatoriske (sub)felt og den organiserende teknologi

1.2.1. Speciallægepraksis

For det første fokuserer afhandlingen på forandringsprocesser i en temmelig uudforsket del af sundhedsfeltet, nemlig speciallægepraksissektoren (mig bekendt findes der aktuelt ingen politologisk eller sociologisk forskning om denne del af det danske sundhedsvæsen). Dermed bidrager afhandlingen til den aktuelle udvidelse af den organisationssociologiske forskningsfront på sundhedsområdet som – efter i en periode at have været forankret i sygehussektoren – i stigende grad er begyndt at omfatte sundhedsvæsenet i bredere forstand (jf. FLOS 2004: 43)[6].
Speciallægepraksissektoren er dog ikke kun interessant at beskæftige sig med, fordi den udgør et underbelyst område i en samfundsvidenskabelig sammenhæng: Sektoren er også interessant, eftersom den gennem de sidste 10 år har oplevet større politisk bevågenhed og velvilje, hvilket både kan relateres til den øgede markedsorientering i sundhedsfeltet (Vrangbæk 1999) og til den lægefaglige udvikling, som har betydet, at stadigt flere behandlinger kan foretages ambulant. Eftersom det ikke er givet, hvilken rolle speciallægepraksis kommer til at spille i fremtiden, er det interessant at studere de bestræbelser, der aktuelt finder sted med henblik på at positionere og udvikle sektoren på forskellig vis. Her er spørgsmålet om kvalitet i stigende grad blevet centralt. I en tid, hvor der i stigende grad stilles krav om kvalitetsudvikling af hele sundhedssektoren, er det derfor interessant at undersøge, hvilke forhold knyttet til organiseringen af speciallægepraksissektoren, som gør sig gældende i forbindelse med introduktion af nye kvalitetsudviklingsinitiativer.
Endelig er speciallægepraksissektoren interessant i relation til den professionssociologiske litteratur, fordi man her finder den klassiske autonome professionelle, som udøver sit arbejde uden for de bureaukratiske organisationer, der tegner sygehusfeltet. Det spørgsmål, der her trænger sig på, er, hvordan disse læger forholder sig til nye bestræbelser på at regulere den professionelle praksis. Som anført af Kragh Jespersen (2005: 293), så er problemerne med at udbrede og implementere nye styringsteknologier i sundhedsvæsenet ofte blevet forklaret med reference til "de professionelles modstand mod ændringer, der svækker deres traditionelle autonomi". Dette gælder både for

[6] I en dansk kontekst har den nyere organisationssociologiske og politologiske forskning i sundhedsvæsenet især udfoldet sig i relation til det tidligere Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS). Mens FLOS-forskningen rummede flere forskellige teoriretninger (både ny-institutionel teori, professionssociologi og ANT), så var det et fælles kendetegn ved denne forskning, at den var præget af en stærk interesse for kvalitative casestudier af mødet mellem nye styringsinitiativer og de enkelte sundhedsfaglige organisationer (som regel et eller flere sygehuse/sygehusafdelinger). Et overblik over FLOS-forskningen findes i FLOS (2004).

økonomistyringsrelaterede og kvalitetssikringsrelaterede reguleringstiltag, inkl. nogle af de initiativer, som udgår fra de professionelles "egne rækker" som f.eks. kliniske retningslinjer[7]. Spørgsmålet om databasernes relation til den lægelige autonomi behandles mest eksplicit i kapitel 9.

1.2.2. Kliniske databaser

For det andet fokuserer afhandlingen på en særlig type kvalitetsudviklingsteknologi (kliniske databaser), som hidtil ikke har haft den store bevågenhed i en samfundsvidenskabelig kontekst. Dette kan undre en smule, eftersom indikatorteknologier siden midten af 1990'erne har været på fremmarch i mange vestlige lande, hvor de er knyttet til visioner om kvalitetsudvikling og øget transparens i sundhedsvæsenet (Kazandjian 2003, Klazinga et. al. 2001)[8]. Dette er også tilfældet i Danmark, hvor indikatorteknologier (herunder de kliniske databaser) er udset til at skulle spille en central rolle i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og i forbindelse med aktuelle bestræbelser på at understøtte det frie sygehusvalg gennem offentliggørelsen af informationer om behandlingsstedernes kvalitet.

I forlængelse af ovenstående er afhandlingens fokus på introduktionen af kliniske databaser endvidere interessant som et supplement til store dele af den danske og internationale organisationslitteratur om forandringsprocesser i sundhedsvæsnet, der traditionelt har undersøgt betydningen af "eksternt initierede" New Public Management-reformer, som "mere eller mindre direkte sigter mod at bryde et professionelt fortolkningsskema" (Jespersen 2005: henholdsvis 23, 77)[9]. Dette kan imidlertid ikke siges om de kliniske databaser, idet databaserne er kendetegnet ved den meget centrale rolle, som klinisk aktive læger har spillet for udviklingen på området[10]. For

[7] Allerede i 1984 argumenterede den amerikanske professionssociolog Eliot Freidson således for, at en af de mest interessante forandringstendenser i sundhedsvæsenet er den tiltagende professionelle selvregulering, som finder sted med den øgede udvikling af mere formelle kontrolredskaber (Freidson 1984). Denne tendens er knyttet til fremkomsten af intra-professionelle eliter af lægelige administratorer og forskere, som i højere grad end tidligere søger at øve indflydelse på de "menige" klinikeres praksis. Ifølge Freidson kan sådanne tiltag være med til at legitimere lægestandens fortsatte kollektive autonomi gennem henvisning til eliternes kontrol med medlemmerne. Samtidigt er det dog Freidsons tese, at denne udvikling rummer et potentiale for intra-professionelle spændinger, eftersom udviklingen kan reducere den enkelte læges autonomi, og eftersom formelle guidelines og evalueringsstandarder ofte bliver til i en kontekst, der adskiller sig fra den kliniske, hvad angår de vilkår og hensyn, der gør sig gældende her.

[8] Også de store akkrediteringsorganisationer som JCHAO samt internationale organisationer som OECD er de seneste år begyndt at fokusere på udvikling og implementering af kliniske indikatorsystemer.

[9] Denne tendens i det politologiske og organisationssociologiske forskningsfokus gælder i øvrigt også for studier af andre dele af samfundet end sundhedsvæsenet. Som Meyer & Hammerschmid (2006: 1002) skriver: "The dynamics of institutional logics have been analyzed in a great array of studies, most of which focus on the introduction of a managerial logic into fields with a previously professional logic…"

[10] Dette betyder dog ikke, at databaserne har udviklet sig i isolation fra administrative og markedsorienterede logikker. Som vi skal se, er det netop nogle af disse koblinger, der har været medvirkende til at skabe kontrovers om databaserne.

mange af disse læger repræsenterer de kliniske databaser således en mere lægefaglig måde at håndtere kvalitetsspørgsmålet på i forhold til andre kendte kvalitetsteknologier som akkreditering, TQM, patienttilfredshedsmålinger, servicemålinger etc. Netop derfor kan det umiddelbart undre, at mange kliniske databaser faktisk har haft vanskeligt ved at realisere de visioner, der var/er knyttet til deres udvikling. Dette forhold gør det dog kun mere interessant at undersøge, hvordan denne type kvalitetsudviklingsprojekter forløber, og hvilke specifikke problemer de løber ind i. Denne udfordring tages op i afhandlingen, og nedenfor følger en yderligere præcisering af afhandlingens analytiske fokus.

Præsentation I: Hvad er en klinisk database ?

Udtryk som "klinisk database", "database for klinisk kvalitet" eller "klinisk kvalitetsdatabase" blev almindelige i løbet af 1990'erne og bruges ofte synonymt. I en af de definitioner, der har opnået størst udbredelse, beskrives en klinisk database som "et register, der indeholder udvalgte kvantificerbare indikatorer, som kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe med udgangspunkt i det enkelte patientforløb" (Sundhedsstyrelsen, 1999: 16)[11]. Empirisk set er der meget store forskelle på de konkrete socio-teknologiske konstellationer, der i dag betegnes som kliniske databaser[12], men definitionen udpeger eksistensen af *kvantificerbare indikatorer* som et afgørende fællestræk. Disse indikatorer er blevet karakteriseret som "hjørnestenen i en klinisk kvalitetsdatabases datasæt", og de defineres normalt som "målbare variable, der anvendes til at overvåge og evaluere" kvaliteten af det sundhedsfaglige arbejde[13]. I kvalitetsudviklingslitteraturen skelner man ofte mellem 3 typer indikatorer relateret til henholdsvis strukturer, processer og resultater[14]. Den "ideelle" kliniske database fungerer på den måde, at en række kliniske enheder løbende (eller med jævne mellemrum) indsender en række standardiserede data vedrørende individuelle patientforløb til en central database. Her valideres og analyseres de modtagne data, hvorefter analyseresultaterne sendes til de deltagende enheder i en form, som giver enhederne mulighed for at sammenligne sig selv med gennemsnittet eller med andre specifikke enheder på de valgte kvalitetsindikatorer[15]. Hvis tallene indikerer, at der er kvalitetsproblemer på den enkelte enhed, foretager enheden en nærmere analyse (eks. audit), som kan give anledning til iværksættelse af kvalitetsforbedrende initiativer.

[11] Der findes et par andre definitioner, som anvendes af aktørerne på området, men der er ikke de store forskelle definitionerne imellem. Nogle gange defineres registeret dog som et offentligt register, hvilket indsnævrer mængden af referenter. I takt med standardiseringsinitiativerne på området lader der dog til at være en tendens til at udtrykket "kliniske databaser" i højere grad end tidligere refererer til de *offentlige landsdækkende kliniske databaser*, som modtager støtte fra Amtsrådsforeningens fællespulje (dette er f.eks. tilfældet på www.sundhed.dk). Derfor skal der gøres opmærksom på, at der findes en del lokale og regionale databaser, som er i drift eller under udvikling, og som ikke støttes af fællespuljen. I mine empiriske undersøgelser optræder der således databaser med kvalitetsindikatorer, som ikke er støttet af fællespuljen.

[12] Forskellene gælder både hvad angår *opbygning og funktionalitet* (registreringsform: Elektronisk eller papirbaseret), antallet og typen af indikatorer der arbejdes med, eksistensen af kvalitetsstandarder, typen af hardware og software, valideringsmekanismer, feedbackprocedurer), *finansieringsform*, *ressourcer*, *udbredelse* og *dækningsgrad*.

[13] Amtsrådsforeningen, 2005: 10.

[14] "Struktur omfatter sundhedsvæsenets ressourcer og organisering, f.eks. de økonomiske vilkår og tilknyttede personaleressourcer, fysiske rammer, medicinsk udstyr og forekomst af kliniske retningslinjer" (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003: 8). Processer er "de aktiviteter, der udføres i forbindelse med den sundhedsfaglige ydelse til patienten" (Ibid.: 8), mens resultatet refererer til "…det opnåede helbredsresultat for patienten" (Ibid.: 8). Struktur-proces-resultat typologien blev oprindeligt konstrueret af "kvalitetssikringspioneren" Avedis Donabedian. Se Donabedian (1966, 1988, 2003).

[15] Tidligere var det kun databasernes administratorer, der havde adgang til resultaterne for alle de involverede afdelinger, men i dag er de offentligt støttede databaser forpligtigede til at offentliggøre en årsrapport med de vigtigste resultater fra databasen, som inkluderer ikke-anonymiserede data på afdelingsniveau.

1.3. Afhandlingens analytiske fokus

Fra et organisationssociologisk perspektiv fremstår de kliniske databaser som intellektuelle (selv)styringsteknologier, idet databaserne søger at producere og cirkulere viden, som skal indgå i styringen af udvalgte dele af de organisatoriske aktiviteter på en række forskellige lokaliteter. Det grundlæggende rationale i databaserne er således, at de periodiske resultatopgørelser, som sendes retur til de deltagende afdelinger, skal bidrage til at forandre den kliniske praksis, hvis resultaterne peger på problemer her (jf. Præsentation I).

Med denne tretrins opskrift på forandring (måling-feedback-handling) kan databasernes idealtypiske rationale indledningsvist karakteriseres som "empirisk-rationelt". Den empirisk-rationelle tilgang til skabelsen af forandring i menneskelige samfund har rødder i Oplysningstiden og den klassiske liberalisme og udgøres især af en grundantagelse om menneskets rationelle væsen, samt i forlængelse heraf, af en stærk tiltro til de forandringseffekter, som udbredelsen af ny (videnskabelig) viden kan generere (jf. Chin & Benne 1970). Selv om dette rationale stadig er meget udbredt, så har det også været genstand for en del kritik inden for organisationsteorien, bl.a. fordi det fokuserer for meget på innovatorerne og forandringsagenterne og for lidt på den kontekst og de aktører, som er genstand for forandringsambitionerne (Chin & Benne 1970). Generelt er store dele af organisationsteorien siden 1970'erne blevet langt mere skeptisk, hvad angår mulighederne for at planlægge og gennemføre organisatoriske forandringer med den grad af kontrol, som den empirisk-rationelle tilgang hævdes at lægge op til. I litteraturen findes således en lang række af undersøgelser, som peger på problemer med at udvikle og implementere nye styringsteknologier, og der angives en række forskellige forklaringer på dette fænomen, bl.a. begrænset rationalitet, divergerende værdier og socio-økonomiske interesser samt rodfæstede organisatoriske rutiner knyttet til institutionaliserede kognitive strukturer. Inden for ny-institutionel organisationsteori (NIT)[16] hævdes det f.eks., at nye organisationsopskrifter ofte kun implementeres overfladisk i organisationer, mens organisationernes produktivitetsorienterede arbejdspraksisser forbliver relativt uberørte – et fænomen der betegnes som dekobling. Dekobling forklares i teorien med henvisning til den legitimitet, som opskrifterne tilbyder organisationen i forhold til omgivelserne i kraft af deres signalværdi som symboler på rationalitet og effektivitet. Samtidigt kan dekoblingen være en mekanisme til at beskytte organisationen mod de mange forskellige krav om forandringer, der stilles

[16] De klassiske tekster er Meyer & Rowan (1977) samt DiMaggio & Powell (1983). Dertil kommer artiklerne i Powell & DiMaggio (1991). Ny-institutionalismen har virket som en stor inspiration på mange skandinaviske organisations- og forvaltningsforskere, der bl.a. har benyttet teorierne til at analysere forandringsprocesser i sundhedssektoren (Se f.eks. de forskellige bidrag i Bentsen et. al. 1999). Se Røvik (1998) for en fremstilling af forskellene mellem rationalistiske og ny-institutionalistiske tilgange til spørgsmålet om organisationsopskrifters rolle i organisationer.

fra omverdenens side – krav som kan forstyrre udførelsen af organisationen kerneaktiviteter (jf. Røvik 1998: 148-49).

Selv om den ny-institutionelle teoris fokus på dekobling og organisationsopskrifters symbolske betydning har ydet et væsentligt bidrag til organisationsforskningen, så anlægger denne afhandling en lidt anderledes tilgang til introduktionen af nye styringsteknologier end den ny-institutionelle. Afhandlingens tilgang er inspireret af aktør-netværksteori (ANT), som kan siges at tilbyde et sæt metodiske idéer og deskriptivt-analytiske begreber, som befordrer mere detaljerede og procesorienterede studier af organisatoriske forandringsprocesser end f.eks. NIT[17], og som i modsætning til NIT er blevet fremhævet for at have et skarpt blik for, hvordan forskellige aktører (både formelle ledere og andre) i mange tilfælde *kan* iværksætte forandringer med assistance fra forskellige socio-tekniske anordninger (jf. Mouritsen et al. 2002: 506). Bl.a. har ANT undersøgt, hvordan såkaldte "kalkulationscentre" kan handle på udvalgte periferier (som f.eks. dele af en organisatorisk praksis), der befinder sig på afstand. Dette sker gennem produktionen af en række af inskriptioner, som opsummeres, så de tilsammen skaber en (ofte kvantificeret) repræsentation af "det noget", som man ønsker at kunne handle i forhold til. Denne styringsbestræbelse benævnes af Latour (1987: 223) som "action at a distance" og af Law (1986) som "long-distance control". Og med det aktør-netværksteoretiske vokabularium, som denne afhandling trækker på, kan en klinisk database netop beskrives som en "lang-distance-kontrol-teknologi" (Ibid.), der konstitueres i et socio-teknisk netværk bestående af et kalkulationscenter, dets associerede periferi(er) samt en mængde af cirkulerende inskriptioner, som skal bidrage til styringen af periferien[18].

Men selv om ANT påpeger det markante forandringspotentiale, som mobiliseringen (produktionen og cirkulationen) af nye inskriptioner kan have, så kan ANT ikke siges at negligere de udfordringer og uforudsete hændelser, der er forbundet med at få sådanne styringsteknologier til at fungere. Tværtimod har ANT bidraget til at henlede opmærksomheden på *det forudgående og fortløbende arbejde, der er forbundet med vidensproduktion og hertil knyttede forandringsbestræbelser* – et arbejde, hvis omfang, betydning og heterogenitet ofte er knap så synligt i mere rationalistisk

[17] NITs begrebsapparat har i højere grad været rettet mod at forklare eller karakterisere institutionaliseringsprocessers udfald, samtidigt med at man har opereret med nogle empirisk set uholdbare antagelser om organisationsopskrifters stabilitet og ensartethed på tværs af forskellige netværk. NIT er derfor ofte blevet kritiseret for at have svært ved at håndtere organiseringsprocessernes dynamik (jf. f.eks. Sahlin-Andersson 1996). Dog skal det retfærdigvis siges at mange NIT-orienterede organisationsteoretikere de senere år er blevet mere optagede af at udvikle begreber, der kan anvendes i forbindelse med mere indgående studier af institutionaliseringsprocesser, hvilket i Skandinavien især er sket med inspiration fra netop ANT (se Czarniawska & Sevon 1996).

[18] Se også de meget ANT-inspirerede artikler af henholdsvis Bowers (1992), der skriver om statistikproducerende kalkulationscentre generelt og Winthereik et. al. (2004), der ser specifikt på elektroniske patientjournaler med indbyggede indikatorer.

prægede narrativer. Flere ANT-studier har således vist, at det at få en ny organisatorisk teknologi til at fungere er en kompleks proces, der involverer en overraskende stor "teknologi-præparerende" indsats, som ofte omfatter interessante transformationer af både teknologien og den organisatoriske sammenhæng, som teknologien skal indgå i. Disse pointer er også relevante i forbindelse med de kliniske databaser. For at realisere visionerne om at styre og udvikle kvaliteten via kontinuerlig monitorering af den sundhedsfaglige praksis er databaserne således helt afhængige af, at en række kliniske enheder gøres interesserede i databaserne og indrulleres som disciplinerede[19] deltagere i det netværk, hvor den kliniske database skal udfolde sig som en (kvalitets)styringsteknologi "in action". *Det er derfor bestræbelsen på at "køre kliniske databaser i stilling" i speciallægepraksis, så de efterfølgende kan udføre deres arbejde dér, som er i fokus i denne afhandling*. Afhandlingen fokuserer altså primært på spørgsmålet om, hvordan en særlig type kvalitetsudviklingsteknologi søger at finde vej til speciallægepraksis (og på de eventuelle effekter som genereres i denne proces) og ikke så meget på spørgsmålet om, hvad teknologien mere præcist udretter her på lidt længere sigt. Denne prioritering skyldes selvfølgelig ikke, at jeg finder sidstnævnte spørgsmål uinteressant, men derimod, at der for det første var nogle metodisk-praktiske problemer forbundet med det at undersøge de eventuelle effekter af produktionen og publikationen af kvalitetsmålinger fra speciallægepraksis[20], og for det andet at det valgte fokus blev fundet meget relevant i sig selv. Begrundelsen herfor er:

a) dels de *teoretiske antagelser*, som er skitseret i dette kapitel, dvs. at introduktionen af kliniske databaser som en regulerende teknologi er en kompleks proces, der vil involvere visse spændinger mellem de involverede aktører. Måling og udvikling af den kliniske kvalitet implicerer en form for adfærdsregulering, der ikke kan betegnes som et "rent teknisk" anliggende, men også som et spørgsmål om at associere og bearbejde forskellige interesser, værdier og politiske prioriteringer i lægeprofessionen såvel som i relationerne mellem professionen og andre aktører i sundhedsvæsenet.

[19] Bl.a. kræver en klinisk database optimalt set: a) at der er behandlerenheder, som indberetter til dem, b) at de indberettede data lever op til de krav, som databasen stiller til komplethed og præcision, c) at de deltagende enheder forholder sig evaluerende (og eventuelt agerende) til den feedback, der kommer fra databasen (kalkulationscenteret).

[20] Således var det i undersøgelsesperioden næsten ingen af de kliniske databaser, som havde længerevarende erfaringer med at udsende opgørelser over kvalitetsniveauet i de enkelte klinikker. For det første er der få landsdækkende databaser med relevans for speciallægepraksis, og for det andet tager det ofte lang tid (som regel over et år),før en ny database er i stand til at udsende de første validerede resultatmålinger. Eksempelvis kan der gå op til flere år, før recidivproblemer i forbindelse med en kirurgisk operation gør en re-operation påkrævet. Heller ikke i Herniedatabasen – som er en af de eneste databaser med deltagelse fra speciallægepraksis, hvor man over flere år har arbejdet med at publicere indikatordata – var det helt nemt at undersøge betydningen af den kvantitative feedback (se kapitel 8).

b) dels en *metodologisk antagelse* om, at studiet af aktuelle introduktionsprocesser rummer muligheder for, at man som iagttager kan få et mere detaljeret indblik i det arbejde og de kontroverser, brydninger og transformationer, der udfolder sig i forbindelse med de enkelte databaseprojekter – end det er muligt, efter at teknologien er blevet mere solidt forankret eller eventuelt helt forladt. Projektet har derfor i høj grad baseret sig på kvalitative studier af konkrete initiativer til indikatormåling i speciallægepraksis (se kapitel 3).

1.4. Afhandlingens opbygning

Afhandlingen er struktureret som følger:

I kapitel 2 præsenteres og diskuteres aktør-netværksteori (ANT), som har spillet en væsentlig rolle i forbindelse med konstruktionen af forskningsprojektets problemformulering og gennemførelse: Først introduceres væsentlige ANT-begreber og -idéer, og dernæst behandles dele af den kritik, der har været rejst af ANT. Til slut præciseres den pragmatiske tilgang til ANT, som afhandlingen opererer med.

Afhandlingen baserer sig på kvalitative studier af en række databaseprojekter i – og omkring – speciallægepraksis og i *kapitel 3* redegøres der kort for, hvordan det empiriske datamateriale er blevet genereret.

I kapitel 4 introduceres speciallægepraksissektoren via en beskrivelse af sektorens organisering og offentlige regulering. Efterfølgende redegøres der kort for den type problematisering, som ved udgangen af 1990'erne tager fart og sætter kvalitetsudvikling og kvalitetsmåling på den officielle sundhedspolitiske dagsorden i speciallægepraksissektoren.

I *Kapitel 5* gives en introduktion til de kliniske databasers udvikling i det danske sundhedsvæsen fra starten af 1990'erne og frem med fokus på væsentlige problematiseringer, styringsbestræbelser, kontroverser og forandringer. Det konkluderes, at udviklingen styringsmæssigt har været kendetegnet ved en øget formalisering, standardisering og centralisering. Kapitlet har flere funktioner i afhandlingen: For det første besvarer kapitlet (sammen med afsnit 4.2.) spørgsmålet om, hvordan de kliniske databaser er blevet til en kvalitetsudviklingsteknologi, som i dag presser sig på i forhold til speciallægepraksis. For det andet – og i forlængelse heraf – udfolder kapitlet den indledningsvise karakteristik af de kliniske databaser som en særlig kvalitetsudviklingsteknologi ved at tilføre denne teknologi en historie. For det tredje introducerer kapitlet en række tematikker og aktører med stor relevans for beskrivelser og analyser af aktuelle databaseprojekter[21].

[21] Introduktionen af disse tematikker skal bibringe læseren en fornemmelse af den mere almene karakter af flere af de problemstillinger, der artikuleres i case-kapitlerne. Flere af disse problemstillinger er således ikke unikke for speciallægepraksis, men bliver dog ofte accentueret på en lidt anderledes måde her på grund af nogle af de særlige forhold, der gør sig gældende i denne sektor.
Introduktionen af nogle af de markante aktører klæder læseren på til de senere case-kapitler, som dermed kan sætte forløbsbeskrivelserne i centrum uden at blive tynget af for mange afklarende bemærkninger.

I de efterfølgende kapitler stilles der skarpt på nogle konkrete forsøg på at introducere kliniske databaser i speciallægepraksis. Der fokuseres især på, hvordan databasernes talsmænd forsøger at indrullere de praktiserende speciallæger, og på hvordan de praktiserende speciallæger forholder sig til sådanne bestræbelser.

I *kapitel 6* følges en idé om at adoptere en kvalitetsdatabase (DMK) i en række speciallægepraksisser inden for et medicinsk speciale. Historien fokuserer på, hvordan idéen om at implementere DMK i speciallægepraksissektoren lider en "stille død" på trods af indledende begejstring. I mine kommentarer til forløbet konkluderer jeg, at udfaldet bl.a. kan tilskrives det forhold, at databasen er udviklet og udbredt i sygehussektoren, hvilket har betydet, at de praktiserende speciallæger ikke har haft mulighed for at indskrive deres interesser i databasen.

I *kapitel 7* beskrives og analyseres den såkaldte Venedatabases udvikling og introduktion med særligt fokus på dens relationer til speciallægepraksis. Som databaseprojekt udgør Venedatabasen et særligt interessant forsøg på at indføre kliniske databaser i speciallægepraksis, da en lang række af de temaer, der artikuleres i løbet af dens historie, har relevans for fremtidige udviklings- og udbredelsesbestræbelser i sektoren. Historien om Venedatabasen viser, at udvikling og udbredelse af en klinisk database kan være et temmelig møjsommeligt og langtrukkent arbejde, der involverer mange forskellige aktører og interesser. I relation til speciallægepraksis beskrives det, hvordan databasens designere allierer sig med repræsentanter fra speciallægepraksis, som de samarbejder med omkring udviklingen af databasen. Dette involverer nogle forhandlinger om – og forandringer af – databasens design, som på flere punkter tager hensyn til de praktiserende speciallægers interesser. Samtidigt fremhæver undersøgelsen dog også en række af de bekymringer, som de praktiserende speciallæger artikulerer i forbindelse med databasens introduktion – bekymringer der peger på, at enkelte elementer i databasen risikerer at blive mere eller mindre tilsidesat i speciallægepraksis. Databasen ser dog ud til at have relativt gode muligheder for at få succes med at indrullere de fleste af de relevante speciallægepraksis, og afslutningsvist samles der op på de forskellige forhold, der har bidraget til dette.

Kapitel 8 omhandler Dansk Herniedatabase, der af flere aktører anses for at være det bedste eksempel på en succesfuld landsdækkende klinisk database, der omfatter både sygehussektoren og

speciallægepraksis. I kapitlet gives en kort introduktion til denne etablerede database, samtidigt med at jeg søger en forståelse af databasens succes med at indrullere de kliniske enheder i speciallægepraksis. Kapitlet skal primært betragtes som et supplement til den mere detaljerede historie om Venedatabasen, hvor Herniedatabasen også spiller en rolle som et forbillede for flere af de involverede. Kapitlet iagttager således ikke indrulleringsbestræbelserne på fremadskridende og detaljeret vis, men forholder sig alene efterrationaliserende til databasens succes. Det fremhæves på linje med aktørernes egne forklaringer, at databasens succes i høj grad kan tilskrives dens strenge minimalisme – dvs. at den fordrer et meget lille tidsforbrug af lægerne i forbindelse med indberetning af data. Til dette tilføjer jeg, at databasens andre fordringer på mange måder har været relativt uproblematiske for de praktiserende speciallæger at imødekomme.

I afhandlingens *kapitel 9* samles der op på flere af iagttagelserne fra de forskellige case-historier, samtidigt med at perspektiverne for databasernes fremtidige muligheder i speciallægepraksis trækkes op. Først kommenteres der på den type af problematiseringer, der kan iagttages i relation til databaserne, og dernæst kommenteres der på de indrulleringsteknikker, som anvendes i feltet. Endelig diskuteres relationerne mellem de kliniske databaser som styringsteknologi og den lægelige autonomi, eftersom forholdet mellem nye styringsteknologier og den lægelige autonomi længe har været et centralt tema i den sociologiske og politologiske forskningslitteratur.

2. Socio-tekniske forandringsprocesser som oversættelsesprocesser: Introduktion til ANT

I dette kapitel vil jeg redegøre for projektets teoretiske inspiration, hvor aktør-netværksteori (ANT) har spillet en væsentlig rolle i forbindelse med konstruktionen af forskningsprojektets problemformulering og gennemførelse. Efter at have introduceret ANT nedenfor diskuteres noget af den kritik, der gennem årenes løb har været rejst af ANT. Endelig argumenteres der for ANTs relevans som forskningstilgang i afhandlingen.

2.1. Om inskriptioner, kalkulationscentre og oversættelsesprocesser

ANT er en samlebetegnelse for en række forbundne idéer, begreber og tekster forfattet i 1980'erne af Bruno Latour, Michel Callon og til dels John Law med afsæt i undersøgelser af videnskabelige og teknologiske innovationsprocesser[22].

I ANT forklares teknovidenskabelige projekters succes (eller fiasko) med henvisning til længden og holdbarheden af de heterogene netværk, som bygges af projektdeltagerne. Netværkene er heterogene, fordi de består af mange forskellige entiteter (f.eks. mennesker, artefakter, dokumenter, elektroner, mikrober), og ifølge ANT er analyser af, hvordan sådanne heterogene netværk mere specifikt konstrueres og vedligeholdes, helt afgørende for en forståelse af de massive effekter, som den moderne videnskab og teknologi har været i stand til at generere.

I den forbindelse har især Latour (1987, 1990) søgt at vise, hvordan *inskriptioner*[23], som både er mobile og uforanderlige[24], er særligt effektive med hensyn til at producere netværk, som gør, at

[22] ANT lader sig ikke let repræsentere på få sider. For det første fordi ANT-litteraturen er temmelig omfattende i den forstand, at de mange ANT-tekster behandler en lang række komplekse problemstillinger (vedrørende videnskab, teknologi, samfund, natur, viden, magt, eksistens, agens mm.) i et samspil med flere forskellige fagområder som antropologi, sociologi, filosofi og økonomi. For det andet er ANT som en teoretisk størrelse svær at indfange, da ANT har været i konstant udvikling, siden de "tidlige" ANT-tekster dukkede op i begyndelsen af 1980'erne. De forskellige ANT-tekster er derfor ikke altid lige konsistente indbyrdes, selv om der er er række temaer og pointer, som går igen i mange af teksterne. Den følgende fremstilling tager udgangspunkt i de "klassiske" ANT-tekster og er især koncentreret om de aspekter ved ANT, der har inspireret ph.d.-projektets problemformulering og gennemførelse. Hovedvægten i fremstillingen er derfor på ANTs begrebsliggørelse af socio-teknologiske forandringsprocesser som oversættelsesprocesser, der involverer opbygningen af heterogene netværk gennem indrulleringen og stabiliseringen af mennesker og ikke-mennesker. Til de "klassiske" ANT-tekster regnes ofte Latour (1986, 1987, 1988), Callon (1986a, 1986b), Law (1986). Endvidere trækkes der her på en række tidligere og senere tekster, som emnemæssigt er tæt beslægtet med klassikerne. Det drejer sig bl.a. om: Latour & Woolgar 1979; Latour 1983, 1990, 1992; Latour & Akrich 1992, Callon & Law 1982, Callon & Latour 1981, Akrich et. al. 2002a, Akrich et. al. 2002b). Mere generelle introduktioner til ANT end den her foreliggende kan findes i: Law 1992, Callon 2001, Latour 2005, Sismondo 2004: 65-74. På http://www.lancs.ac.uk/fass/centres/css/ant/ant.htm findes desuden en oversigt over både tidlig, klassisk og nyere ANT-litteratur.

nogle aktører (”C”) kan producere viden om – og dermed øge deres muligheder for at kontrollere – en lang række af begivenheder og aktører, som befinder sig på afstand af ”C”. Udøvelsen af *lang-distance-kontrol* (Law 1986) sker gennem etableringen af såkaldte *kalkulationscentre*, som på forskellig vis indsamler, producerer og (re)organiserer inskriptioner (Latour 1987: 215-257, Latour 1990, se også Bowers 1992). Laboratoriernes og statistikkontorernes repræsentationer gør verden mindre og dermed mere overskuelig:

”...domains which are far apart become literally inches apart; domains which are convoluted and hidden “become flat; thousands of occurrences can be looked at synoptically. More importantly, once files starts being gathered everywhere to ensure some two-way circulation of immutable mobiles, they can be arranged in a cascade: files of files can be generated and this process can be continued until a few men consider millions as if they were in the palms of their hands.” (Latour 1990: 54-55)

Gennem den uforstyrrede cirkulationen af inskriptioner frem og tilbage mellem et kalkulationscenter og hidtil relativt ukendte dele af verden (periferien) oversætter centret periferien til en ny og mindre kompleks form, der bedre kan forstås og kontrolleres[25].

Det er dog samtidig en afgørende pointe, at de mobile og stabile inskriptioner ikke alene kan forklare kalkulationscentrenes præstationer, eftersom *centrene er afhængige af et foregående og fortløbende arbejde, som muliggør produktionen af inskriptioner* (jf. Latour 1990: 40). Disse aktiviteter er derfor lige så interessante at studere som kalkulationscentrenes inskriptionsmanipulerende praksisser. For at gøre dette er man nødt til at forlade centrenes arkitektoniske rammer for at se på, hvordan aktører, som ønsker at tilegne sig en kalkulerende kapabilitet, skaber forbindelser til resten af verden.

I en af de mest citerede ANT-tekster konceptualiserer Michel Callon (1986a) processen med at etablere et vidensproducerende netværk som en oversættelsesproces – en proces hvor en aktør forsøger at ”overtale” en række af forskellige entiteter (både mennesker og ikke-mennesker) til at spille sammen på en bestemt måde, og hvor aktøren samtidigt søger at etablere sig selv (eller andre)

---

[23] Begrebet inskription bruges af Latour & Woolgar (1979: 88, n. 2) som betegnelse for ”…all traces, spots, points, histograms, recorded numbers, spectra, peaks, and so on.”

[24] a) Mobile: Så de kan flyttes relativt nemt og hurtigt); b) Uforanderlige/stabile: Så de ikke ødelægges eller forandres over tid og i forbindelse med, at de transporteres; c) Dertil kommer, at det er en stor fordel, hvis inskriptionerne er kombinerbare, så de kan sammensættes, sammentælles og sammenlignes på forskellige måder. (Latour 1987, se også Robson 1992).

[25] Det er Latours tese, at det moderne samfunds tekno-videnskabelige og bureaukratiske institutioner ikke henter sine anselige organisatoriske kapabiliteter i en særlig tankegang eller mentalitet: Disse organisationers evne til at dominere deres omgivelser produceres i stedet i de måder, hvorpå de konstruerer og forsimpler inskriptioner. Samtidigt er det gennem disse inskriptionsbehandlende processer, at fænomener opnår eksistens (!):
“A ‘state’, a ‘corporation’, a ‘culture’ or an ‘economy’ are the result of a punctualization process that obtains a few indicators out of many traces. In order to exist these entities have to be *summed up* somewhere.” (Latour,1990: 55)

som repræsentant for nogle af disse entiteter[26]. Callon beskriver oversættelsesprocessen, som bestående af en række forskellige momenter. Processen indledes med at oversætteren/translatøren beskriver sit projekt ved at definere de problemer, som projektet tager udgangspunkt i, samtidigt med at der opstilles nogle forslag til, hvordan der kan genereres løsninger på disse problemer. Denne *problematisering* implicerer også definitionen af nogle aktører, hvis problemer og mål hævdes og relateres til projektet. Hermed søger translatøren at positionere sit projekt som et *obligatorisk passagepunkt* i forhold til disse andre aktører, dvs. noget som de må gå igennem/deltage i, hvis de vil nå deres egne mål. Mens problematiseringen har en hypotetisk og scenarieagtig karakter, så kan de begivenheder, der følger, forstås som en løbende test af, hvorvidt translatørens problematiseringer holder, og scenariet kan realiseres[27]. Da realiseringen af oversætterens projekt som regel indebærer, at aktørerne skal gøre nogle andre ting, end de ellers ville have gjort, består de næste momenter i oversættelsesprocessen af forskellige forsøg på at håndtere de definerede aktører og deres interesser på en måde, så de kan indgå i det foreslåede netværk på en måde, som muliggør skabelsen af ny viden eller teknologi.
Callon (1986a) skelner i den forbindelse mellem tre forskellige momenter, som følger efter problematiseringen, nemlig interessement, indrullering og mobilisering[28]. *Interessement* refererer til oversætterens applicering af teknikker, som har til formål at sikre rekrutteringen af de udpegede aktører eller repræsentanter for disse[29]. Disse teknikker kan være meget forskellige (argumenter, incitamenter, sanktioner, fysisk tvang), men har det til fælles, at de relevante aktører søges afskåret fra nogle af de aktører/aktanter, de ellers har haft relationer til. *Indrullering* refererer både til *resultatet* af succesfuld interessement (Ibid.: 211) og til den fortsatte *proces* med at definere de

[26] Callons empiriske eksempel udspiller sig i – og omkring – en bugt i Frankrig, hvor en gruppe forskere har sat sig som mål at producere viden om kammuslingers udvikling og afprøve en metode til at kultivere muslingerne under kontrollerede former for at redde bestanden fra at uddø. Callon fortæller historien om, hvordan forskerne søger at interessere og indrullere både fiskerne, kammuslingerne og andre forskere i deres projekt.
[27] Nogle af de centrale spørgsmål er i den forbindelse:
Vil aktørerne eller deres repræsentanter acceptere definitionen af deres problemer? Vurderer de, at translatørens projekt er ligeså afgørende for dem, som translatøren hævder? Vil de lade sig indrullere i de roller, der er blevet skabt til dem? Og besidder aktørerne de egenskaber, der skal til for at de kan udfylde deres tilskrevne rolle? (Callon 1986a).
[28] Her skal med det samme tilføjes, at den lidt rigide opdeling af oversættelsesprocessen i disse momenter synes vanskelig at opretholde både konceptuelt og i forbindelse med empiriske undersøgelser. Dette er muligvis også årsagen til at klassifikationer af oversættelsesprocesser med brug af dette begrebsapparat er et sjældent syn i litteraturen, selv om anvendelsen af de forskellige begreber er meget udbredt. Callon (p. 203) gør da også selv opmærksom på at momenterne i praksis ofte vil være overlappende. En problematisering kan f.eks. ofte siges at involvere interessement, og interessement og indrullering er begreber, som det er meget vanskeligt at adskille medmindre man alene definerer indrullering som et resultat og ikke som en proces. I denne afhandling tillægges indrullering også en processuel betydning, hvorved interessement og indrullering får karakter af synonymer.
[29] Når der er tale om aggregerede størrelser, vil oversætterne ofte forsøge indledningsvist at definere og indrullere repræsentanter for den samlede population, hvad enten dette er fiskere og kammuslinger som i Callons eksempel eller praktiserende speciallæger, som i denne afhandling.

forskellige roller og forholdet mellem dem, hvilket involverer forhandlinger med de forskellige aktører (eller med repræsentanter for disse). I denne proces testes brugbarheden og styrken af de forskellige antagelser og interessement-anordninger, samtidigt med at disse eventuelt modificeres. *Mobilisering* refererer til processen med at gøre de indrullerede aktører mobile og mere "koncentrerede", således at disse fremstår som repræsentanter for en større gruppe af ensartede aktører eller fænomener. Dette involverer som regel brugen af anordninger, der transformerer entiteter fra en form til en anden (eksempelvis til inskriptioner). Dermed opstår en kæde af repræsentationer/repræsentanter, og det er holdbarheden af denne kæde, som afgør det vidensskabende projekts succes (bliver resultaterne accepteret af andre?). I det omfang oversættelsesprocessen lykkes, er resultatet et nogenlunde stabilt netværk af ressourcer og begrænsninger: *Et aktør-netværk* (jf. Callon 1986a). Stabiliteten af sådanne netværk er dog altid provisorisk i ANT-perspektivet. Nogle aktører kan pludselig forlade netværket helt, mens andre med tiden kan vise sig vanskelige at fastholde i de roller, de er tildelt. Dette er ofte en følge af, at andre entiteter presser sig på og medvirker til at forpurre eller komplicere relationerne mellem de eksisterende aktører.

2.2. Translation vs. diffusion

Inden for ANT hævdes det analytiske blik, som fokuserer på oversættelsesprocessers indhold og forløb, at være frugtbart både i forbindelse med studier af videnskabelige og teknologiske udviklingsforløb. Som Latour udtrykker det:

"The problem of the builder of 'fact' is the same as that of the builder of 'objects': how to convince others, how to control their behaviour, how to gather sufficient resources in one place, how to have the claim or the object spread out in time and space. In both cases it is others who have the power to transform the claim or the object into a durable whole." (Latour 1987: 131)

I forbindelse med udvikling, spredning og implementering af ny viden og teknologi vil man således kunne iagttage, hvordan en række forskellige elementers identiteter, relationer, egenskaber og interesser udforskes og forhandles med materielle og immaterielle transformationer og forskydninger til følge[30]. På baggrund af en række studier af sådanne processer opstilles i ANT en mere generaliseret forståelse af, hvordan påstande, idéer og teknologier spredes i tid og rum. For at illustrere det særegne ved denne "oversættelsesmodel" kontrasteres den i ANT med en mere traditionel måde at begribe sådanne forandringsprocesser på (se Latour 1986, Latour 1987: 132-36, Akrich et. al. 2002a, Akrich et. al. 2002b).

Diffusionsmodellen:

Diffusionsmodellen hævdes at repræsentere en traditionel og populær opfattelse af, hvordan og hvorfor innovationer får succes eller ej. I modellen forklares en innovations skæbne med henvisning til innovationens iboende fordele og ulemper (som oftest relateret til sandhed, effektivitet og profitabilitet). Det er sådanne essentielle egenskaber, som giver et element den kraft, der skal til, for at det kan spredes og forankres. Hvis et produkt ("X") har disse kvaliteter, spredes det nærmest af sig selv fra sit oprindelsessted til en lang række andre steder i verden (Akrich et. al. 2002a: 202-203, Latour 1987). Modellen beror dermed på en mere eller mindre implicit antagelse om at fordelene ved "X" er de samme alle steder, og at aktørerne opfatter og bruger "X" på samme måde (Akrich et. al. 2002b). Dette betyder, at spredningsprocessen får karakter af en alt eller intet-proces: Enten spredes teknologien nogenlunde, som den er (ved at overvinde modstand), eller også må den give fortabt, som den er på grund af modstand (Akrich et. al. 2002a). Dermed konstruerer diffusionsmodellen en skarp grænse mellem innovationen på den ene side og dens sociale kontekst på den anden. Objektet er afskærmet og møder et samfund, som er mere eller mindre modtageligt

[30] Det skal tilføjes, at netop denne sondring mellem forskellige faser (design, spredning og implementering) ikke accepteres a priori, da man understreger sondringens kontingens og processernes iterative karakter (jf. Akrich et. al. 2002a, 2002b).

(Akrich et. al. 2002a). Tæt knyttet til denne forståelse af forholdet mellem teknologi og kontekst forudsætter diffusionsmodellen, at arbejdet med at udvikle teknologiens karakteristika (og eventuelt videreudvikle den) udføres af en snæver kreds af aktører, som udgøres af de designere, der er ansvarlige for projektet (Akrich et. al. 2002b).

Oversættelsesmodellen:

Den ANT'ske oversættelsesmodel står på nærmest alle punkter i kontrast til diffusionsmodellen. Her ses spredningsprocessen således ikke som en funktion af det afsendtes oprindelige indhold (eller af nogle egenskaber ved afsenderen). Ifølge modellen er der ikke nogle essentielle egenskaber, som definerer idéer og teknologier med hensyn til deres sandhedsværdi, effektivitet eller kraft – det afgørende er den måde, hvorpå de forbindes med andre påstande, entiteter og begivenheder[31], og denne associeringsaktivitet er ikke forbeholdt teknologiens designere alene. Som Latour (1987: 29) formulerer det: "…*the fate of what we say and make is in later users' hands*". For at opnå udbredelse er idéer og objekter således hele tiden afhængige af, at der er nogle aktører, som fatter interesse for dem og holder dem i live ved at adoptere dem eller få andre til at adoptere dem. I denne proces vil idéer og objekter som regel blive transformeret, fordi de aktører, der tager dem til sig, udvikler og modificerer dem på forskellige måder: "…since the token is in everyone's hands, everyone shapes it according to their different projects" (Latour 1986: 268)[32]. Disse transformationer vil ofte være nødvendige, eftersom det er lettere at udbrede en teknologi, hvis der i udviklings- og spredningsprocessen efterlades rum for forhandling om dens karakteristika og brug (Latour 1987: 208). Men det betyder også, at aktører, som søger at udvikle og udbrede idéer og teknologier – og som samtidigt ønsker at sikre disse imod uacceptable transformationer – står over for en stor udfordring, der som skitseret ovenfor kræver hårdt arbejde på flere forskellige fronter. I den forbindelse går kritikken af diffusionsmodellen på, at denne model overser alt det arbejde, der

[31] Her ses et af de karakteristiske – og mere kontroversielle – kendetegn ved ANT, den semiotisk inspirerede relationisme.

[32] Nogle af disse ofte citerede passager fra Latour (1986) og (1987) kan isoleret set forveksles med en form for social konstruktivisme, hvor de menneskelige aktører tildeles al agens på bekostning af ting, tal og tekster, som kan fortolkes og behandles efter forgodtbefindende. Derfor skal det her pointeres, at dette er en position, som ANT generelt distancerer sig fra. Som Latour også har anført, så er det interessante ved de tekno-videnskabelige aktiviteter og deres produkter nemlig, at de *kan* medvirke til at forandre menneskers opfattelser og adfærd ("The practices I am interested in would be pointless if they did not bear on certain controversies and force dissenters into believing new facts and behaving in new ways.", Latour 1990: 25) og Latour opfatter eksplicit denne pointe som en korrektion til socialkonstruktivismens (overdrevent) stærke fokus på objekters fortolkningsmæssige fleksibilitet ("Although *in principle* any interpretation can be opposed to any text and image, *in practice* this is far from being the case", Latour 1990: 42). ANTs begreb om handlingsprogrammer (se nedenfor) er i overensstemmelse hermed, da det indikerer, at ikke-mennesker rummer "noget", som kan være med til at påvirke begivenhedernes gang.

skal til for at gøre andre aktører og steder modtagelige over for "X" (fordi diffusionsmodellen antager at steder og brugere er ens, og at teknologien vil sprede sig på sine kvaliteter alene, jf. Akrich et. al. 2002b). Hvis de idéer og teknologier, der udgår fra et laboratorium, et ministerium eller en fabrik, skal adopteres af andre aktører og derigennem få succes med at forandre verden, er det nemlig ofte nødvendigt at forberede verden på disse idéer og teknologier. Derfor kan man ikke sige, at det alene er produktets succesfulde spredning, der forandrer verden – verden skal også forandres, for at produktet kan få succes. Dermed bliver teknologi og samfund til interrelaterede fænomener, der produceres simultant. Latour giver et eksempel på denne *koproduktion* af fakta, teknologi og samfund i sin beskrivelse af Pasteurs forsøg på at finde en kur mod miltbrand. Efter at have fået adgang[33] til nogle af de franske landmænds gårde samlede han her miltbrandbaciller og bragte dem med sig tilbage til laboratoriet. Her fik de lov til at formere sig i isolation i så stort et antal, at de blev synlige. Dette gjorde det muligt at eksperimentere med bacillen i laboratoriet, hvilket bidrog væsentligt til udviklingen af en vaccine mod sygdommen. Men kunne Pasteur nu blot dele vaccinen ud til landmændene og regne med at den virkede, spørger Latour? Nej, for at vaccinen kunne virke, krævede det, at landmændenes gårde og de aktiviteter, som fandt sted der, blev forandret, så de i højere grad kom til at ligne forholdene i Pasteurs laboratorium (Latour 1983: 150-51, 166). Dette skete bl.a. ved, at man på gårdene indførte hygiejneorienterede standardprocedurer. Videncenteret forøger altså den universelle gyldighed af sin viden ved at forandre verden i sit eget billede gennem standardiseringsprocesser. Udover at denne pointe om koproduktionen af viden/teknologi og samfund er interessant som et bidrag til studiet af innovations- og spredningsproceser, så har den ifølge ANT også væsentlige implikationer for sociologisk teori, idet observationen fremføres som et argument for at omgå den klassiske debat i sociologien, om hvordan man skal håndtere forholdet mellem "mikroniveauet" for menneskelige interaktioner og "makroniveauet/konteksten", som strukturerer/"framer" disse interaktioner. Hvis der ikke er nogen stabil social kontekst, som påvirker aktørerne udefra, eftersom aktørerne hele tiden ændrer samfundet, mens de udvikler teknologi og viden, så giver det for ANT ikke megen mening at holde fast i forestillingerne om mikro og makro som et udgangspunkt for en løbende kontrovers om forholdet mellem disse.

[33] Denne adgang fik han ved at positionere sit laboratorium på en måde så landmændene blev interesserede i projektet, og kom til at opfatte laboratoriet som et obligatorisk passagepunkt, de var nødt til at gå igennem, hvis de ville redde deres kvæg (jf. ovenstående beskrivelse af translationsprocesser).

2.3. Ikke-mennesker som aktører/aktanter

Samtidigt med at man har udviklet et begrebsapparat til studiet af tekno-videnskabelige oversættelsesforløb, har man inden for ANT beskæftiget sig meget med, hvordan man kan artikulere ikke-menneskers rolle i disse oversættelsesprocesser. Hvor man i sociologien normalt har opfattet en aktør som værende et handlende individ eller et handlende kollektiv af individer – så udvides aktørbegrebet i ANT (med inspiration fra semiotikken) til ikke kun at omfatte mennesker, men alt som kan siges at gøre en forskel i forhold til begivenhedernes gang. Den semiotiske betegnelse for en sådan entitet er en *aktant* – noget som tildeles en rolle[34]. Udvidelsen af den semiotiske tankegang til at gælde materien er et særligt kendetegn ved ANT, hvilket kommer til udtryk i de (kontroversielle) beskrivelser af mikrober, muslinger og diverse teknologier. Med hensyn til studiet af teknologi er ANT karakteriseret ved en stærk interesse i at udforske teknologiens rolle i ordensskabende processer (dvs. på hvordan teknologi kan være med at disciplinere aktørerne i et netværk, som derved opnår stabilitet) sammenlignet med traditionelle sociologiske analyser.

Ifølge Latour (1991, 1996, Callon & Latour 1981) har sociologien begået den fejl, at den har marginaliseret teknologien og primært fokuseret på relationer mellem mennesker som det definerende træk ved "det sociale". For ANT-teoretikerne kan denne a priori sondring mellem det tekniske og det sociale dog ikke holde for et nærmere eftersyn. Hvis man kigger efter, vil man nemlig se, at det sociale er fyldt med teknologi. Uden teknologien kunne mennesket ikke have udviklet sig ud over den form for interaktion, som man finder blandt aber (Ibid.). Samtidigt hævdes det også, at det teknologiske er gennemsyret af det sociale i en grad, så disse størrelser faktisk ikke kan skilles ad ved teknologiske projekters begyndelse. I det omfang det er muligt, er dette en effekt af oversættelsesprocesserne.

I forbindelse med forsøget på at "bringe tingene ind i sociologien" indføres et semiotisk inspireret vokabularium, som kan bruges til at beskrive relationerne mellem designere, teknologien og dens brugere uden at forfalde til hverken teknologisk eller sociologisk determinisme (Akrich 1992, Akrich & Latour 1992, Latour 1992b)[35]. Kort fortalt er antagelsen, at teknologi rummer bestemte

[34] Der veksles i ANT-teksterne på en inkonsekvent måde mellem begreberne aktør og aktant. Desuden bruges ofte betegnelsen "humane og ikke-humane aktører", hvilket indikerer en skelnen mellem mennesker og ikke-mennesker, som kan forekomme inkonsekvent i forhold til ANTs programerklæringer om at nedbryde netop en sådan ontologisk distinktion.

[35] *Teknologisk determinisme* refererer til forestillingen om at teknologien har en indre logik, som determinerer udformningen af samfundet. *Sociologisk determinisme* findes i forskellige varianter af social konstruktivisme. Her ses teknologi, som en tom tavle, der skal fortolkes og tilskrives betydning af mennesker og/eller som et magtpolitisk instrument. Teknologien tilskrives ikke agens som sådan, men antages at absorbere og reflektere allerede eksisterende

handlingsprogrammer eller *scripts*, som skitserer, hvem eller hvad der er de relevante elementer i en given sammenhæng, og hvad deres rolle består i. Det er op til forskeren at studere de handlingsprogrammer, som teknologiske projekter og deres produkter (teknologien) rummer, og den måde som de interagerer med deres brugere på. Et klassisk og illustrativt eksempel fra ANT-litteraturen er fortællingen om hotelbestyreren, som ønsker at få sine gæster til at efterlade deres værelsesnøgler i receptionen, når de forlader hotellet (se Latour 1991). Bestyreren forsøger i første omgang at nå sit mål ved at bede gæsterne personligt om at aflevere nøglerne. Da dette ikke giver det store udbytte, sætter han i næste omgang et skilt op, som fortæller gæsterne om hans ønske. Selv om en del af gæsterne på dette tidspunkt begynder at følge bestyrerens opfordringer, så er der stadig en stor del af dem, der fortsat ikke afleverer deres nøgler – dvs. de udviser med Latours terminologi en *anti-programmatisk adfærd*. For at få de resterende gæster indrulleret i sit handlingsprogram, allierer bestyreren sig med en række små tunge metalstykker, som forbindes med nøglerne. Idet nøglen nu er besværlig for gæsterne at bære rundt på, afleverer de fleste af dem nu gladelig deres nøgle i receptionen. Den nye materielle aktant disciplinerer dermed de fleste af gæsterne (men ikke alle) til at gøre noget, som bestyreren ikke kunne få dem til ved at appellere til dem med verbale eller skriftlige henvendelser om at efterleve hotellets regler.

---

sociale, kulturelle og politiske betydninger og intentioner – jf. Timmermans & Berg (2003b), som beskriver og kritiserer forskellige deterministiske perspektiver på teknologi og forslår en mere ANT-inspireret tilgang, som alternativ hertil.

2.4. ANTs metodologi

Introduktionen af det semiotiske begrebsapparat er tæt knyttet til et af de centrale metodologiske principper i ANT, nemlig det at de forskellige elementer i et socio-teknisk netværk skal beskrives i *symmetriske termer*, dvs. med samme begrebsapparat. Det er derfor, man f.eks. kan finde beskrivelser af, hvordan en gruppe havbiologer søger at alliere sig med både fiskere og kammuslinger (Callon 1986a). Formålet med dette såkaldt generaliserede symmetriprincip er at styre uden om modernitetens mange dualismer (eks. natur og teknologi vs. samfund og socialitet), der ifølge ANT skygger for en forståelse af fænomenernes hybride karakter. Et andet metodologisk princip, som ligger i tæt forlængelse heraf er, at man som ANT-forsker skal tilsidesætte alle a priori distinktioner mellem det naturlige og det sociale og mellem det tekniske og det politiske. For i undersøgelsen af kontroverser mellem aktører er det netop disse grænser, som er genstand for diskussion. Det er udfaldet af kontroverser, der bestemmer, hvordan verden ser ud – ikke omvendt (Latour 1987). Det interessante er således, hvordan aktørerne konstruerer den verden, som de/vi lever i. Derfor skal "forskerobservatøren" *følge aktørerne*, mens de konstruerer verden og indgår i kontroverser med andre aktører. De kategorier og entiteter (og forholdet mellem dem), som benyttes i ANT-observatørens beskrivelse, skal være nogle, der er genstand for aktørernes diskussioner. Man skal derfor ikke trække et allerede eksisterende kausalteoretisk perspektiv ned over aktørerne og deres handlinger (Callon 1986). Der antages ikke at være nogen kræfter, som styrer aktørerne uden deres vidende, og som kun forskeren kan se[36]:

"…actors know what they do and we have to learn from them not only what they do, but how and why they do it. It is *us*, the social scientists who lack knowledge of what they do, and not *they* who are missing the explanation of why they are unwittingly being manipulated by forces exterior to themselves and known to the social scientist's powerful gaze and methods". (Latour 1999b: 19)

Et sidste og grundlæggende princip er, at forskeren – mens aktørerne indgår i oversættelsesprocesser præget af kontroverser – skal forholde sig *agnostisk* til de forskellige påstande, som parterne fremkommer med og lade alle aktører komme til orde, hvad enten de taler om "naturlige" eller "sociale" fænomener. For ligesom forskellige eksperters udtalelser om naturvidenskabelige forhold ikke evalueres af sociologen, så bør man heller ikke evaluere deres udtalelser om samfundsforhold. Der er nemlig mindst lige så mange divergerende opfattelser inden for samfundsvidenskaberne som inden for naturvidenskaberne. Generelt er ANTs anti-reduktionistiske metodologi rettet både mod den traditionelle videnskabsfilosofis tendens til at

[36] Psykologiske og sociologiske forklaringsbegreber som underbevidsthed, falsk bevidsthed, det sociale systems logik etc. spiller normalt ingen rolle i ANT-analyser, medmindre aktørerne selv artikulerer sådanne forestillinger på en eller anden måde.

forklare videnskabelige kendsgerningers status med henvisning til Naturen, men også mod ”sociologismen” i visse dele af samfundsvidenskaben, dvs. forsøgene på at forklare udviklingen og udbredelsen af videnskabelig viden alene ved at fokusere på sociale faktorer som økonomiske og politiske interesser (Latour 1992b, Latour 1999a).

2.5. Kritikken af ANT

Samtidigt med at forskere inden for flere og flere forskningsområder har taget ANT til sig, er ANT også blevet udsat for kritik fra flere forskellige sider. I det følgende vil jeg fremhæve og kommentere (på) udvalgte dele af denne kritik[37].

2.5.1. Aktører og symmetri

Mens ANT bl.a. blev vel modtaget i den skandinaviske organisationsforskning på grund af den aktive rolle, som ANT (Latour 1986, Latour 1987) tildeler de menneskelige aktører i forbindelse med institutionaliseringen eller de-institutionaliseringen af nye idéer og teknologier, så har flere iagttagere modsat kritiseret den klassiske ANT for at fremstille de menneskelige aktører som overdrevent Machiavelli-agtige entreprenører, der strategisk smeder alliancer på kryds og tværs for at nå deres mål (eksempelvis Knorr-Cetina 1985). Nogle mener i den forbindelse, at ANT dermed ikke altid overholder sine egne spilleregler, hvad angår symmetriprincippet, eftersom de menneskelige aktører ofte tilskrives en (overdreven) høj grad af intentionalitet og formålsorientering (Knorr-Cetina 1985, Svenningsen 2004: 61). Flere af de centrale skikkelser i ANT-teksterne (eksempelvis Pasteur eller den anonyme hotelbestyrer) lader således til at have meget stabile mål, som de forfølger med stor ihærdighed.

I forlængelse af denne type kritik har forskere med tilknytning til den symbolske interaktionisme peget på, at de klassiske ANT-tekster ofte beskriver oversættelsesprocesserne fra én enkelt entreprenøragtig aktørs perspektiv[38]. Denne tendens til, hvad man kunne kalde for "entreprenør-favorisering", medvirker ifølge kritikerne til at producere asymmetriske beskrivelser af oversættelsesprocesserne, hvor man overser, at der ofte er mange aktører, der udøver oversættelsesarbejde samtidigt (Star & Griesemer 1989), og at innovatorens mål, interesser og handlinger ofte influeres af disse andre aktører[39]. Samtidig risikerer man med denne tilgang at overse de (marginaliserede) aktører, som ikke formår at gøre deres indflydelse gældende i oversættelsesprocesserne, men som alligevel påvirkes af dem (Star 1991).

---

[37] Der findes flere andre tekster, som også opsummerer kritikken af ANT, f.eks.: Maclean & Hassard (2004), Svenningsen (2004: 60-64), Sismondo (2004: 70-74), Zammito (2004: 183-205). Dette afsnit er struktureret med inspiration fra Maclean & Hassard (2004).

[38] "primum movens" som Callon (1986a: 203) benævner de videnskabelige initiativtagere i sin fortælling.

[39] Problemet med at opretholde symmetrien er til at få øje på, når Latour (1983: 144) f.eks. skriver: "…it is useless to look for the profit that people can reap from being interested in Pasteur's laboratory. Their interests are a consequence and not a cause of Pasteur's efforts to translate what they want and what he makes them want. They have no a priori reason to be interested at all, but Pasteur has found them more than one reason". I et senere værk om samme emne er denne ensidige position dog i høj grad forladt (Latour 1988).

Det ANT'ske svar på anklagerne om machiavellisme har især bestået i at gøre opmærksom på, at ANT ikke skal læses som en generel teori om den menneskelige aktør og dennes universelle egenskaber (Latour 1999b). Pointen i ANT er nemlig, at en sådan teori ikke er mulig, eftersom "aktøren" ikke er universel og uforanderlig, men varierer i takt med ændringer i netværkskonstellationerne (Callon 1991: 153-54). Intentionalitet og strategisk kapabilitet konceptualiseres derfor som effekter af associationer mellem mennesker og ikke-mennesker og ikke som noget, der alene kan tilskrives menneskelige isolerede entiteter.
Den særlige artikulation af ikke-mennesker (jf. forrige kapitel), som indgår i denne analytiske bevægelse, der distribuerer egenskaber og kapabiliteter til et heterogent kollektiv, afføder dog samtidigt en spejlvendt kritik af ANT i forhold til den ovenfor præsenterede. Her bliver ANT kritiseret for ikke at tillægge den menneskelige aktør en særlig form for intentionalitet og subjektivitet (fordi ANT transformerer subjektet til en netværkseffekt) og for at promovere en uacceptabel metafysisk sidestilling mellem mennesker og ikke-mennesker eller mellem organiske og uorganiske fænomener. For flere iagttagere er det således absurd at tale om mennesker og ting med det samme symmetriske vokabularium[40]. Også visse forskere med stor sympati for ANTs posthumanistiske tilgang har udtrykt skepsis over for ANT på dette punkt . F.eks. kan man ifølge Pickering (1993) ikke forstå den videnskabelige praksis uden at tilegne sig en vis form for forståelse af de menneskelige aktørers intentioner. En sådan forståelse er ikke påkrævet, hvad angår tingene, eftersom disse ikke løbende konstruerer nye målsætninger, på samme måde som mennesker. Derfor mener Pickering ikke, at det er brugbart at arbejde med en komplet symmetri.

ANTs talsmænd har bl.a. besvaret denne type kritik ved at hævde, at symmetridoktrinen i ANT ikke udtrykker en metafysisk position. I stedet er der tale om en metodologisk position, som indebærer, at man indledningsvist forholder sig afventende og nysgerrigt til spørgsmålet om agens, da dette kan give anledning til nye interessante iagttagelser (Law & Callon 1995: 483, Callon 2001: 65, Latour 2005: 76). Samtidigt påpeges det, at mange mennesker (inkl. ingeniører og naturvidenskabelige forskere) tilskriver agens til de ikke-mennesker, de omgås, og at dette ofte giver god mening, eftersom disse ikke-mennesker gør en forskel i de specifikke handlingsforløb de indgår i (Latour 1996: 60-61, Latour 2005: 71-76). Endelig hævder ANT, at det ikke er isolerede

[40] Se den interessante og berømte/berygtede "Chicken-debat" mellem videnskabssociologerne Collins & Yearley (1992) på den ene side og Callon & Latour (1992) på den anden. Se også Amsterdamska (1990: 500).

entiteter (menneskelige eller ikke-menneskelige), der er interessante, men de mange forskelligartede og vekslende relationer mellem disse.

Diskussionen om aktørernes ontologiske status forekommer en anelse abstrakt i relation til udøvelsen af empiriske analyser af organiseringsprocesser. Her må det være et empirisk spørgsmål (som så mange andre ting i en ANT-analyse), i hvilket omfang aktørerne artikulerer deres mål, med hvilken intensitet de forfølger disse, og hvor stabile de viser sig at være. Man bør således ikke antage, at de scenario-producerende aktører opererer med entydigt prioriterede målsætninger, og at de nødvendigvis vil forfølge disse med samme ihærdighed som de tekno-videnskabelige aktører, der optræder i ANT-teksterne. Omvendt bør man dog ikke udelukke en vis stabilitet på dette punkt. I forlængelse heraf er jeg enig med Bruun & Hukkinen (2003: 104) i, at et af de interessante aspekter ved ANT er, at intentioner tillades at spille en rolle, men at dette sker med den afgørende tilføjelse, at handling altid knytter sig til interventioner, der drejer sig om at forbinde forskellige entiteter. Og i forbindelse med denne intervenerende aktivitet vil der ofte indtræde mere eller mindre markante forskydninger af de forskellige aktørers mål og midler.

Hvad angår kritikken vedrørende entreprenør-favorisering eller elitisme har denne en mindre abstrakt karakter, som det synes mere presserende at forholde sig til i relation til studier af nærværende type, eftersom det er korrekt, at flere af de klassiske ANT-tekster har en tendens til at følge videns- og teknologiudviklerne i højere grad end andre aktører, og dermed også til at privilegere udviklernes beskrivelser af begivenhederne. Dette skyldes nok, dels at den oprindelige erkendelsesmæssige interesse for innovationsprocesser tenderer til at sætte innovatorerne i centrum, dels at netop disse aktører ofte vil efterlade sig mere synlige spor i form af artikler, rapporter, mødereferater etc. Det sidste er primært et metodisk problem, og generelt set mener jeg ikke, at ANT teoretisk set rummer elementer, der eksplicit fordrer et ensidigt fokus på bestemte aktører. Hvis jeg endelig skal pege på en mere teori-relateret årsag til den begrænsede multi-vokalitet i dele af den klassiske ANT-litteratur, kunne det være, at den stærke form for symmetrisme implicerer beskrivelser, der udover at se på de indledende problematiseringer alene koncentrerer sig om de forskellige aktørers *adfærd* i relation til disse problematiseringer. Dette sker på bekostning af et mere forståelsesorienteret perspektiv, der sætter fokus på de menneskelige aktørers meningsskabelse (situationsopfattelser, forventninger og forhåbninger) og disses betydning for oversættelsesprocessernes forløb. I Callon (1986a) hører vi således ikke noget om, hvordan fiskerne opfatter biologernes forskningsprojekt, for ifølge Callon (Ibid.: 215) er det væsentlige i translationsanalysen at se på, hvad aktanterne gør: Lader de udpegede repræsentanter sig indrullere,

og følger de repræsenterede deres repræsentanter eller ej?. De ellers tavse fiskere træder derfor kun frem på scenen som aktører sidst i fortællingen, da nogle af dem handler i uoverensstemmelse med biologernes handlingsprogram og tømmer de opsatte fangstanordninger for deres indhold. Dette er den eneste grund til, at de tildeles eksistens i teksten, selv om man sagtens kunne forestille sig andre og mere diskursive former for tilstedeværelse. Dette sker dog ikke, og denne nivellering af de menneskelige og de ikke-menneskelige aktørers artikulationsmuligheder ser ud til at være den pris, som Callon i denne tekst betaler for sin version af et stærkt symmetriprincip ved behandlingen af de indrullerede aktører. Så selv om jeg er enig med Callon i, at det er helt afgørende at fokusere på aktørernes adfærd i forbindelse med oversættelsesprocesser, så forekommer det dog ikke særligt frugtbart for en dyberegående forståelse af organiseringsprocesser at udelukke de mange forskellige opfattelser og perspektiver blandt de mennesker, som søges indrulleret. Derfor skal det her bemærkes, at der i flere af de senere ANT-inspirerede undersøgelser er et noget stærkere fokus på de menneskelige aktørers opfattelser af de tekno-videnskabelige oversættelsesprocesser, de deltager i (uden at dette dog involverer mobiliseringen af hele det fænomenologiske begrebsapparat). Nogle af Latours tekster (1988, 1991, 1996) synes f.eks. at anerkende det produktive i en sådan tilgang[41]. Som Latour (1991) skriver – i en artikel, der ellers også er præget af et stærkt fokus på adfærd – så kan en undersøgelse af, hvad oversætteren siger om aktørerne, og af hvad de selv siger om sig selv og andre, fortælle noget om disse aktørers villighed til at spille de roller, som skrives til dem. På denne måde kan man tegne konturerne af den aktuelle konvergens mellem de forskellige aktørers oversættelser, hvilket kan give en indikation af "de fremtidige forhandlingers kompleksitet" (Ibid: 127, min oversættelse). Denne tilgang (som er den, der bliver praktiseret i denne afhandling) har en del tilfælles med den symbolske interaktionismes fokus på forskellige aktørers "definitioner af situationen"[42].

Hvad angår symmetriprincippet, finder jeg det derfor ikke så interessant i sin strengeste udgave, selv om det bestemt kan fungere som en inspiration i det empiriske arbejde. Her kan man løbende vurdere dets meningsfuldhed i konkrete tilfælde, bl.a. under hensyntagen til aktørernes egne tilskrivninger af agens til forskellige entiteter, og vurdere dets relevans med blik for balancen

[41] I forbindelse med spørgsmålet om hvorfor Pasteurs innovationer modtages forskelligt af forskellige aktører, skriver Latour (1988: 114) f.eks.: "Those who 'accepted' it and those who 'rejected' it are both agents of that society and in order to understand their movement we must neither admire them nor blame them but seek to understand the principle of their activity from within". Og Latour (1996) – hvor man følger udviklingen og afviklingen af et offentligt transportsystem kaldet "ARAMIS" – er fyldt med de involverede personers udsagn om det teknologiske projekt. Det skal dog tilføjes at symmetriprincippet her udøves på en ny måde, idet interviewpersonernes og forskernes udsagn suppleres med ARAMIS' "egne" kommentarer til forløbet(!).

[42] Udtrykket stammer oprindeligt fra Thomas (1923).

mellem a) asymmetriske beskrivelser, der ignorer den aktive rolle, som ikke-mennesker kan spille og b) strengt symmetriske beskrivelser, der grænser til det absurde (jf. Maclean & Hassard 2004)[43].

2.5.2. Spørgsmålet om strukturer og det præ-eksisterendes rolle

Aktør-netværksteorien er ofte blevet kritiseret for ikke at kunne/ville håndtere betydningen af eksisterende makro-strukturer i forbindelse med de specifikke oversættelsesprocesser, der beskrives i ANT-litteraturen. Lines et. al. (2004) mener f.eks., at ANT mangler blik for den institutionelle kontekst som oversættelsesprocesserne udspiller sig i, og mener, at institutionel teori kan supplere ANT på dette punkt[44].

Sådanne ræsonnementer vækker både undren og skepsis blandt ANT-forfatterne, som mener at have destabiliseret selve præmissen for denne form for kritik. Allerede i 1981 argumenterede Callon & Latour således for en omgåelse af sociologiens dualistiske mikro-makro debatter til fordel for en mere empirisk tilgang, hvor man i stedet for at tage strukturer og deres betydning for givet koncentrerer sig om at undersøge, hvordan makro-aktører/institutioner bliver til (Callon & Latour 1981). Sådanne analyser af skabelsesprocesser gør det nemlig klart, at "mikro" og "makro" ikke er to forskellige ontologiske niveauer/sfærer, men alene konstitueres af gradforskelle i omfanget og holdbarheden af emergerende heterogene netværk. Generelt søger man derfor i ANT at omgå den traditionelle sociologiske dualisme og i stedet transformere spørgsmålet om makro og mikro fra et teoretisk til et praktisk empirisk spørgsmål. ANTs strategi kan her siges at være, at de aktanter/aktører, som er relevante, nok skal vise sig i løbet af oversættelsesprocessen – ellers er de ikke relevante. Ifølge ANT bør man ikke tilskrive agens til noget, som der ikke er nogen aktører, der refererer til, eller som man ikke på en eller anden måde kan demonstrere gør en forskel for begivenhedernes gang[45]. Det er denne tilgang, som søges praktiseret i nærværende afhandling. ANTs position på dette område forekommer nemlig på mange måder både rimelig og frugtbar, så længe man ikke afviser eksistensen og betydningen af allerede stabiliserede identiteter og entiteter af varierende størrelse. Dette er generelt heller ikke tilfældet[46].

---

[43] Som Simondo (2004: 72) gør opmærksom på, så tenderer mange ANT-inspirerede analyser til at privilegere de menneskelige aktører, hvilket han tilskriver at "[h]umans appear to have richer repertoires of strategies and goals than do non-humans, and so make more interesting subjects of study." Lidt det samme er de Vries (1995) inde på.

[44] Andre referencer til denne form for kritik findes i Maclean & Hassard (2004: 507-508).

[45] I så fald bedriver man konspirationsteori og ikke social-teori, som Latour (2005: 53) karakteristisk formulerer det.

[46] Callon (1986b: 24) kan dog synes at komme tæt på en sådan position, hvorimod Callon selv i senere artikel om netværks irreversibilitet anfører, at tidligere translationsprocesser kan spille en vigtig rolle for efterfølgende begivenheder (Callon 1991: 143). Og rent logisk må man da også antage, at der findes nogle allerede eksisterende netværk, som f.eks. spiller en vigtig rolle, med hensyn til hvem der har den letteste adgang til hvilke ressourcer: Hvis de

Men selv om ANT ikke benægter eksistensen af eksisterende institutioner mm., så var ANT-forskerne fra begyndelsen ikke specielt interesserede i at tildele nogen særlig analytisk status til – eller på forhånd gøre sig særlige overvejelser om – hvilke "strukturer" eller interesser, der allerede findes og gør sig gældende i forbindelse med bestemte oversættelsesprocesser[47]. Det er sandsynligvis denne tilgang, som har fået også forskere med stor sympati for ANT (som ligeledes ønsker at undgå at forklare oversættelsesprocesser med henvisning til en stabil "strukturel kontekst") til kritisere den klassiske ANT for at forsømme at inddrage betydningen af præ-eksisterende organisatoriske netværk i de empiriske analyser (Timmermans & Berg 1997).
Som påpeget af Nielsen (2005: 154), så gør en ANT-inspireret forsker som Marc Berg opmærksom på, hvordan sundhedsfaglige praksisser er "præ-strukturerede" på måder som henholdsvis smidiggør eller vanskeliggør introduktionen af nye rationaliseringsteknologier (se Berg 1997: 97)[48]. Dette er et forhold, som, jeg mener, er meget væsentligt for forståelsen af de processer, der udspiller sig i forbindelse med forsøg på at udbrede og forankre kliniske databaser i speciallægepraksis. Analytisk kan denne pointe dog ikke siges at være inkompatibel med den klassiske ANT. Således gør Latour (1988) sig flere overvejelser om, hvorfor diverse grupperinger i det franske samfund reagerer forskelligt med hensyn til at adoptere Pasteurs innovationer – overvejelser som refererer til gruppernes forskellige situationer (målsætninger, interesser, ressourcer) på det tidspunkt, hvor Pasteur og hans laboratorium træder ind på scenen.

2.5.3. Metode og metodologi

En af ANTs metodiske kernedoktriner er som nævnt, at ANT-forskeren skal følge aktørerne i deres bestræbelser på at konstruere nye aktør-netværk. Til dette er det oplagt at stille en række kritiske spørgsmål, som bl.a. Miller (1996) gør det: Hvem bestemmer, hvem aktørerne er? Hvordan beslutter man, hvor man skal starte? Hvordan beslutter man, hvilke af de mange mulige

---

aktører, man følger i ANT-studierne, kan opbygge stabile netværk, som dirigerer og sætter begrænsninger for andre aktørers adfærd, så må der jo allerede på det tidspunkt, hvor ANT-historierne begynder, være andre aktører, som tidligere har skabt sådanne netværk. Latour (1987) påpeger også, at eksisterende blackbokse kan udgøre en ressource for nye innovationsprocesser, og vælger i sin bog om Pasteur at skitsere "the backdrop against which the whole Pasteurian drama unfolds" på trods af, at han principielt ikke finder dette strengt nødvendigt (Latour 1988).

[47] Jf. Callon & Law (1982: 622): "In particular, we are concerned with the manipulation and transformation of interests, since we see all social interests as temporarily stabilized outcomes of previous processes of enrolment. Though it may be that for any particular study this process can only be traced so far before a 'backcloth' of prior interests has to be taken for granted, our aim would be to avoid attributing any special status to that backcloth".

[48] Denne pointe fremføres på trods af, at Berg er meget optaget af at vise (i overensstemmelse med ANT), at implementering af ny teknologi ikke så meget er et spørgsmål om, hvorvidt teknologiens design på forhånd passer til praksis, men at der sker transformationer af begge i processen.

menneskelige og ikke-menneskelige aktører, der skal tildeles en plads i beskrivelserne? Denne type spørgsmål indikerer at det ikke er så enkelt at "følge aktørerne", som det umiddelbart lyder. Forskeren er således nødt til at træffe en lang række valg i løbet af forskningsprocessen – valg, som (medmindre de er helt arbitrære) må bero på visse antagelser om den virkelighed, der studeres[49]. Dermed ser forskeren ud til at komme på kant med dogmerne om agnosticisme og tilsidesættelse af alle ontologiske forhåndsantagelser. I praksis bliver der således ikke tale om at ANT-forskeren kan transformere sig til en fuldstændig "tom tavle". Som anført af bl.a. Zamitto (2004: 201-202) er det ikke muligt at aflære alt hvad vi ved, at åbne alle "black bokse" samtidigt eller at tænke uden at trække skel med brug af nogle af vores eksisterende vidensressourcer. Dette betyder dog ikke, at man ikke kan søge at operere med relativt få antagelser om den socio-teknologiske verden, man som forsker begiver sig ud i, med det formål at gøre sig mere påvirkelig over for den mængde af mere eller mindre velartikulerede aktanter, der findes her. Hvordan man præcis gør dette, og hvilke aktanter man her vælger at prioritere, er selvfølgelig et spørgsmål, som må afgøres i samspil med den måde, man har "indrammet" sit forskningsprojekt på, hvad angår forskningsinteresser og målgrupper.

2.5.4. Ontologi: Den kontroversielle bevægelse fra videnskabelse til verdensskabelse

"Scientific activity is not 'about nature,' it is a fierce fight to *construct* reality". (Latour & Woolgar 1979: 243)

"…'did ferments exist before Pasteur made them up?' There is no avoiding the answer: 'No, they did not exist before he came along'" (Latour 1999a: 145)

Af de mest toneangivende ANT-forfattere er det især Latour, som har forsøgt at udvikle og præcisere den særlige ANT'ske metafysik (se især Latour & Woolgar 1986, Latour 1999a, Latour 2000). Latours filosofi udfolder sig som et omfattende opgør med både moderne og postmoderne virkelighedsopfattelser/beskrivelser. Der er tale om et forsøg på at artikulere en a-moderne filosofi, som nedbryder det klassiske skel mellem epistemologi og ontologi og bevæger sig hinsides både traditionelle realistiske og relativistiske filosofiske positioner. Et af dens mest kontroversielle træk er hævdelsen af virkeligheden (inkl. den virkelighed som naturvidenskaben beskæftiger sig med) som noget, der konstrueres/performes i heterogene netværk. Ikke dermed sagt at de objekter og fænomener, som videnskaberne angiver som virkelige, ikke eksisterer. Men Latour mener ikke, man

[49] Som Maclean og Hassard (2004: 504) formulerer det:
"Even if the observer is encouraged to be 'agnostic', to make long lists, and to avoid stipulating his or her own authority, the process of selecting between actors in terms of relevance relies on assumptions concerning what is 'out there' and how it can be communicated."

bør antage, at de altid har eksisteret og blot er blevet opdaget af videnskaben. For Latour er de nemlig et produkt af hårdt arbejde i – og uden for – laboratoriet. Et arbejde som består i at udskille, isolere, afprøve, kategorisere og transformere materie og i at udvide de eksistensbetingelser, som findes i laboratorierne.

Denne eksistensfilosofi har været udsat for en del kritik fra flere forskellige sider, og i den forbindelse er det væsentligt først at notere sig den tvetydighed, som karakteriserer ANT på dette punkt (jf. Sismondo 2004: 72-73): På den ene side kan man læse en form for realisme i ANT, eftersom ANT tildeler ikke-humane aktører en aktiv rolle i de videnskabelige og teknologiske oversættelsesprocesser. I ANT kan ikke-humane entiteter således yde modstand i oversættelsesprocesserne, og i denne konceptualisering synes umiddelbart at ligge en antagelse om, at disse entiteter dermed eksisterer, før de tekno-videnskabelige aktører søger at indrullere dem i deres netværk (Ibid.). Hvor dette aspekt ved ANT (for mig) fremstår som et godt korrektiv til de former for socialkonstruktivisme, som ikke tillader ikke-mennesker at spille en rolle i de sociologiske analyser, så har det fået nogle socialkonstruktivister til at beskylde ANT for at falde tilbage til en traditionel form realisme (Collins & Yearly 1992).

Selv om man altså ikke bør forveksle ANT med skepticisme, idealisme eller forskellige former for social konstruktivisme, så er ANTs position på den anden side også blevet kritiseret for ikke at være realistisk nok. For selv om Latour pointerer, at vi antager et objekts eksistens, når "noget" i de videnskabelige og teknologiske aktørers omgang med verden yder modstand, så hævder Latour samtidigt, at et sådant objekt er en effekt af menneskers og apparaturers interventioner i verden (jf. Zamittos 2004: 188). Man skal her huske på, at ANTs ontologi er relationel og kapabilitetsorienteret: Det er kun gennem interaktion med "noget", at vi kan artikulere, hvad dette "noget" er i stand til, dvs. hvilke egenskaber vi kan tilskrive det (når det indgår i bestemte relationer). Og da det samtidigt er disse egenskaber, der i ANT definerer et fænomens eksistens, så emergerer objektet i interaktionen. Dette er en markant konstruktivistisk position, hvortil det synes oplagt at stille spørgsmålet: Hvis entiteter først opnår eksistens som følge af tekno-videnskabelig netværksaktivitet, havde de så ingen egenskaber og indflydelse, før disse praksisser satte dem i verden? Spørgsmålet om, i hvilket omfang tekno-videnskabelige praksisser konstituerer deres objekter, er selvfølgelig ikke ukendt inden for naturvidenskaben (jf. partikel-bølge-fænomenet og de videnskabsteoretiske diskussioner, som det har givet anledning til), men som Arabatzis (2003: 434) anfører, så forekommer Latours argumenter for at historisere eller relativere ontologien mere eller mindre plausible, alt efter hvilke typer objekter der er tale om. F.eks. kan de gøres gældende

for visse entiteter inden for mikrofysikken (eller forskellige former for sociale aggregater), mens de er mindre plausible, når det gælder andre typer entiteter, som i højere grad ser ud til at blive synliggjort af forskerne[50]. Problemet med Latours ontologi synes dermed at være den meget universelle gyldighed, som den gør krav på (jf. Arabatzis 2003: 439, n. 6). Hacking anbefaler i forbindelse med debatten om (social)konstruktivismens gyldighed og relevans, at der åbnes for en mere differentieret tilgang til spørgsmålet, som fordrer en høj grad af specificering, når det gælder påstande om fænomeners og objekters "konstruerethed" (jf. Hacking 1999)[51].

Selv om "realisme vs. konstruktivisme"-diskussionen er interessant, så vil jeg alligevel afstå fra en yderligere diskussion af de komplekse spørgsmål, den rummer. Dette skyldes, at afhandlingen ikke er en empirisk-filosofisk undersøgelse af (læge)videnskabelige objekters ontologiske karakter, men et empirisk studie af, hvordan en bestemt type kvalitetsteknologi introduceres. Til dette formål vil jeg praktisere den form for "empiriske-realisme", som findes i de klassiske ANT-tekster (jf. Lee & Hassard 1999), og i flere af de ANT-inspirerede analyser inden for organisationsforskningen. Her er ANT kendetegnet ved ikke at lade sig hæmme af skepticismerelaterede refleksivitetsproblemer i beskrivelsen af organiseringsprocesser. Det overlades i stedet til læseren/brugeren at evaluere og udfordre de empiriske beskrivelser og analyser (Ibid.: 393-94). I den forbindelse kan det tilføjes, at jeg ikke betragter mine beskrivelser af oversættelsesprocesserne for at udgøre Sandheden om disse processer i den forstand, at mine beskrivelser indfanger en given essens i processerne. De processer og deres indhold, som beskrives i de empiriske kapitler er således nogle, jeg har abstraheret fra en mere kompleks virkelighed, der konstitueres af et utal af relationer og hændelser. Men selv om beskrivelserne er selekterede og simplificerede, så hævder jeg alligevel, at de rummer visse sandheder i den forstand, at de væves sammen af informationer, hvis grad af akkuratesse forfægtes via de forskellige typer af referencer, som findes i denne tekst[52].

---

[50] "Is the past existence of, say, dinosaurs also dependent on the practices of contemporary paleontologists? Of course, their judgments as to the existence of dinosaurs may be mistaken. In that case it would turn out that dinosaurs did not exist. But this dependence of the existence of dinosaurs on the paleontologists' judgments is epistemic and not ontological" (Arabatzis (2003: 439).

[51] Selv om Latour (2003) kritiserer flere af Hackings (1999) ræsonnementer, så synes Latour (2005) alligevel at anerkende gyldigheden af en mere differentieret ontologi, der tager højde for, at nogle fænomener er mere afhængige af performativ aktivitet end andre:

"…social aggregates are not the object of an ostensive definition – like mugs and cats and chairs that can be pointed at by the index finger – but only of a performative definition. They are made by the various ways and manners in which they are said to exist. This distinction, however, entails many delicate linguistic and metaphysical difficulties. I don't want to suggest that groups are made by *fiat* or, worse still, out of speech acts ore mere conventions. I want to use it simply to underline the difference between groups endowed with some inertia and groupings that need to be constantly kept up by some group-making effort" (Latour 2005: 34-35).

[52] Denne argumentation er delvist inspireret af Barry (2001: 153-55), som mener, at information i det ANT'ske perspektiv kan være akkurat, men ikke essentielt Sand.

2.5.5. Spørgsmålet om "det normative"

Med sin relativt deskriptive og agnostiske forskningstilgang samt sin stærke interesse for tekno-videnskabelige objekters genese er ANT både blevet kritiseret for ikke at forholde sig eksplicit til de samfundsmæssige konsekvenser og den samfundsmæssige værdi af de pågældende innovationer (Winner 1993) og for at stække sociologiens muligheder for at bedrive forskning til fordel for bestemte (svage) grupper i samfundet (Fujimura 1991). Endvidere har fremtrædende forskere indenfor det såkaldte STS-felt ("Science & Technology Studies"[53]) meldt ud, at de savner, at STS-analyser (og herunder ANT-analyser) i højere grad gør sig nyttige ved at byde ind med mere direkte handlingsanvisninger på baggrund af den indsigt i socio-teknologiske udviklingsprocesser, som STS-perspektiver kan generere (Berg 1998, Timmermans og Berg 2003a: 195-216). Jeg vil knytte følgende tre kommentarer til disse tematikker:

1) Hvad angår kritik, der tager udgangspunkt i en sociologi – som på forhånd kategoriserer bestemte grupper i et "sympatihierarki" og foregiver at vide, hvilke interesser og hvilken magt disse grupper har – så er denne svær at forene med ANTs fordringer om ydmyghed og agnosticisme i mødet med forskningsfeltet. Dog er der ikke noget, der forhindrer ANT-studier i at se på konsekvenserne af ny teknologi for brugerne og andre, hvilket en del senere ANT-studier da også har gjort. Som nævnt i indledningen er det dog ikke det fokus, jeg har valgt i denne afhandling (selv om afhandlingens afsluttende kapitel rummer visse overvejelser omkring databasernes implikationer for den kliniske autonomi).
2) Hvad angår det synspunkt, at ANT-studier i højere grad bør søge at påvirke de oversættelsesprocesser, der studeres (ved at hjælpe teknologidesignere med at udvikle nye teknologier, som "fungerer" i den organisatoriske praksis), så er dette et forslag, der aktuelt giver anledning til diskussion indenfor STS. Udover at gøre opmærksom på det forhold, at det ikke altid er ligetil at definere, hvad der er nyttigt, og at skellet mellem det deskriptive og det normative kan destabiliseres, så udtrykker nogle forskere bl.a. en skepsis med hensyn til mulighederne for at forene fordringer om brugbarhed med et distinkt analytisk blik for den kompleksitet, ambivalens og de utilsigtede konsekvenser, der ofte gør sig gældende i forbindelse med forsøg på at reformere arbejdspraksisser med nye informationsteknologier (Jensen 2005).
3) Hvad angår den forskningspraksis, der har præget dette projekt, valgte jeg metodisk set at generere data i rollen som en relativ passiv og "neutral" iagttager og interviewer,

[53] Sismondo (2004) leverer en introduktion til STS-feltet.

koncentreret om at registrere forskellige interesser, transformationer og kontroverser mm. (jf. den forskerrolle, der dominerer i den klassiske ANT). I forhold til spørgsmålet om kritik og normativitet består afhandlingens "kritiske" element derfor i, at afhandlingen bidrager til at artikulere en række forskellige aktørers perspektiver på databaserne, hvilket bl.a. betyder, at der gives stemme til nogle af de bekymringer og noget af den ambivalens, der er forbundet med introduktionen af kliniske databaser i speciallægepraksis. Samtidigt tilbyder afhandlingen dog også nogle iagttagelser og pointer, som *måske* kan være til hjælp for aktører, der ønsker at bygge og udbrede nye kliniske databaser i speciallægepraksis.

2.6. Afsluttende bemærkninger: ANT "i mine hænder"

Enhver inddragelse af ANT i forbindelse med empiriske undersøgelser involverer en oversættelsesproces, hvor forskellige elementer i ANT selekteres og modificeres i en eller anden grad. Mens beskrivelsen og diskussionen af ANT i de forrige afsnit allerede har indikeret, hvilke aspekter af ANT jeg finder mest interessante, så vil jeg i det følgende specificere min oversættelse af ANT yderligere og kort argumentere for dens relevans i forbindelse med studiet af forandringsprocesser i sundhedsvæsenet (se også bilag 3, hvor ANTs rolle i afhandlingen artikuleres gennem en præsentation af afhandlingens forskningsspørgsmål).

Overordnet har jeg anlagt en *pragmatisk tilgang* til de metodologiske og metafysiske doktriner i ANT – en tilgang der på flere områder ligner den, der formuleres hos Svenningsen (2004), hvor "vokabulariet og de grundlæggende metodologiske principper" bruges som "heuristikker snarere end som doktriner" (Ibid.: 63), hvilket indebærer, at de ANT'ske dogmer kun efterleves i det omfang, de medvirker til at facilitere forskningsprocessens progression[54]. I afhandlingen er/bliver ANT således:

a) dels en *metodisk tilgang* (i modsætning til et færdigpakket teoretisk apparat, der appliceres retrospektivt på et givent empirisk materiale, jf. Latour 2005) karakteriseret ved en delvis *agnosticisme* (med hensyn til at fælde dom over aktørernes forskellige udsagn i tilfælde af kontrovers), *ydmyghed* (over for aktørernes viden og erfaringer), *empirisk realisme* (med hensyn til muligheden for at producere beskrivelser af oversættelsesprocesserne, der matcher de ANT'ske forskningsinteresser, jf. Lee & Hassard 1999: 392), *mobilitet* (forskeren begrænser ikke på forhånd sin undersøgelse til et enkelt sted eller en enkelt aktør (Latour 1999b)[55] og *specificitet* (forskeren udøver sit virke med et vågent blik for de specifikke konstellationer, der konstituerer de forskellige analyseobjekter).
b) dels en relativt "åben" analytisk tilgang, som tilbyder et vokabularium bestående af en række *følsomhedsfremmende begreber*[56] og idéer i forbindelse med empiriske undersøgelser

[54] Det er ikke ualmindeligt, at forskere i det organisationsteoretiske felt forholder sig eksplicit pragmatisk og eklektisk til ANT, se eks. Chua (1995: 115-17) og Bruun & Hukkinen (2003: 103).
[55] Dog indeholdt projektet en indledende afgrænsning med hensyn til hvilke relationer, der primært skulle fokuseres på – nemlig databasernes relationer til speciallægepraksis – hvilket selvsagt reducerede min mobilitet. F.eks. interviewede jeg ikke de "almindelige" speciallæger på hospitalsafdelingerne om deres syn på Venedatabasen, og jeg undersøgte heller ikke, hvordan man mere specifikt arbejder med Herniedatabasen i Kompetencecenter Øst.
[56] Termen stammer oprindeligt fra Blumer (1954: 7), som skelner mellem definitive begreber og følsomhedsfremmende begreber: "A definitive concept refers precisely to what is common to a class of objects, by the aid of a clear definition in terms of attributes or fixed bench marks. This definition, or the bench marks, serve as a means of clearly identifying the individual instance of the class and the make-up of that instance that is covered by the concept. A sensitizing concept lacks such specification of attributes or bench marks and consequently it does not enable the user to move

af, hvordan nye organiserende teknologier udvikles og udbredes i oversættelsesprocesser. I den forbindelse skal det her fremhæves, at *det ANTske blik, der udfoldes i denne afhandling, især er orienteret mod indførelsen af kliniske databaser i speciallægepraksis med fokus på det arbejde og de udfordringer, der er forbundet med at forvandle databaserne til obligatoriske passagepunkter for de praktiserende speciallæger. Dette omfatter en særlig interesse for indrulleringsbestræbelserne og for de måder, som lægerne forholder sig til dette på – specielt for de problematiseringer, interesser, kontroverser, forhandlinger og transformationer (ko-konstruktionener af teknologier og praksisser), som processerne involverer*[57]. Herunder ser afhandlingen bl.a. på de kompromisser, der indgås[58] – eller ikke indgås – i takt med at nogle aktører forsøger at forandre en del af verden samt på konsekvenserne heraf for indrullerings- og monitoreringsambitionerne.

På trods af de forskellige kritikpunkter (hvor især visse aspekter af den ANTske metafysik kan problematiseres), og på trods af, at på nogle af de centrale tematikker i ANT kan forekomme en anelse abstrakte i forhold til empiriske organiseringsstudier, mener jeg således, at ANT-litteraturen rummer en række interessante iagttagelser vedrørende tekno-videnskabelige oversættelsesprocesser samt flere relevante analytiske begreber og metodiske idéer, der med fordel kan anvendes i studiet af mange forskellige slags organiseringsprocesser. Dette gælder også med hensyn til studiet af nye kvalitetsudviklingskoncepter og teknologier i sundhedsvæsenet: Mens kvalitetsudvikling er et notorisk positivt ladet begreb (hvem vil stille sig op og sige, at det er en dårlig idé at forsøge at udvikle kvaliteten af ydelserne?) – og de fleste aktører derfor godt kan blive enige om at slutte op bag opfordringer til "kvalitetsudvikling" i nogle relativt generelle formuleringer – så kan der nemlig hurtigt opstå kontroverser og forviklinger, når "kvalitetsudvikling" skal oversættes på forskellig vis (hvilke kvalitetsudviklingsteknologier skal der satses på, hvordan skal disse mere præcist designes, og hvilke konsekvenser får dette design for hvilke aktører?). Samtidigt har der i sundhedsvæsenet (og i andre dele af den offentlige sektor) gennem flere år været en tendens til at undervurdere den

---

directly to the instance and its relevant content. Instead, it gives the user a general sense of reference and guidance in approaching empirical instances. Whereas definitive concepts provide prescriptions of what to see, sensitizing concepts merely suggest directions along which to look. The hundreds of our concepts – like culture, institutions, social structure, mores, and personality – are not definitive concepts but are sensitizing in nature. They lack precise reference and have no bench marks which allow a clean-cut identification of a specific instance and of its content. Instead, they rest on a general sense of what is relevant."

[57] Hermed skulle det også være klart at ANT ikke udelukkende er blevet formet "i mine hænder", som overskriften på dette afsnit kan hævdes at antyde), men at ANT har spillet en aktiv rolle med hensyn til til at forme forskningsprojektet erkendelsesinteresser.

[58] Hvilket i ANT en del af den "pris", der må betales for at skabe forandringer.

tid og det arbejde, det kræver at realisere visionerne om at effektivisere, dokumentere og kvalitetssikre organisationernes arbejde via udvikling og implementering af nye styringsteknologier. Begge disse forhold medvirker til, at der ofte opstår en opfattelse blandt politikere, kommentatorer og i dele af befolkningen af, at forandringerne går for langsomt og/eller bevæger sig for langt væk fra de oprindelige målsætninger. Dette giver anledning til frustration og nye diskussioner. I den sammenhæng er det især lægeprofessionen, der har stået for skud, og nogle gange fremstilles lægerne som bagstræberiske, som "modstandere af forandring". Det er dog de færreste mennesker, der er modstandere af alle former for forandring, og mange læger har da også deltaget aktivt i mange af de forandringsinitiativer, der har præget sundhedsvæsenet gennem flere år. Derfor må man gå mere detaljeret til værks og se på, *hvad* det egentligt er, som (nogle) læger tilsyneladende er modstandere af og *hvorfor* de er det. Man bør således ikke forklare "manglende" udbredelse af en given kvalitetsudviklingsteknologi alene ved at pege på visse aktørers modstand: Man bør snarere søge at forstå, hvorfor de ikke tager teknologien til sig, hvilket må gøres ved at inddrage deres situation(er) og perspektiv(er) i analysen (jf. Latour 1988: 114). I den forbindelse er det væsentligt at se nærmere på, hvordan konkrete kvalitetsudviklingsprojekter udspiller sig, og her tilbyder ANT en tilgang og nogle begreber, som kan bruges til at åbne kvalitetsudviklingsprocessernes "black boks", uden at man på forhånd stiller sig entydigt på hverken fortalernes eller kritikernes side. Dette skyldes bl.a. at ANT (som vi har set) artikulerer en tilgang til studiet af forandringsprocesser, hvor forskeren ikke fra begyndelsen antager at kende alle aktørerne og deres interesser og ikke på forhånd trækker skarpe skel mellem det politiske/sociale på den ene side og det tekniske på den anden. Dermed fokuseres der ikke ensidigt på økonomiske, tekniske eller sociale forhold. Det ANT'ske begrebsapparat – hvormed forandring kan iagttages som oversættelsesprocesser – forekommer endvidere velegnet til at skabe detaljeret indsigt i forandringsprocessers gensidighed og kompleksitet og til at artikulere nogle af de delegeringer, kontroverser, kompromisser og transformationer, der er forbundet med at realisere de politiske visioner for sundhedsvæsenets udvikling (jf. Jensen 2004a). I den forbindelse skal det nævnes, at flere af de traditionelle perspektiver inden for den samfundsvidenskabelige sundhedsforskning (neo-marxistiske og politologiske studier) netop er blevet kritiseret for at have vanskeligt ved at håndtere den kompleksitet, der kendetegner de nyere forandringstendenser i sundhedsvæsnet, som f.eks. "evidensbaseret medicin". Dette skyldes ifølge kritikerne (Myhalhovsky & Weir 2004), at disse tilgange arbejder med for mange forhåndsantagelser og undervurderer betydningen af detaljerede empiriske studier af de dynamikker, der er forbundet med fremkomsten og udbredelsen af nye

måder at regulere den kliniske praksis på. Dette betyder, at nye idéer og teknologier indskrives i en allerede given fortolkningsramme baseret på forestillingen om en fortløbende magtkamp mellem stat og profession i en kontekst, der karakteriseres som "den neoliberale rekonstruktion af velfærdsstaten" (Ibid.). Dermed risikerer analysen i mine øjne let at blive "social instrumentalistisk": Nye idéer og teknologier bliver udelukkende anskuet som redskaber, som menneskelige aktører bruger til at forfølge allerede eksisterende mål i et allerede eksisterende og stabilt socio-politisk felt. Der findes tendenser til dette både hos Foster & Wilding (2000) og i Kirkpatrick & Lucio (1995), hvor kvalitetsbegrebet på noget reduktionistisk vis alene fortolkes som eksterne aktørers redskab til at kontrollere lægerne med. Men ligesom det gælder for EBM's vedkommende (jf. Mykhalovskiy & Weir 2004), så er det problematisk at opfatte alle de forskellige former kvalitetsudviklingsteknologier som en delmængde af de økonomiske og produktivitetseffektiviserende rationaliseringsbestræbelser, der initieres af administrative og politiske aktører, eftersom kvalitetsudviklingsambitioner f.eks. ikke altid harmonerer med budgetrationaler. Endvidere er problemet, at sådanne læsninger forudsætter, at idéer og teknologier let lader sig adskille fra de stabile "sociale" interesser, som aktørerne antages at have, og dernæst at man overser den uforudsigelighed og de transformationer, der ofte er knyttet til konstruktionen og implementeringen af ny teknologi. Mens de enkelte organisationer og individer selvfølgelig godt kan opfatte og behandle en bestemt teknologi som et redskab, der kan bruges til at promovere eller underminere deres egne interesser, så er det ikke på forhånd givet, hvilke konsekvenser nye teknologier får i praksis – dét ved man først, når teknologien er (relativt) stabiliseret, og i denne proces kan både aktørerne, deres interesser samt teknologien have ændret sig, hvilket afhandlingens kapitel 7 rummer flere eksempler på.

3. Forskningsprocessen og dens metoder

Som nævnt var det overordnede formål med ph.d.-projektet at udforske indrulleringsprocesserne i forbindelse med introduktionen af kliniske databaser i speciallægepraksissektoren. I det følgende vil jeg redegøre for, hvordan jeg oversatte denne ambition til forskningsmæssig praksis.

3.1. Identifikation og valg af cases

Med udgangspunkt i min interesse for indførelsen af kliniske databaser i speciallægepraksis gik jeg indledningsvis i gang med at skabe overblik over, hvilke indikatorbaserede databaser der allerede var i drift med deltagelse af speciallægepraksis, og hvilke databaseprojekter der var under udvikling[59]. Herefter gennemførte jeg løbende interviews med repræsentanter for 11 forskellige databaser/databaseprojekter med henblik på at danne mig et indtryk af de enkelte databasers udviklingsmæssige status, deres relation til speciallægepraksis samt deres "case-potentiale" (mulighederne for adgang sammenholdt med mine forskningsinteresser)[60]. På baggrund af disse interviews overvejede jeg, hvilken rolle de enkelte databaseprojekter kunne spille i forhold til mit forskningsprojekt[61]. De databaseprojekter, som jeg var mest interesseret i, var dem, hvor der var mulighed for at følge indrulleringsprocesserne i relation til speciallægepraksis, mens de udspillede sig. Denne indledende afgrænsning skyldtes en metodologisk antagelse om, at denne tilgang ville "optimere" mulighederne for at få øje på de forhandlinger, interesser og transformationer, der gør sig gældende i indrulleringsprocessen[62]. Dette forekom især som en mulighed for DMK's og Venedatabasens vedkommende, mens de fleste af de andre projekter havde sværere ved at opfylde dette kriterium[63]. Derfor valgte jeg at basere afhandlingen på disse to forløb, selv om det ene (DMK) blev mere kortvarigt end forventet. Det er med dette udgangspunkt, at Herniedatabasens

[59] De kilder jeg især benyttede mig af her, var: Tidligere gennemførte interviews fra KVIS-undersøgelsen, de to konsulentrapporter fra KVIS-undersøgelsen samt informationer fra Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis om, hvilke kvalitetsprojekter, der aktuelt blev støttet økonomisk.

[60] Disse interviews fandt sted i 2005 og begyndelsen af 2006. Repræsentanterne for databaserne var enten overlæger eller praktiserende speciallæger.

[61] I den forbindelse udførte jeg i enkelte tilfælde også interviews med nogle få praktiserende speciallæger for at supplere databaserepræsentantens beskrivelser.

[62] I modsætning til studier af mere "afsluttede" databaseprojekter, hvor udfaldet var blevet "black bokset" på den ene eller anden måde med det resultat at "sporet er blevet koldt og fortællingen økonomiseret" (Callon 1991: 154, min oversættelse).

[63] Enkelte databaser havde allerede indrulleret de relevante praktiserende speciallæger, mens andre projekter ikke havde udsigt til at bevæge sig tilstrækkeligt meget i undersøgelsesperioden (dvs. de pågældende databaser ville ikke i undersøgelsesperioden nå at antage en form, hvor de ville blive introduceret for de praktiserende speciallæger med henblik på drift).

rolle i afhandlingen skal forstås. Kapitlet om denne database rummer således ikke en detaljeret analyse af indrulleringsprocesserne relateret til konstruktionen og udvidelsen af denne database, eftersom Herniebasen havde etableret sig for flere år siden i speciallægepraksis på tidspunktet for undersøgelsen. Når Herniedatabasen alligevel er inkluderet i afhandlingen, skyldes det, at databasen af forskellige aktører nærmest blev positioneret som et obligatorisk passagepunkt for et projekt om de kliniske databaser i speciallægepraksis[64]. Derfor forekom det mig problematisk ikke at benytte erfaringerne fra – og perspektiverne på – denne database til at artikulere nogle analytiske pointer med relevans for afhandlingens fokus.

For at befordre forskningsprocessen opstillede jeg – med inspiration fra den klassiske ANT-litteratur og senere ANT-inspirerede sundhedsteknologistudier (bl.a. Berg 1997) – en længere række af forskningsspørgsmål (se bilag 3). Disse relaterede sig især til tre typer af relevante aktører/aktanter[65] samt til relationerne mellem disse. De analytiske spørgsmål spillede en væsentlig rolle i forbindelse med både datagenerering og dataanalyse. Selv om jeg opstillede disse forskningsspørgsmål, var det dog ikke givet, hvordan et relevant og brugbart datamateriale skulle tilvejebringes. Med andre ord skal man ikke blot beslutte sig for, hvilke aktører der skal følges med hvilke formål, men også for, hvordan dette mere præcist skal ske. Derfor handler nedenstående om de metoder, der blev anvendt i undersøgelsen.

[64] Herniedatabasen fremhæves af både læger og administratorer som et af de få eksempler på en klinisk database, som er blevet institutionaliseret i speciallægepraksis. I forbindelse med min undersøgelse af Venedatabasen refererede lægerne ofte til Herniedatabasen på møderne og i interviewene (se kapitel 7).
[65] a) databaserne, b) de databaseansvarlige overlæger eller andre aktører, der deltager i indrulleringen, og c) de praktiserende speciallæger.

3.2. Metoder

Principielt set er der mange måder at følge aktørerne/aktanterne på. I udgangspunktet privilegerer ANT ikke nogle bestemte metoder frem for andre. Selv om ANT ofte associeres med brugen af deltagerobservation som metode (Latour & Woolgar 1979, Latour 1999c), så er nogle af de klassiske ANT-tekster baseret på eksisterende dokumenter (Law 1986, Latour 1988) eller på en kombination af dokumenter og interviews (Latour 1996)[66]. I forskningsprocessen benyttede jeg mig af flere forskellige kvalitative datagenereringsteknikker (i form af observationer[67], interviews og dokumentstudier), og i det følgende vil jeg knytte nogle kommentarer til dette aspekt af datagenereringsprocessen[68]. Inden da kan det indføjes, at min læsning af interviews, dokumenter og mødeobservationer skete med det ovenfor præsenterede analytiske blik. De forskellige former for datamateriale blev således både brugt til at *konstruere historierne om de enkelte databaseprojekters forløb og til at (re-)artikulere de involverede aktørers perspektiver og adfærd i denne forbindelse*[69].

3.2.1. Mødeobservationer

Med udgangspunkt i ovenstående forskningsspørgsmål forekom det mig fra begyndelsen af forskningsprocessen oplagt at søge adgang til situationer, hvor databasernes talsmænd og/eller de praktiserende speciallæger diskuterede de pågældende kliniske databaser med hinanden. Derfor deltog jeg i forbindelse med studierne af henholdsvis DMK- og VDB-forløbene i en række planlagte møder af forskellig karakter, hvor de respektive databaser var på dagsordenen[70]. I begge tilfælde deltog jeg både i møder i speciallægepraksisregi (hvor de praktiserende speciallæger blev præsenteret for – og diskuterede – de pågældende databaser) og i officielle databasemøder for de

[66] Faktisk er ANT-litteraturen generelt ikke så optaget af at diskutere metode, hvis der hermed menes specifikke datagenereringsteknikker. Selv om det anbefales at følge aktørerne og deres videnskabelige og teknologiske nyskabelser, mens disse bliver til, så har de metodologiske diskussioner inden for ANT (og STS) traditionelt set mest roteret omkring spørgsmålet om, hvordan man bedst beskriver og forklarer de fænomener, der studeres (jf. Bowden 1995).

[67] Ud over de mødeobservationer, som omtales nedenfor, har jeg i projektperioden også observeret arbejdsgange og operationer i fire forskellige speciallægepraksisser for at danne mig et bedre indtryk af arbejdsdagen i speciallægepraksis. To af disse besøg fandt sted i forbindelse med mit studie af Venedatabasen, hvor jeg observerede variceoperationer på to forskellige klinikker.

[68] Se bilag 6, som rummer en oversigt over det datamateriale, som afhandlingens case-beskrivelser er baseret på.

[69] Efterfølgende har enkelte af de læger fra speciallægepraksis og sygehusene, som jeg løbende trak på i forbindelse med casestudierne, læst og kommenteret udkast til de pågældende case-kapitler. Kommentarerne gav dog ikke anledning til væsentlige ændringer, da disse informanter fandt, at de deskriptive analyser var interessante, samtidigt med at de forholdt sig loyalt til de omtalte begivenheder og opfattelser.

[70] Selv om aktørerne også kommunikerer med hinanden om databaserne på anden vis både før og efter de officielle møder (uformelle samtaler i forbindelse med andre arrangementer, telefonsamtaler eller brev/e-mail korrespondance), så var mødedeltagelse en praktisk måde at få indblik i processerne på, eftersom det ikke var muligt at følge de forskellige aktører hele tiden.

kliniske enheder arrangeret af den pågældende databases styregruppe[71]. I VDB-forløbet deltog jeg desuden ved interne møder i databasens styregruppe, hvor styregruppens medlemmer diskuterede deres databaseprojekt[72]. Min deltagelse i de forskellige slags møder var af en relativ passiv karakter, dvs. jeg forholdt mig primært iagttagende til de diskussioner, som udfoldede sig. Under møderne havde jeg således travlt med at tage notater i min notesblok med henblik på at indfange så mange interessante diskussionspassager som muligt[73]. Udover at notaterne fra møderne har spillet en vigtig rolle i forbindelse med konstruktionen af de to case-fortællinger, så fungerede notaterne også som inspiration til udviklingen af mine interviewguides. Flere af de problemstillinger, som blev artikuleret på møderne, blev således oversat til interviewguiden både med henblik på at stille opfølgende spørgsmål til mødedeltagerne i forbindelse med efterfølgende interviews og med henblik på at kunne forholde de pågældende problemstillinger for nogle af de personer, som ikke selv havde deltaget i møderne.

3.2.2. Interviews

Til brug for gennemførelsen af interviews udarbejdede jeg indledningsvist to "skabeloner" til interviewguides – én til interviews med de databaseansvarlige læger og én til interviews med nogle af de praktiserende speciallæger, som databaserne henvendte sig til[74]. Med udgangspunkt i disse skabeloner blev den specifikke interviewguide konstrueret før hvert interview, hvor den blev tilpasset under hensyntagen til forskellene mellem de enkelte databaseprojekter. Både skabelonerne og de enkelte interviewguides blev løbende revideret i takt med de erfaringer, jeg gjorde mig med de enkelte spørgsmål i interviewene, i takt med at min viden om de forskellige emner forandrede sig

[71] Der er ikke mødepligt til møderne, og det er varierende, hvor mange af lægerne, der deltager i sådanne møder. Som regel er der en mindre gruppe af læger, der deltager hyppigt, nogle som kommer en gang i mellem, og andre igen som sjældent eller aldrig er til stede.

[72] Flere detaljer om de enkelte møder findes i casekapitlerne samt i bilag 6.

[73] Notaterne blev efterfølgende (sædvanligvis samme dag) renskrevet i Word. Her blev de suppleret med eventuelle kommentarer baseret på mine erindringer fra det pågældende møde.

[74] Interviewene med de databaseansvarlige overlæger fandt sted på deres respektive kontorer på hospitalet, mens interviewene med de praktiserende speciallæger som regel fandt sted i klinikken efter lukketid. De fleste interviews varede 45-60 minutter. Alle interviews blev optaget og blev efterfølgende transskriberet. I enkelte tilfælde nøjedes jeg med at transskribere de passager, som jeg var mest relevante, mens der blev taget noter til resten af interviewet. Hovedparten af interviewene transskriberede jeg selv, mens enkelte interviews blev transskriberet af en studerende. Interviewene blev først og fremmest transskriberet med henblik på læselighed og umiddelbar tilgængelighed, hvilket skyldes, at formålet var at producere viden om begivenheder, handlinger, opfattelser og forventninger og *ikke* at foretage socio-lingvistiske eller psykologiske analyser (jf. Kvale 1997: 166). Generelt er små pauser og ændringer i tonefald derfor ikke medtaget, medmindre dette havde en åbenlys betydning. Stemningsbetonende hændelser som latter er dog inkluderet. For at fremme læseligheden er rækkefølgen af enkelte ord i nogle tilfælde blevet ændret og almindelige taleord, der virkede forstyrrende (som "øh"), er som regel udeladt. Dette skete selvfølgelig altid under hensyn til at bevare så meget af betydningen i det sagte som muligt.

og endelig i takt med forandringer i og omkring de studerede databaser[75]. Det var primært i den længerevarende undersøgelse af Venedatabasen, at jeg praktiserede denne dynamiske tilgang til interviewet. Her brugte jeg således ofte emergerende hændelser og temaer som input til interviewguiden (jf. afsnittet om observationer). Nogle af de spørgsmål, som jeg stillede i begyndelsen af undersøgelsesperioden, adskilte sig derfor fra de spørgsmål, som jeg stillede sidst i perioden.

Mens interviewguiden udgjorde rammen for de enkelte interviews med hensyn til, hvilke emner der skulle berøres, tillod jeg mig samtidigt en vis fleksibilitet i interviewsituationen[76]. Generelt anlagde jeg således en pragmatisk tilgang til det kvalitative interview, hvis planlægning og gennemførelse jeg opfatter som et spørgsmål om at kombinere erfaring, "sund fornuft", kreativitet og teoretisk inspiration (jf. Patton 1990, Kreiner & Mouritsen 2005).

Interviewguiderne rummede flere forskellige typer af spørgsmål, afledt af de opstillede forskningsspørgsmål og af de temaer, som blev identificeret i forbindelse med undersøgelsen af databasernes historie i sygehusvæsenet. I de enkelte interviews søgte jeg at få interviewpersonerne til at fortælle om deres engagement i de respektive projekterne, og generelt søgte jeg at konkretisere interviewet med hensyn at rette opmærksomheden mod de specifikke projekter, episoder, databasefordringer, udsagn etc.[77]. Eftersom jeg var interesseret i at få forskellige perspektiver og opfattelser til at interagere i interviewene søgte jeg undervejs at udfordre interviewpersonernes opfattelser ved at præsentere dem for divergerende argumenter eller opfattelser[78]. Endelig gjorde

[75] Et afsluttet interview kunne f.eks. både give anledning til, at visse spørgsmål blev slettet fra guiden (f.eks. fordi det ikke var så relevant, som jeg havde antaget) eller til at nye spørgsmål blev tilføjet til brug for næste interview (f.eks. fordi respondenten havde artikuleret nogle forhold, jeg ikke havde været opmærksom på, eller fordi jeg kunne se, at jeg manglede nogle opfølgende spørgsmål i guiden).

[76] Dette skete både ved i nogle tilfælde at ændre på rækkefølgen af spørgsmål, ved eventuelt at kassere visse spørgsmål i de tilfælde hvor de viste sig at være irrelevante og ved ind imellem at tilføje nye opfølgende spørgsmål. I enkelte tilfælde – hvor interviewpersonen ikke havde så meget tid – var jeg også nødt til at prioritere spørgsmålene. Den fleksible tilgang gav i et vist omfang interviewpersonerne plads til at tale og til at følge de associationer, de fik undervejs. Fordelene ved denne teknik er bl.a. at respondenterne selv kan komme ind på emner, som jeg måske ellers ikke var blevet opmærksom på, og at respondenterne får mulighed for artikulere nogle af de temaer, som optager dem mest. Ulempen er selvfølgelig, at det bliver sværere at sammenligne alle omtalte forhold på tværs af interviewene, da alle forhold ikke er dækket af alle respondenter (jf. Antonsen & Jørgensen 2000: 83). Dette var dog alligevel ikke muligt, eftersom jeg havde valgt at prioritere en dynamisk tilgang til interviewundersøgelsen (jf. ovenfor) frem for en mere statisk tilgang, orienteret mod at producere en række "standardiserede" svar, der kan bruges til at generere kvantitative udsagn om udbredelsen af forskellige synspunkter i respondentpopulationen.

[77] Konkretisering og eksemplificering anbefales i øvrigt ofte i metodelitteraturen med henblik på at håndtere problemet med formalistiske, idealiserede eller legitimerende beskrivelser af virkeligheden (Rubin & Rubin 1995). I den forbindelse brugte jeg "hvordan"-spørgsmål frem for "hvorfor"-spørgsmål (ligeledes en ofte forekommende forskrift i litteraturen (eks. Becker 1998: 58-60). Det er dog svært – og heller ikke altid efterstræbelsesværdigt – helt at undgå hvorfor-spørgsmål, når man er interesseret i at vide noget om menneskers aspirationer og forventninger.

[78] Se også Kreiner & Mouritsen (2005), som mener, at intervieweren løbende skal forsøge at følge andre tankebaner end dem, som respondenten åbner for. I de første interviews var jeg mere forsigtig med hensyn til at udfordre respondenternes synspunkter ved at fremføre alternative udsagn, men efterhånden som jeg i løbet af

jeg i nogle tilfælde også brug af mere hypotetiske spørgsmål med det formål at danne mig et indtryk af de forventninger, der knyttede sig til introduktionen af databaserne.
Med hensyn til udvælgelsen af interviewpersoner blandt de praktiserende speciallæger var det min ambition at udforske variationerne i opfattelser og handlinger blandt lægerne. Derfor bestræbte jeg mig generelt på både at interviewe læger, som var entusiastiske, og læger som var mindre entusiastiske i forhold til de kliniske databaser. I forbindelse med casestudiet af Venedatabasen (som var den case, hvor jeg gennemførte flest interviews) forløb selektionsprocessen således, at jeg til at begynde med identificerede og kontaktede nogle af de læger, som var fagpolitisk aktive og/eller havde engageret sig i databasens styregruppe. Desuden henvendte jeg mig til nogle af de læger, som rejste nogle interessante problemstillinger på de møder, jeg deltog i, bl.a. med henblik på at spørge uddybende til disse problemstillinger. Herudover udvalgte jeg tilfældigt nogle læger, som ikke havde været til stede ved de møder, jeg selv deltog i[79]. Endelig henvendte jeg mig til flere af de praktiserende speciallæger, hvorom jeg havde hørt, at der var stor sandsynlighed for, at de ikke umiddelbart ville deltage i databasen. Som det fremgår af kapitel 7, var det dog ikke alle disse, som det lykkedes at gennemføre interviews med.

3.2.3. Dokumenter

Dokumenter spillede en væsentlig rolle i undersøgelsen: Indledningsvist i forbindelse med forsøget på at tegne et billede af de kliniske databaser som fænomen i sundhedsvæsenet og senere i forbindelse med casestudierne, hvor diverse artikler (i aviser og fagblade)[80], hjemmesider og databaserapporter blev anvendt hyppigt.
Der var flere fordele ved disse dokumenter: For det første tilbød dokumenterne et supplement til interviewene med hensyn til at følge aktørerne i tid og rum, og for det andet gav dokumenterne visse muligheder for at optimere forberedelsen af interviewguiden. Som Rubin & Rubin (1995) gør opmærksom på, er der flere fordele ved at være velforberedt i interviewsituationen: a) som interviewer signalerer man til interviewpersonen, at man har gjort, hvad man kunne for at sætte sig

---

forskningsprocessen fik mere kendskab til forskellige emner (projektet, sygdomsområdet, andre aktørers argumenter og opfattelser), benyttede jeg mig i stigende grad af sådanne "udfordrende" spørgsmål i interviewet (eksempelvis: "der er også nogle, der gør sådan…" eller "der er også nogle, der mener at... Hvad siger du til det?" eller "gør du også sådan?").
[79] Dette sket med udgangspunkt i styregruppens liste over varicebehandlere.
[80] De forskellige dokumenter er fundet dels via emne- og fritekst søgning i Infomedia, i Bibliotek.dk's artikeldatabase, i Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek's database og i de respektive artikeldatabaser som henholdsvis Ugeskrift for Læger og Sygeplejersken har gjort tilgængelige på Internettet, dels gennem fortløbende søgninger med udgangspunkt i den allerede fundne litteratur ("sneboldmetoden").

ind i emnet, og at man har brug for deres input og for at komme videre, b) interviewpersonerne er mindre tilbøjelige til at formulere sig i meget generelle vendinger og c) man kan udnytte den knappe interviewtid bedre ved at signalere, at man allerede har sat sig ind i stoffet (bl.a. kan man reducere antallet af fakta-orienterede spørgsmål).

Andre kvalitativt orienterede forskere har beskrevet, hvordan dokumenter kan indgå på andre måder i forskningsprocessen end som informationskilder (Prior 2003). I ANT anskues dokumenter f.eks. som aktive medproducenter af virkeligheden, og det er derfor interessant at se på, hvilke effekter specifikke dokumenter her bidrager til at generere. I VDB-casen (kapitel 7) er det især i beskrivelsen af referenceprogrammets rolle, at denne tilgang bliver udfoldet. Her fokuserer jeg på dokumentet som en aktant, der viser sig at få en afgørende indflydelse på begivenhedernes gang, idet programmet med tiden medvirker til at transformere praksisfeltet.

4. Introduktion til speciallægepraksissektoren

Da en del læsere ikke kan forventes at være særligt bekendte med speciallægepraksissektoren, gives i dette kapitel en kort introduktion med fokus på sektorens organisering og offentlige regulering. Dernæst følger en kort beskrivelse af, hvordan kvalitetsudvikling og kvalitetsmåling kommer på dagordenen i speciallægepraksissektoren.

4.1. Speciallægepraksis: Organisering og offentlig regulering[81]

4.1.1. Organisering

I Danmark styres udbuddet af offentligt finansierede speciallægeydelser uden for sygehusvæsenet gennem Regionernes tildeling af ydernumre til autoriserede speciallæger[82], som driver deres egne klinikker – traditionelt med en med relativ høj grad af autonomi[83].

Speciallægepraksissektoren er karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet og heterogenitet på grund af demografiske forskelle, forekomsten af flere forskellige praksistyper og frem for alt på grund af eksistensen af de mange forskellige specialer[84]. Der er således langt fra den store dermatologiske klinik med to speciallæger og fire sygeplejersker, som behandler 100 patienter om dagen til den lille psykiatriske solopraksis, som tager imod 10 patienter om dagen. Eller fra den fornemme og specialiserede fertilitetsklinik til den lille og mere ydmyge gynækologiske praksis, der tilbyder et bredt udvalg af ydelser.

---

[81] Dette afsnit er primært baseret på følgende kilder:
- Amtsrådsforeningen (2001), CVL & MedConsult (2003).
- Oplysninger om FAS på Lægeforeningens hjemmeside, http://www.laeger.dk.
- "Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU), 1. april 2005".

[82] De praktiserende speciallægers andel af de samlede udgifter til sygesikringen har gennem flere år ligget på ca. 12 % – svarende til ca. 2 mia. kr. for 2004 (jf. Amtsrådsforeningens statistikdatabase).

[83] Selv om speciallægepraksis reguleres på flere måder (se nedenfor), så har de praktiserende speciallæger haft en større grad af autonomi set i forhold til deres kolleger på sygehusene. Dette gælder især, hvad angår a) valg af arbejdsopgaver og deres tilrettelæggelse, b) fraværet af en hierarkisk ledelsesstruktur (lægen er også leder i sin praksis) og c) fraværet af formel ekstern kontrol af kvaliteten af det kliniske arbejde.

[84] I overenskomsten nævnes følgende specialer og grenspecialer:
Anæstesiologi, Børne- og ungdomspsykiatri, Dermato-venerologi, Diagnostisk radiologi, Gynækologi og obstetrik, Intern medicin (herunder endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi, lungesygdomme), Kirurgi, Klinisk biokemi, Neurologi, Oftalmologi (øjenlægehjælp), Ortopædisk kirurgi, Otologi (ørelægehjælp), Patologisk anatomi, Psykiatri, Pædiatri, Plastikkirurgi (grenspeciale), Reumatologi (grenspeciale). De største specialer i speciallægepraksissektoren er Dermato-venerologi, Oftalmologi og Otologi.

Der er omkring 800 heltids praktiserende speciallæger med ydernumre samt omkring 300 deltids eller 3-timers ydernumre. Af disse er ca. 900 medlemmer af Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS)[85], som er en erhvervsforening under Foreningen af Speciallæger (FAS). FAS er igen organiseret som en delforening (søjle) i Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL), der er en paraplyorganisation for tre delforeninger, som udover FAS omfatter Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.) og Yngre Læger (YL).
Med forbehold for specialerelaterede forskelle er de praktiserende speciallægers daglige arbejde generelt præget af en høj grad af daglig patientkontakt. De praktiserende speciallæger er således ikke forpligtiget til at forske eller til at indgå i uddannelsen af nye speciallæger (selv om de godt kan vælge at gøre dette). Samtidigt har den enkelte læge i speciallægepraksis et særligt økonomisk incitament til at optimere patientstrømmen, da lægens indkomst er afhængig af klinikkens produktivitet (jf. honoreringsreglerne).

4.1.2. Offentlig regulering

Speciallægepraksissektoren er reguleret via a) national lovgivning, b) overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) (tidl. Sygesikringens Forhandlingsudvalg) og c) de enkelte regionernes (tidl. amters) sundhedsplanlægning.

A. National lovgivning omfatter både love og bekendtgørelser specifikt rettet mod sundhedssektoren (sygesikringsloven, regler om patientrettigheder, autorisationsregler) og mere generelle love, som er gældende i mange forskellige sektorer (eksempelvis regler for sikkerhed på arbejdspladsen).

B. Overenskomsten indgås mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) og skal efterfølgende godkendes af Sundhedsministeren. Overenskomsten fastsætter vilkårene for ydelser i speciallægepraksis for personer, som har ret til gratis (eller tilskudsstøttet) speciallægehjælp i henhold til Sygesikringsloven (og for personer der kan sidestilles med disse grupper). Overenskomsten omfatter de generelle vilkår for honorering, afregning, omsætningsbegrænsninger, nedsættelse af samarbejdsudvalg og disses beføjelser, praksisplanlægning, regulering af speciallægepraksis, tilrettelæggelsen af arbejdet, klageregler etc.

[85] Formålet med FAPS er (ifølge formålsparagraffen) "…at varetage medlemmernes faglige, organisatoriske, økonomiske og kollegiale interesser, herunder at formidle kontakt med andre lægelige foreninger og organisationer".

Et centralt element i de nuværende overenskomster er de regler for omkostningsbegrænsning, som Regionerne bruger til at kontrollere udgifterne til speciallægepraksis med: For deltidspraksis er der fastsat bestemte maksimumsgrænser for den årlige indtjening (omsætningsloft), og for fuldtidspraksis reguleres de offentlige udgifter gennem en såkaldt "knækmodel". Knækmodellen er konstrueret således, at der for de forskellige specialer eksisterer to knækgrænser for lægens samlede årlige omsætning. Hvis disse grænser overskrides, betyder det, at lægens honorar for ydelser, der ligger ud over knækgrænsen, reduceres med henholdsvis 25 og 40 %. (Det kan tilføjes, at knækmodellen er temmelig upopulær blandt de praktiserende speciallæger, og at knækgrænserne ofte er genstand for diskussion i forhandlingerne mellem RLTN og FAPS).
Ved siden af overenskomsten har parterne oprettet et *moderniseringsudvalg* for speciallægepraksis, som har til opgave at sikre, at takststrukturen (karakteren af ydelserne og det tilhørende honorar) er opdateret i forhold til den sundhedsfaglige udvikling inden for de enkelte specialer. Arbejdet med at modernisere specialerne udføres af midlertidigt nedsatte udvalg (de enkelte specialer moderniseres normalt kun hvert 10. år.). Med hensyn til kvalitetsudvikling har spørgsmålet de senere år fået en mere fremtrædende plads i udvalgenes rapporter. Her behandles kvalitetsudvikling typisk "som et mere generelt emne, hvor udvalgene beskriver mere overordnede tanker og idéer til, hvor kvaliteten af specialets ydelser kan forbedres" (CVL/MedConsult, 2003: 72).

C. Regional styring omfatter den enkelte regions overordnede planlægning og koordinering af de sundhedsfaglige aktiviteter i regionen inkl. aktiviteten i speciallægepraksis. Formålet er at sikre koordination og sammenhæng mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Vigtige styringstiltag her omfatter ændringer i arbejdsfordelingen mellem de praktiserende speciallæger og sygehusene i regionen, ændringer i antallet af ydernumre i regionen og ændringer på sammensætningen af praksistyperne i regionen (fuldtid, deltid, 3-timer).
Regionerne kan i forbindelse med reguleringen af området lave særaftaler med de praktiserende speciallæger i henhold til den generelle overenskomst (§ 3-aftaler). Det kunne eksempelvis dreje sig om aftaler om honorering for særlige aktiviteter eller ændringer i de generelle omsætningsbegrænsninger. (Ved indgåelse af særaftaler kan der fra regionens side eventuelt stilles krav om at kvaliteten af de pågældende ydelser bliver dokumenteret).

4.2. Kvalitetsudvikling kommer på dagordenen i speciallægepraksissektoren

Da "kvalitetsudvikling" bliver gjort til et fremtrædende tema i den sundhedspolitiske debat fra begyndelsen af 1990'erne, er det som tidligere nævnt primært kvaliteten af ydelserne i sygehusvæsenet, der fokuseres på. I slutningen af 1990erne og i starten af det nye årtusind begynder både centrale og regionale sundhedsmyndigheder samt repræsentanter for de praktiserende speciallægers egen organisation (FAPS) dog at bringe kvalitetsspørgsmålet på dagsordenen i relation til speciallægepraksissektoren.

Fra Sundhedsmyndighedernes side er visionerne for praksissektoren med hensyn til kvalitetsmålinger på mange områder de samme som for sygehussektorens vedkommende, bl.a. skal kvalitetsniveauet synliggøres gennem målinger, og klinikerne skal løbende evaluere deres egen praksis på denne baggrund. Amterne og regeringen begynder således i højere grad at ytre ønske om, at speciallægepraksis kan dokumentere kvaliteten af de ydelser, der leveres i sektoren, og dette sker på en måde, så kvalitetsniveauet kan sammenlignes med sygehusvæsenets[86]. På dette område hævdes det nogle gange, at speciallægepraksis halter efter sygehussektoren:

"…den garanti, vi kan få fra Sundhedsstyrelsen [om kvaliteten i en speciallægepraksis], er den autorisation, som styrelsen har givet lægerne, da de startede deres lægegerning. Sundhedsstyrelsen har altså ikke mulighed for en løbende kvalitetsovervågning af speciallægepraksis! Denne mangel på dokumentation af kvaliteten bekymrer mig".
(Vibeke Storm Rasmussen, Amtsborgmester (S) Københavns Amt, 2001)[87]

Det fremføres endvidere af forskellige aktører, at en sådan dokumentation på sigt kan blive en forudsætning for udlægninger af ydelser til speciallægepraksis (Amtsrådsforeningen 2001, Sundhedsminister Karsten Koch citeret i Iversen 1999, Rasmussen 2001, Holm 2003). I den forbindelse nævnes bl.a. indberetning til kliniske databaser, som noget de praktiserende speciallæger i højere grad bør deltage i.

Samtidigt er den nye formand for Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS), Jørgen Meibom, i løbet af 2001 ved at gøre kvalitetsudvikling til en af sine mærkesager. Formanden oplever på dette tidspunkt ikke noget direkte og akut pres på FAPS fra de regionale og centrale sundhedsmyndigheders side med hensyn til kvalitetsudvikling, men har noteret sig at kvalitetsudvikling generelt er kommet højt på dagsordenen i sundhedsvæsenet[88]. Derfor vurderer han, at det på længere sigt vil blive nødvendigt for de praktiserende speciallæger, at de kan

[86] Mens der findes flere forskellige forestillinger blandt aktørerne i sundhedsvæsenet om kvalitetsniveauet i speciallægepraksissektoren, så findes der på dette tidspunkt ganske få undersøgelser, som sammenligner kvaliteten af ydelserne i sygehusvæsenet og speciallægepraksis. En undersøgelse fra Roskilde Amt vedrørende operationer for grå stær viste "ingen væsentlige forskelle mellem operationer udført i sygehus- og praksisregi, hvad angår synsmæssigt resultat og komplikationsfrekvens, som er vigtige kvalitetsparametre" (Sigmund 1995: 8).
[87] Se Rasmussen 2001.
[88] Jf. interview med Jørgen Meibom.

dokumentere kvaliteten af deres aktiviteter, hvis de vil konkurrere med sygehusene om de sundhedsfaglige ydelser (Meibom 2002, 2003). Som han formulerer det i 2003 med adresse til medlemmerne:

"…sektoren kan ikke på samme måde som hospitalerne dokumentere kvalitet. Derfor er det i bogstavelig forstand livsnødvendigt for sektoren også at gøre kvaliteten transparent."[89]

I tråd med denne opfattelse finder formanden det problematisk, at speciallægepraksissektoren ikke er tildelt nogen opmærksomhed i de planer om en dansk kvalitetsmodel, som på dette tidspunkt er under udvikling i det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Dette bliver den konkrete anledning til, at han begynder at arbejde på at igangsætte et større kvalitetsudviklingsprojekt (KVIS-projektet), som skal bringe speciallægepraksissektoren på forkant med udviklingen i resten af sundhedsvæsenet. Dette projekt søsættes i 2003, men kuldsejler efter den indledende fase på grund af uenigheder mellem de finansierende parter om projektets karakter og fremtidige styring (jf. bilag 1).

Samtidigt med at forhandlingerne om KVIS-projektets fremtid finder sted, går de årlige overenskomstforhandlingerne i gang. I den forbindelse diskuteres de kliniske databaser som et element i kvalitetsudviklingen. Der eksisterer på dette tidspunkt enkelte nationale kliniske databaser med relevans for speciallægepraksis (dvs. databaser som dækker nogle af de sygdomme, der diagnosticeres og behandles i speciallægepraksis), og nye er under udvikling. FAPS vil gerne promovere de kliniske databaser over for medlemmerne, og da man fra amternes side tidligere har fremført ønsker om at speciallægepraksis rapporterer til de kliniske databaser, kan man blive enige om, at de kliniske databaser er "et væsentligt element i arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis"[90]. Der er dog uenighed om, hvorvidt der skal knyttes et honorar indberetningen til databaserne. Fra FAPS side mener man, at dette er et rimeligt krav, eftersom det vil tage en del af speciallægens tid at udfylde registreringsskemaerne[91]. Desuden mener man, at honorering vil styrke

[89] Jørgen Meibom i *Kvalitetsavisen* (August 2003: 1). (Kvalitetsavisen var en mindre publikation, som blev tilsendt medlemmerne af FAPS i KVIS-projektets levetid).

[90] "Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU). 1. april 2005", p. 76.

[91] Udover arbejdet med patientjournalen – og arbejdet med de databaser, som allerede benyttes i nogle praksisser – omfatter de eksisterende dokumentationsopgaver i speciallægepraksis på dette tidspunkt: a) Indberetning til eventuelle landsdækkende sygdomsregistre med indberetningspligt (især Cancerregisteret). Dette er ikke relevant for alle specialer, b) Ydelsesafregning med de offentlige myndigheder baseret på ydelseskoder. Dette håndteres ofte via det elektroniske patientsystem, c) Forskellige administrative opgaver forbundet med det at drive en selvstændig virksomhed (eksempelvis ansættelsesforhold og regnskaber) d) Endvidere er nogle af de praktiserende speciallæger (dem som udfører licitationsbaserede ydelser for det offentlige) forpligtet til at indberette data til Landspatientregisteret, som sygehusene rutinemæssigt indberetter til.
Det er forskelligt, i hvilket omfang den praktiserende speciallæge vælger/har mulighed for at delegere ovenstående opgaver til andre.

medlemmernes motivation for at deltage i databaserne. I Amtsrådsforeningen er man generelt skeptisk over for kravet om honorering, idet man anser indberetning til databaserne som en form for kvalitetskontrol, der "bør ligge i helt naturlig forlængelse" af den lægelige undersøgelse og behandling[92]. Da man ikke kan blive helt enige på dette punkt, indgås et kompromis, som går ud på, at man i en forsøgsperiode vil undersøge ressourceforbruget i relation til et mindre antal databaser og derefter fortsætte forhandlingerne[93].

Før vi skal se på nogle specifikke forsøg på at introducere kliniske databaser i speciallægepraksissektoren, følger i næste kapitel en introduktion til de kliniske databaser som fænomen i det danske sundhedsvæsen.

[92] Interview med medarbejder i Amtsrådsforeningen.

[93] Kompromisset lyder som følger i overenskomsten: "Parterne er enige om, at der foreløbigt udvælges et mindre antal kliniske kvalitetsdatabaser, som speciallægerne forsøgsvis indberetter til. Formålet hermed er at generere viden om dels antallet af indberetninger pr. speciallæge og dels tidsforbruget i forbindelse med denne indberetningsaktivitet. Foreningen af Speciallæger og Sygesikringens Forhandlingsudvalg udvælger i fællesskab et mindre antal af de databaser, som sygehusejerne finansierer. Parterne er endvidere enige om, at indberetning til disse databaser foreløbig er frivillig. Ordningen evalueres efter to år med henblik på at gøre indberetninger til databaser obligatorisk". ("Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU). 1. april 2005", p. 76.)

5. De kliniske databaser i det danske sundhedsvæsen

I afhandlingens indledning blev det beskrevet, hvad der normalt forstås ved en database for klinisk kvalitet. I dette kapitel tilbydes en mere uddybende introduktion til de kliniske databaser som et relativt nyt fænomen i det danske sundhedsvæsen. Dette sker gennem en beskrivelse af, hvordan de kliniske databaser som en særlig type kvalitetsudviklingsteknologi har udviklet sig i det sundhedspolitiske felt. Kapitlet adresserer dermed også spørgsmålet om, hvorfor kliniske databaser i dag presser sig på i forbindelse med kvalitetsudvikling af speciallægepraksissektoren. Beskrivelsen fokuserer på henholdsvis a) hvilke visioner og problematiseringer der er kædet sammen med introduktionen af kliniske databaser[94], b) hvilke udfordringer der er forbundet med at realisere disse visioner og c) hvordan samspillet mellem visioner, udfordringer og kontroverser oversættes som transformationer i den sundhedspolitiske organisering af databaserne. Disse transformationer af området og de forskellige entiteter, som emergerer i den forbindelse spiller ikke overraskende en væsentlig rolle for de kommende års arbejde med at udvikle og udbrede kliniske kvalitetsdatabaser i sundhedsvæsenet – herunder speciallægepraksis.

5.1. De indledende problematiseringer og den decentrale udvikling af databaserne

I starten af 1990'erne begynder Sundhedsstyrelsen i samspil med repræsentanter for lægeprofessionen at bringe de specifikt sundhedsfaglige ydelser på den kvalitetspolitiske dagsorden – en dagsorden, som, man mener, har været præget af et fokus på service- og periferiydelser. I den første "Nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet" fra 1993 fremhæves det således, at den store udfordring for sundhedsvæsenet nu er at "*sætte fokus på kvalitetsudvikling af kerneydelserne*" (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993: 7), og at en kontinuerlig "dataindsamling af information om behandlingsresultater m.m." er helt "grundlæggende" for kvalitetsudviklingen (Ibid.: 14). Udviklingen af såkaldt "landsdækkende databaser" opfattes som et centralt middel i den forbindelse, og Sundhedsstyrelsen udgiver samme år en rapport, hvori der opstilles en række vejledende principper for udvikling og drift af "databaser for klinisk kvalitet" (Sundhedsstyrelsen 1993). I denne rapport anføres det, at hverken de eksisterende administrative informationssystemer eller den eksisterende kliniske forskning kan tilfredsstille den stigende efterspørgsel fra borgere, politikere, myndigheder og fagfolk efter data om kvaliteten af

[94] Hvilken rolle tildeles databaserne af forskellige aktører, og hvilke problemer hævdes databaserne at være løsningen på?

behandlinger og behandlingsforløb (Ibid.: 4, 8). En af de væsentligste grunde til behovet for denne type data er ifølge rapporten, at de styringsmæssige tendenser til øget decentralisering indebærer en "højere grad af målstyring frem for detailstyring", hvilket er med til at forstærke "behovet for at kunne dokumentere kvalitetsniveauet på samme måde, som ressourceforbrug og aktiviteter dokumenteres" (Ibid.: 4). En anden er, at både nationale og internationale undersøgelser har afdækket regionale variationer i den kliniske praksis, men at "betydningen af den varierende praksis for patienternes helbred og forbruget af ressourcer stort set ikke kendes" (Ibid.: 8)[95]. Derfor anbefaler rapporten, at der udvikles flere databaser for klinisk kvalitet (end de ganske få man på dette tidspunkt har identificeret), idet formålet med disse databaser defineres som det at "*registrere indsats og resultater af sundhedsvæsenets aktivitet vedrørende en veldefineret patientgruppe med henblik på at vurdere, om behandling og behandlingsresultater er på højde med det ønskelige og opnåelige samt at fastholde og eventuelt forbedre et opnået kvalitetsniveau*". (Ibid.: 12). Rapporten udpeger tre forskellige typer af aktører, som bør være interesserede i kliniske databaser:

1. Kliniske afdelinger, fordi de bl.a. kan bruge databaserne til "evaluering af egen virksomhed" både i forhold til egen intern udvikling over tid, i forhold til andre afdelinger og i forhold til officielle standarder (Ibid.: 12).
2. Videnskabelige selskaber og faglige organisationer, fordi de kan bruge databaserne til at sammenligne forskellige lægefaglige metoders effektivitet, skabe overblik over aktiviteterne på landsplan og bruge resultaterne i forskningen og efteruddannelsen.
3. Sygehusejerne og centrale sundhedsmyndigheder, fordi de kan bruge databaserne til at følge "implementeringen, spredningen og effekten" af nye behandlingsteknologier.

Rapporten følger op på de indledende betragtninger med at opstille en række generelle og mere specifikke principper for udvikling, anvendelse, indhold og økonomi i forbindelse med det videre arbejde med de kliniske databaser. Med hensyn til de generelle principper anføres det bl.a., *at databaserne først og fremmest skal opfattes som redskaber til egenkontrol* (jf. principperne i den

[95] I 1970'erne og 1980'erne påviste en lang række studier, at der var meget store forskelle på aktivitetsmønstrene i den kliniske praksis både intra-nationalt og internationalt (Andersen & Mooney 1990). Undersøgelserne pegede bl.a. på, at det var meget forskelligt, hvordan læger undersøgte og behandlede patienter med tilsyneladende samme symptomer. Variationsforskningen havde meget stor indflydelse på kvalitetsdebatten i USA (Blumenthal 1996), men den satte også spor i mange andre lande, hvor den sådede tvivl om, hvorvidt de eksisterende reguleringsmekanismer var tilstrækkelige til at sikre et højt og ensartet kvalitetsniveau. Resultaterne indikerede for mange aktører, at den lægelige praksis savnede et mere solidt videnskabeligt grundlag og forskningen gav anledning til mange forsøg på at granske og forbedre den kliniske praksis (f.eks. randomiserede undersøgelser og kliniske retningslinjer (Evidensbaseret Medicin), implementeringen af informationsteknologiske beslutningsstøttesystemer, audit, præstationsmålinger med indikatorer).

nationale strategi), og at afdelingernes tilslutning til en database *"er/bør være frivillig"* (Ibid.: 17, min kursivering).

På dette tidspunkt er der allerede flere regionale og landsdækkende kliniske databaser i drift eller under udvikling, men i rapporten vurderes det, at det kun er få af disse, hvis måleparametre er "tilstrækkeligt sensitive og dækkende" til, at de kan bruges til kvalitetsudvikling (Ibid.: 8). Dette skyldes, at de fleste databaser på dette tidspunkt er udviklet med henblik på klinisk forskning og/eller lokal kvalitetssikring (ofte koncentreret om infektionsregistrering) og ikke med henblik på landsdækkende kvalitetsudvikling[96]. Udviklingen fra slutningen af 1980erne og frem mod midten af 1990erne er således karakteriseret ved at lægelige "ildsjæle" rundt omkring på sygehusene – ofte på eget initiativ – udvikler databaser, hvis formål, funktionalitet, organisering og udbredelse varierer en del[97]. I nogle tilfælde begynder lægerne bag disse databaser at tage skridt i retning af at udvide databaserne ved at koble flere afdelinger på en fælles database (i bilag 2 findes en kort beskrivelse af, hvordan en af de ældste af de nulevende landsdækkende databaser udviklede sig og af nogle af de udfordringer, der var forbundet med denne udvikling).

I denne periode (dvs. frem til 1995) kommer ressourcerne til udviklingen og driften af databaserne primært fra "de involverede ildsjæles egen tid, fondsmidler, industrimidler, lokale sygehuse og amter/H:S og i mindre omfang centrale midler" (Kjærgaard et al., 2002: 1494). I et forsøg på at fremme udviklingen og udbredelsen af kliniske databaser som redskaber til kvalitetsudvikling i forlængelse af den nationale strategi indgår Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og H:S i 1995 en aftale om en såkaldt "værtsamtmodel", som betyder, at de enkelte amter/H:S får ansvaret for at finansiere driften af databaser knyttet til det pågældende amt, mens styrelsen og ministeriet skal støtte og rådgive med hensyn til udviklingen af nye databaser (Kjærgaard et. al. 2002). Samtidigt opfordrer Sundhedsstyrelsen de lægefaglige selskaber til at forstærke indsatsen på området[98]. Dette resulterer i oprettelsen af en række nye databaser med landsdækkende ambitioner[99].

---

[96] Dvs. med henblik på systematisk at foretage løbende sammenlignelige målinger af kvaliteten af ydelserne på udvalgte indikatorer.

[97] Udviklingen af lokale databaser rundt omkring på hospitalerne blev især muliggjort af de stærkt faldende priser på pc'er i sidste halvdel af 1980'erne.

[98] Nogle lægevidenskabelige selskaber har allerede selv henvendt sig til Sundhedsstyrelsen på dette tidspunkt angående mulighederne for at samarbejde om udviklingen af kliniske databaser (Sundhedsstyrelsen 1993: 9).

[99] I en undersøgelse foretaget i 1998/99 identificerer Sundhedsstyrelsen 81 landsdækkende og regionale/lokale kliniske databaser i Danmark, hvoraf 55 er i drift, mens resten er under planlægning eller implementering. (Sundhedsstyrelsen 1999). Sundhedsmyndighederne skelner mellem landsdækkende databaser, som har en dækningsgrad på minimum 90 % af patientpopulationen på den ene side og mere regionale og lokale databaser på den anden. I undersøgelsen havde 20 af de 55 databaser anført, at de havde en dækningsgrad på 90 % eller mere (Sundhedsstyrelsen 1999: 26-27).

5.2. Den nye vision om øget transparens giver anledning til kontrovers

”Vi skal kunne se, hvem der er bedst på de forskellige områder, for det er også en af vejene til, at det frie sygehusvalg inden for det offentlige sygehusvæsen bliver reelt for den enkelte patient. Jeg har altid været tilhænger af, at man kan sammenligne sig med andre for at finde frem til det bedste. Det kan man altså også i sygehusvæsenet. Der er altid eksperter, der advarer, men det tager jeg roligt” (Statsminister Poul Nyrup Rasmussen, 1998)[100].

I sidste halvdel af 1990’erne, hvor flere aktører bliver mere opmærksomme på eksistensen af et stigende antal kliniske databaser, begynder både regeringen, Amtsrådsforeningen, Forbrugerrådet og nogle læger at anskue offentliggørelse af data om kvalitetsniveauet fra de eksisterende kliniske databaser om kvaliteten på de enkelte sygehuse[101] som en vigtig del af processen med at understøtte principperne om frit sygehusvalg[102]. Lægeforeningen tager dog afstand fra denne kobling, da man mener, at informationerne fra databaserne ikke umiddelbart egner sig til offentliggørelse, bl.a. fordi de indeholder historiske data, og fordi offentliggørelse kan få en række utilsigtede konsekvenser. I sin årsberetning siger Lægeforeningens formand:

”Lægeforeningen siger klart nej til at åbne de kliniske databaser for offentligheden, da det vil kunne føre til, at farlige hændelser ikke registreres, eller at man i yderste konsekvens forsøger at undgå de mest besværlige patienter. Databaserne skal bruges internt. Til brug for offentligheden skal afdelingerne opstille mål for kvaliteten på centrale behandlingsområder.”[103]

Selv om kravet om offentliggørelse ikke udmønter sig i formelle regulerende foranstaltninger i forhold til de kliniske databaser på dette tidspunkt, så giver Lægeforeningen dog samtidigt udtryk for, at man principielt går ind for at forbedre patienternes muligheder for frit at vælge behandlingssted, også på baggrund af informationer om den faglige kvalitet. Da man i foreningen samtidigt føler, at professionen er presset på sin anseelse i dette spørgsmål om åbenhed[104], og da man i forvejen er blevet mere optaget af at sætte et lægefagligt præg på diskussionerne om kvalitetsudvikling, nedsætter DADL (sammen med Dansk Medicinsk Selskab) kort tid efter en arbejdsgruppe, som i juni 1999 offentliggør en strategi for, hvordan man kan måle, analysere og offentliggøre kvaliteten af de lægefaglige kerneydelser på en måde, som man finder forsvarlig (se

[100] Se *Berlingske Tidende* (1998, 30. august, 1. sektion, p. 4): ”Patienter skal have adgang til registre”.
[101] Se bl.a. *Jyllands-Posten* (1998, 8. marts, Indblik, p. 7): ”Hemmelige sygehusregistre”; *Berlingske Tidende* (1998, 2. september, 1. sektion. p. 8): ”Sygehus-databaser duer ikke som kvalitetsmålere”. *Berlingske Tidende* (1998, 29. august, 1. sektion, p. 2): ”Kræftsyge må ikke se databaser om kvalitet”.
[102] Loven om det frie sygehusvalg bliver vedtaget januar 1993. Se Vrangbæk 1999 for en analyse af, hvordan idéen om frit sygehusvalg vinder frem i det danske sygehusfelt. Idéen om frit sygehusvalg ses her som inspireret af den markedsorientering som karakteriserer New Public Management-bevægelsen.
[103] DADL's formand, Torben Pedersen citeret i *Dagens Medicin* (1998, 4. juni, p. 12): ”Læger kræver mere respekt og flere penge”.
[104] Interview med en af de involverede læger.

Kjærgaard et. al.,1999)[105]. Rapporten anbefaler en evidensbaseret[106] og mere professionel tilgang til kvalitetsudvikling centreret omkring indikatormåling, og den danner efterfølgende grundlag for, at en række af sundhedsvæsenets aktører går sammen om at etablere Det Nationale Indikator Projekt[107].

Den skitserede strategi skal være med til at råde bod på nogle af de problemer, som flere aktører mener at de kliniske databaser lider under på dette tidspunkt – problemer som tidligere samme år er blevet artikuleret af Sundhedsstyrelsen og DSI Institut for Sundhedsvæsen i en statusrapport om de kliniske databaser i Danmark. Denne rapport kommer til at spille en vigtig rolle for den fremtidige organisering af databaserne.

[105] Idegrundlaget for rapporten stammer fra Århus Amt, hvor man 1996 er gået i gang med at udarbejde en model for at måling og monitorering af sundhedsfaglige kvalitet på amtets sygehusene. (Se Mainz & Bartels 1998; Mainz et. al. 2000)

[106] Mens de kliniske databaser historisk set ikke var en del af bevægelsen for evidensbaseret medicin (EBM), så er forbindelsen til EBM blevet tættere med årene, idet der bl.a. er blevet argumenteret for, at databaserne skal basere sig på evidensbaserede indikatorer, og for at databaserne kan supplere randomiserede kontrollerede undersøgelser ved at producere viden om den bedste sundhedsfaglige praksis. Dette kan enten ske ved at skabe evidens på områder, hvor der ikke er evidens eller ved at supplere den traditionelle evidens fra randomiserede kontrollerede undersøgelser med data fra den kliniske hverdag (se eksempelvis Wille-Jørgensen & Gøtzsche 2001). Men selv om de kliniske databaser altså på visse måder knytter an til den evidensbaserede diskurs, som er blevet dominerende indenfor lægeprofessionen, så kan man dog godt finde modstandere af databaserne blandt meget evidensorienterede læger. Disse mener ikke, at databaserne (som landsdækkende indikatormålingsteknologier) kan leve op til de krav om validitet og reliabilitet, der bør stilles i forbindelse med sammenlignende evalueringer af den kliniske kvalitet.

[107] Se www.nip.dk

5.3. Databaserne i knibe

”I sygehusvæsenet synes de kliniske databaser hidtil overvejende at være blevet vurderet som faglige forskningsprojekter, mens den potentielle rolle som et ledelsesværktøj ikke har domineret debatten.” (Medicinal Direktør Einar Krag i Sundhedsstyrelsen 1999: 2)

”Udviklingen af de kliniske databaser er slået fejl. Ingen af de ansvarlige myndigheder har arbejdet med den seriøsitet, der skal til for at kunne måle kvaliteten af sygehusvæsenets ydelser.” (Søren Vingtoft, Forskningsleder, DSI Institut for Sundhedsvæsen 1999)[108].

I Sundhedsstyrelsens (1999) statusrapport[109] om de kliniske databaser konkluderes det overordnet, at selv om enkelte databaser har haft succes med at forbedre den kliniske kvalitet, så har udbredelsen og anvendelsen af kliniske databaser *ikke* ”nået et tilfredsstillende niveau” (Ibid.: 59). Der peges på en række af problemer (Ibid.: 57): Mange af de eksisterende databaser har for lav en dækningsgrad, mange menes at have problemer med kvaliteten af de indsamlede data[110], og flere databaser foretager ikke de nødvendige analyser og giver ikke tilstrækkelig relevant og systematisk feedback til de deltagende afdelinger. Endvidere er der mange vigtige sygdomsområder, som ikke er dækket af kliniske databaser.

Med hensyn til spørgsmålet om offentliggørelse konkluderes det, at undersøgelsen med ”stor sikkerhed” har påvist, at ”kvalitetsindikatorer fra kliniske databaser ikke for tiden er velegnede til at

[108] Citeret i *Dagens Medicin* 1999, 19. august, 1. sektion, p. 6: ”Kvalitetsprojekt på sygehuse er slået fejl”.

[109] Rapporten bygger de fleste af sine konklusioner på to landsdækkende spørgeskemaundersøgelser rettet mod afdelingsledelserne og de databaseansvarlige læger samt på interviews med seks databaseansvarlige læger og tre lægelige ledere af afdelinger, som har erfaring med at indberette til kliniske databaser.

[110] Med hensyn til problemerne med at få de enkelte afdelinger til at tilslutte sig databaserne og med at få afdelingslægerne (og i nogle tilfælde afdelingssygeplejerskerne) til at indberette både komplette og præcise data (der er dog stor variation mellem de forskellige databaser med hensyn til disse problemers omfang) er der blevet peget på flere årsager til disse vanskeligheder: *For det første* kan de sundhedsprofessionelle i nogle tilfælde opfatte *tidsforbruget* i forbindelse med registrering som uacceptabelt i forhold til de eksisterende ressourcer i den daglige praksis (ifølge informanterne i Sundhedsstyrelsens (1999:37) undersøgelse svingede tidsforbruget på indberetning til en klinisk database fra 45 sekunder til 30 minutter). Dette problem er relateret til den prioriteringsmæssige udfordring fra andre institutionelle hensyn som f.eks. produktivitet. En af de løsninger, der er lagt op til på området, er at integrere databasernes registreringsdel med den elektroniske patientjournal, så databaserne i højere grad kan trække på allerede eksisterende information (Sundhedsstyrelsen 2004). *For det andet* har alle læger ikke nødvendigvis *tillid* til, at resultaterne fra databaserne vil blive fortolket ”korrekt” af de aktører, der læser dem, og der har i nogle tilfælde været uvished om hvilke konsekvenser eventuelt dårlige resultater vil få. Ifølge fortalerne for indikatorsystemer kan og skal frygten for øget synlighed overvindes. Ifølge kritikerne er bekymringerne for konsekvenserne af de nationale kvalitetsmålingssystemer dog helt reel på grund af de usikkerheder, der er forbundet med resultaterne. *For det tredje* – og tæt forbundet med ovenstående – så har resultatmålingernes *troværdighed* løbende været genstand for debat i kliniske kredse. Kritikerne har peget på flere kilder til problemer med validiteten af resultaterne fra kliniske kvalitetsmålingssystemer, og på de hertil relaterede utilsigtede konsekvenser, som disse målinger kan have. For de databaseansvarlige læger (og andre fortalere for databaserne) er problemerne ved datakvalitet en udfordring, der skal overvindes ved at øge registreringsdisciplinen (bl.a. facilciteret via de elektroniske registreringsmoduler) og ved at forbedre de epidemiologisk-statistiske analysemodeller. For nogle kritikere forekommer problemerne dog at være så omfattende, at de ikke tror på, at det kan lade sig gøre at producere valide, sammenlignelige opgørelser af kvalitetsniveauet på de enkelte behandlingsenheder, eller på at indsatsen i den forbindelse står mål med udbyttet. Som vi skal se, kan der identificeres en række lignende bekymringer i speciallægepraksissektoren i forbindelse med indførelsen af kliniske databaser.

offentliggøre kvalitetsniveauet på afdelingsniveau" på grund af problemerne med at opnå valide data. Samtidigt vurderes det dog, at det "inden for en årrække" vil kunne lade sig gøre at offentliggøre data på en række områder "hvis der arbejdes målrettet med det" (Ibid.: 56).
De mange problemer med at udvikle og implementere databaserne henføres i rapporten til ressourcemangel, utilstrækkeligt samarbejde mellem de relevante aktører, for lav prioritering af opgaven på de ledelsesmæssige niveauer i amterne, for få sundhedsinformatiske kompetencer, manglende integration med andre informationssystemer og en utilstrækkelig udvikling af fælles faglige indikatorer (Ibid.: 8-9). Det anbefales bl.a., at det tages op til overvejelse, hvorvidt den eksisterende styringsmodel på området (værtsamtsmodellen) er hensigtsmæssig, og at "der mere målrettet afsættes ressourcer til udvikling, etablering og drift af databaser for klinisk kvalitet", så databaserne i højere grad kan indtage deres "naturlige plads som et ledelsesinstrument i sundhedsvæsenet" (Ibid.: 59).
Rapportens konklusioner refereres i flere nyhedsartikler, hvor der stilles skarpt på spørgsmålet om, hvem der har ansvaret for den utilfredsstillende udvikling på området. Søren Vingtoft (DSI, medforfatter på rapporten) placerer det primære ansvar hos amterne og de centrale sundhedsmyndigheder, der efter hans vurdering generelt ikke har prioriteret opgaven højt nok og ikke har formået at skabe en effektiv procedure for sagsbehandling og samarbejde i forbindelse med udviklingen af databaserne. Derudover har de enkelte hospitalsledelser heller ikke involveret sig tilstrækkeligt – de har overladt arbejdet til nogle få "ildsjæle", der oftest har "stået meget alene"[111].
Også lægerne i sygehusvæsenet kritiseres dog for ikke altid at have udvist den fornødne vilje med hensyn til at få databaserne til at fungere i det daglige.
I første omgang påtager både amterne og de lægevidenskabelige selskaber sig en del af ansvaret. Bent Hansen (S), Amtsrådsforeningen, siger om de hidtidige planer for området:

"Vi var enige om det overordnede. Men hvordan det skulle udmøntes konkret, har vi ikke været nok opmærksom på. Vi – og lægerne – har nok ikke været gode nok til at sætte fokus på problemet. Fra centralt hold i Amtsrådsforeningen skulle vi have meldt klarere ud til sygehusene, at databaserne er et meget vigtigt emne […] Jeg erkender, at vi nok har taget for let på problemet de første tre fire år, men jeg kan forsikre om, at det sker ikke i fremtiden. Vi er allerede i gang med at indføre en smidigere sagsbehandling. Regeringen har i det sidste års tid fokuseret endnu mere markant på kvalitet i sundhedssektoren, og vi vil nu sørge for, at nogle af ressourcerne kanaliseres over til databaserne. Men vi bliver dynget til med arbejdsopgaver hver dag, og vi skal hele tiden prioritere".[112]

Formanden for Dansk Medicinsk Selskab, professor Jørn Nerup, udtaler i samme forbindelse, at databaserne fungerer udmærket som interne lægelige vidensredskaber i overensstemmelse med deres oprindelige formål, men at det er rigtigt, at databaserne "ikke kan bruges til at sammenligne

[111] *Dagens Medicin* (1999, 19. august, 1. sektion, p. 6): "Kvalitetsprojekt på sygehuse er slået fejl"
[112] Citeret i *Dagens Medicin* (1999, 19. august, 1. sektion, p. 6): "Politikere erkender smøl".

resultaterne og kvaliteten på forskellige sygehuse", og at ansvaret for dette må placeres hos både sundhedsmyndigheder, sygehusledelse, politikere og læger"[113]. Ugen efter fremkommer professor Kjeld Møller Pedersen med en vurdering af den eksisterende aftale om de kliniske databaser (værtsamtsmodellen). Han kritiserer strategien for at have manglet central styring, og mener ikke at myndighederne har stillet nok krav til lægerne med hensyn til udviklingen af databaserne:

"En af de største svagheder ved aftalen om de kliniske databaser er, at den er frivillig. Man lod det være op til lægerne at forvalte, at databaserne blev etableret. Det ansvar har de ikke forvaltet imponerende. De har haft en tilbøjelighed til at gøre databaserne til forskning fremfor kvalitetssikring"[114]

Denne kritik afvises dog af Dansk Medicinsk Selskab, som hævder, at der er tale om et ressourceproblem:

"Det kan godt være, at databaserne ikke er lykkedes, men det kan man ikke kun beskylde lægerne for. Vi gider ikke at blive banket oven i hovedet fra centralt hold, og hvis der ikke stilles langt flere ressourcer til rådighed, så bliver databaserne heller ikke til noget denne her gang"[115]

I forbindelse med disse udmeldinger om den hidtidige prioritering af databaserne i amterne og på de enkelte sygehusene er det vigtigt at huske, at selv om idéen om at måle den kliniske kvalitet får "diskursiv medvind" i løbet af 1990'erne, så er sygehusfeltet på samme tid stærkt orienteret mod økonomistyring, ventelister og produktivitet[116]. Samtidigt består "kvalitetsudviklingsbevægelsen" af mange forskellige initiativer, som søges implementeret på det enkelte hospital (f.eks. patienttilfredshedsundersøgelser og akkrediteringsprojekter) og desuden er de sundhedsprofessionelle i forvejen involverede i mere eller mindre institutionaliserede former for faglig udvikling (forskningsprojekter og efteruddannelse). Pointen er derfor, at de kliniske databaser konkurrerer med andre teknologier og institutionaliserede hensyn om administratorernes og de sundhedsprofessionelles ressourcer og opmærksomhed – også i de tilfælde hvor der ikke formuleres en eksplicit kritik af kvalitetsmålingsrationalet i de kliniske databaser.

5.3.1. Visionen om landsdækkende kvalitetsdatabaser udfordres

På trods af de nævnte problemer konkluderer Sundhedsstyrelsen i sin rapport alligevel, at der i sundhedsvæsenet er "bred enighed om", at de landsdækkende kliniske databaser er vejen frem, hvis man ønsker at dokumentere og udvikle den faglige kvalitet (Sundhedsstyrelsen 1999: 57).

[113] Citeret i *Dagens Medicin* (1999, 19. august, 1. sektion, p. 6): "Politikere erkender smøl".
[114] Kjeld Møller Pedersen Citeret i *Dagens Medicin* (1999, 26. august, 1. sektion, p. 5): "Læger svigter indsats for højere kvalitet".
[115] Jørn Nerup, Formand for Dansk Medicinsk Selskab, citeret i *Dagens Medicin* (1999, 26. august, 1. sektion, p. 5): "Læger svigter indsats for højere kvalitet".
[116] Ifølge Bentsen (1999) er det på de enkelte sygehuse især overholdelse af budgetterne, som prioriteres højt af sygehusledelsen, mens andre emner dekobles og/eller overlades til de enkelte afdelinger inden for budgettets rammer.

Holdbarheden af denne enighed stilles imidlertid på prøve kort tid efter, da en artikel i Dagens Medicin beretter om, at speciallægerne på sygehusene er "modstandere af at indføre landsdækkende kliniske databaser, der skal måle resultaterne af behandlingen mellem flere afdelinger"[117]. I artiklen kritiserer formanden for Foreningen af Speciallæger (FAS), Arne Borgwardt, forsøget på at udbrede brugen af kliniske databaser med den begrundelse, at det er spild af ressourcer, fordi det er "meget vanskeligt at sammenligne resultater på tværs af institutioner, da man ikke altid kender forudsætningerne for resultaterne", hvilket vil betyde, at de dårligst rangerede afdelinger vil bruge al deres energi på at "skyde resultaterne ned". Desuden frygter formanden, at databaserne "vil føre til en øget kontrol og en resultatfokusering, der kan betyde, at afdelingerne bevidst vælger ikke at behandle meget dårlige patienter for at rette op på statistikken"[118]. Endelig fremføres det igen, at databaserne ikke bør bruges til offentliggørelse og kvalitetssikring, fordi data ofte vil være af ældre dato på tidspunktet for offentliggørelse. Foreningen af Speciallæger anbefaler i stedet en mere lokalt forankret form for kvalitetsudvikling. Denne udmelding fra FAS – som stiller spørgsmålstegn ved databasernes fremtid som landsdækkende kvalitetsudviklingsteknologi – imødegås omgående og relativt massivt af repræsentanter fra både amterne, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen (DADL) og Dansk Medicinsk Selskab, der alle tager afstand fra FAS' standpunkter[119]. Både amterne og Sundhedsstyrelsen erklærer, at de ikke vil lade arbejdet med at udbrede kliniske databaser stoppe på grund af lægelig modstand, og selv om Lægeforeningen som nævnt har udtrykt sig med skepsis over for de kliniske databasers rolle som offentlige kvalitetsmålingsredskaber, så frygter man at lægeprofessionen mister indflydelse på udviklingen, hvis man indtager samme holdning som FAS:

"Hvis Lægeforeningen ikke snarest får et samlet mandat til at agere på spørgsmålet om databaser og kvalitetsudvikling, så er det ikke sådan at arbejdet lægger sig pænt ned på ryggen og venter på, at Lægeforeningen bliver enige. Det nytter ikke noget, at de sætter sig ned med armene over kors og håber på, at udviklingen står stille […]
Arbejdet med resultatindikatorer er noget at det sværeste. Resultaterne giver kun et fingerpeg om kvaliteten, og der er så mange forbehold, der skal tages. Men databaserne er altså en del af vejen frem, derfor er der i høj grad brug for et samlet indspark fra Lægeforeningen. Ellers risikerer vi, at der kommer noget letkøbt på banen, der ikke tager højde for alle de komplicerede faktorer"[120]

På dette tidspunkt er der altså officielt set bred enighed i det politisk-administrative system om, at de kliniske databaser bør fungere som producenter af sammenlignelige – og helst offentlige –

[117] *Dagens Medicin* (1999, 2. september, 1. sektion, p. 12): "Speciallæger kæmper mod databaser".
[118] Ibid.
[119] Se *Dagens Medicin* (1999, 9. september, 1. sektion, p. 5): "Intern splid kan sende læger ud på sidespor".
Også en leder i Dagens Medicin kritiserer FAS-formanden for ikke at følge med udviklingen frem mod offentliggjorte kvalitetsmålinger – en udvikling der karakteriseres som "uafvendelig" på grund af de mange fordele, der antages at være forbundet med databaserne. *Dagens Medicin* (1999, 9. september, 1. sektion, p. 3): "Sig ja til kliniske databaser og følg med udviklingen".
[120] Lægeforeningens formand, Jesper Poulsen i *Dagens Medicin* (1999, 9. september, 1. sektion, p. 5): "Intern splid kan sende læger ud på sidespor".

målinger af kvaliteten på de danske sygehuse, mens der i lægeprofessionen er uenighed om, hvilken rolle de kliniske databaser kan/skal spille. Den skeptiske position, som formuleres af FAS-formanden, bliver dog trængt i baggrunden. Lægeforeningen og mange af de videnskabelige selskaber vælger således en politik, der går ud på at samarbejde med myndighederne om at udvikle og udbrede databaserne, selv om Lægeforeningen formelt holder fast ved, at de kliniske databaser *ikke* er "velegnede som patienternes redskab til at vælge sygehus"[121].

[121] Den Almindelige Danske Lægeforening, 2000.

5.4. Oversættelsen af problemer til ny styringsmodel og ny lovgivning

"No technology without rules, without signatures, without bureaucracies and stamps." (Latour 1996: 45)

De forskellige problemer med udviklingen og driften af de kliniske databaser, som formuleres i Sundhedsstyrelsens statusrapport og den efterfølgende debat, er stærkt medvirkende til at Amtsrådsforeningen og H:S i 2001 fremsætter en ny model for organiseringen af de kliniske databaser[122]. Den nye aftale, som træder i kraft i 2002, betyder, at værtsamtsmodellen afskaffes til fordel for en model, hvor alle amterne betaler til en fælles pulje, som de enkelte databaser kan søge støtte fra. Det nye koncept – der beskrives som et "farvel til den hidtidige 'lad 1000 blomster blomstre'-strategi, hvor databaserne er vedligeholdt af lokale ildsjæle"[123] – indebærer samtidigt, at der opstilles en række sundhedsfaglige, organisatoriske og informationsteknologiske basiskrav, som de enkelte databaser skal leve op til, før de kan modtage støtte. I denne forbindelse etableres et centralt databasesekretariat i Amtsrådsforeningen med ansvar for arbejdet med at vurdere de enkelte databaser og deres ansøgninger. Endvidere oprettes der tre regionale kompetencecentre, som skal sikre databaserne den fornødne epidemiologiske, statistiske og informationsteknologiske ekspertise. Allerede året efter at den nye organisation er etableret, strammer Amtsrådsforeningen kravene til de ansøgende databaser, ved at kræve at databaserne i fremtiden offentliggør ikke-anonymiserede data på afdelingsniveau "så det bliver muligt at sammenligne behandlingen på de enkelte sygehuse" (Amtsrådsforeningen 2003)[124]. Dette krav ligger ifølge Amtsrådsforeningen "i direkte forlængelse af regeringens og amternes politik om frit sygehusvalg, idet det vha. kvalitetsdata bliver muligt for borgerne og ikke mindst de praktiserende læger i deres vejledning af patienten at træffe et mere oplyst valg, idet kvalitetsniveauet på de enkelte afdelinger ellers kan være næsten umuligt at vurdere" (Ibid.).

Kombinationen af de nye krav og en øget konkurrence om midlerne medfører i den efterfølgende periode, at flere databaser får afslag på deres ansøgninger om støtte eller får reduceret deres bevilling (Lidegaard et. al. 2003). De nye krav og de reducerede bevillinger skaber en del utilfredshed blandt de databaseansvarlige læger[125], som hævder, at der ikke er overensstemmelse mellem myndighedernes ambitiøse udmeldinger om kvalitetsudvikling og den tilknyttede række af

[122] Se Amtsrådsforeningen & H:S (2001).
[123] *Dagens Medicin* (2000, 28. september, 1. sektion, p. 12): "Amter klar med strategi for kliniske databaser".
[124] En beskrivelse af de nye krav findes i Amtsrådsforeningen (2005).
[125] *Dagens Medicin* (2003, 13. november, 1. sektion, p. 5): "Hver fjerde database mister bevillingerne".
Dagens Medicin (2003, 9. oktober, 1. sektion, p. 12): "Skrap kamp om pengene".

nye krav på den ene side og de økonomiske ressourcer, der afsættes til udvikling og drift af kliniske databaser, på den anden[126].

Amtsrådsforeningen kræver stor dækningsgrad, men vil ikke betale for, hvad det koster decentralt. Den kræver også, at vi udvikler programmet, men vil ikke give penge til det. Så længe der er engagement og så længe, der er nogle nørder, der gider sidde og bruge deres fritid på det, kan det godt fungere. Men skal det køre professionelt med lønnede folk, så er der altså ikke penge til det.
[Overlæge Troels Sørensen, Odense Universitetshospital, Leder af Epibasen][127]

Fra Amtsrådsforeningens side hævder man derimod, at den nye organisering af databaserne fører et "kvalificerings-forløb med sig, som sikrer, at databaserne lever op til kravene, og at driften bliver så effektiv som mulig"[128].

De nye krav får også debatten om offentliggørelse af kvalitetsdata til at blusse op igen. For selv om mange af de lægelige database administratorer ikke er principielt imod offentliggørelse på afdelingsniveau, så finder de fleste af dem projektet næsten umuligt eller præmaturt, så længe man fra politisk hold ikke vil betale for de omkostninger, der er forbundet med at leve op til de øgede krav til dataanalyse, som offentliggørelse vil medføre:

"Hvis man skal komme med en flabet bemærkning, så er det ejendommeligt, at regeringen kommer med en udmelding om, at nu skal vi have alle kvalitetsdata ud, samtidig med at den ikke har bevilget en eneste krone til at få metodeudviklingen i omdrejninger. Man regner med, at det sker af sig selv".
[Leif Panduro Jensen, formand for Karbasen][129]

Samtidigt føler flere databaseadministratorer sig fanget mellem modsatrettede pres i den nye situation, hvor landsdækkende rækkevidde samt offentliggørelse er en del af kravene for at opnå støtte, samtidigt med at det er frivilligt for amterne og deres sygehuse, om de vil indberette til databaserne:

"Vi har fået besked om, at vi skal blive landsdækkende i 2004, men når Ringkøbing Amt meddeler, at de ikke vil være med, så de har i princippet nedlagt veto og bestemt, at de øvrige amter ikke må lave noget. Samtidig får vi ikke den økonomi, der skal til for at drive basen, og hvis man ikke kan drive basen, får man slet ingen penge. Det er nærmest en »Catch-22«, vi er blevet ramt af".
[Overlæge Troels Sørensen, leder af Epibasen][130]

---

[126] Mht. de økonomiske ressourcer giver fællespuljen hvert år 15 mio. kr. til drift og opgradering af de kliniske databaser. ("Fakta om kliniske kvalitetsdatabaser", www.sundhed.dk). Sundhedsstyrelsen støtter udviklingen af nye kliniske databaser med ca. 10 mio. om året.
[127] *Dagens Medicin* (2003, 9. oktober, 1. sektion, p. 12): "Skrap kamp om pengene". I forbindelse med annonceringen af den nye styringsmodel foreslog man fra lægelig side, at det offentlige kompenserede afdelingerne økonomisk for deres indberetninger, men det blev afvist af Amtsrådsforeningen at lave en fælles aftale om dette, jf. *Dagens Medicin* (2000, 28. september, 1. sektion, p. 12): "Amter klar med strategi for kliniske databaser").
[128] Kontorchef Lars Hagerup (ARF) til *Dagens Medicin* (2003, 13. november, 1. sektion, p. 5): "Hver fjerde database mister bevillingerne".
[129] *Dagens Medicin* (2003, 30. oktober, 1. sektion, p. 8): "Læger holder tal for kvalitet tæt ind til kroppen". Se andre udtalelser i *Dagens Medicin* (2003, 9. Oktober, 1. sektion, p. 12): "Skrap kamp om pengene" og *Kristeligt Dagblad* (2004, 9. december, p. 2): "Sygehusenes statistikker er mangelfulde".
[130] *Dagens Medicin* (2003, 13. november, 1. sektion, p. 5): "Hver fjerde database mister bevillingerne".

”Vi bygger på frivillige indberetninger fra mange forskellige typer afdelinger og klinikker, og i dag dækker vi ca. 38 pct. Det gør det svært at offentliggøre tal for afdelingerne, selv om vi gerne vil, for vi har ikke noget dækkende billede. Desuden er der måske en risiko for, at afdelingerne vil være mindre tilbøjelige til at melde sig, hvis der er et krav om, at deres resultater skal offentliggøres. Det kan føre til en situation, hvor de åbne afdelinger føler sig udstillet, mens der intet sker for de klinikker og afdelinger, der ikke deltager i databasen”.
[Overlæge, Thomas Køllner Olsen, leder af Kataraktdatabasen][131]

Mens enkelte databasebestyrelser vælger at lukke deres database på grund af de nye krav, så vælger langt de fleste af de databaseansvarlige læger på trods af utilfredsheden at forsøge at fortsætte driften under de nye vilkår. Det er altså i høj grad lykkedes for Amtsrådsforeningen at etablere organisationen omkring fællespuljen som et obligatorisk passagepunkt for de landsdækkende kliniske databaser i den forstand, at nuværende og kommende databaser er nødt til at gå gennem denne organisation – og i større eller mindre grad lade sig forme af de krav, der i den forbindelse stilles til dem – hvis de vil (fortsætte med at) eksistere[132].

Samtidigt med at Amtsrådsforeningen søger at skrive de politiske transparensinteresser ind i organiseringen af databaserne, begynder Sundhedsstyrelsen at tage regulative skridt, som har til hensigt at sikre de kliniske databasers fortsatte eksistens og udbredelse i sundhedsvæsenet. Dette sker da styrelsen i 2003 og igen i 2006 udsender nye bekendtgørelser for de landsdækkende kliniske databaser[133]. Bekendtgørelserne gør det bl.a. lovpligtigt for sygehuse og praktiserende sundhedspersoner at ”indberette oplysninger til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser samt til andre kliniske kvalitetsdatabaser efter nærmere af Sundhedsstyrelsen fastsatte regler”[134]. Dette brud med princippet om frivillighed sker ifølge Sundhedsstyrelsen dels på grund af problemerne med at få alle afdelinger til at indberette (og problemerne med at sikre en større datakomplethed fra de

[131] *Dagens Medicin* (2003, 13. november, 1. sektion, p. 5): ”Hver fjerde database mister bevillingerne”.
[132] Nogle databasebestyrelser har overvejet alternative finansieringsmuligheder, men selv om det formentlig ville være muligt for nogle databasers vedkommende at få støtte fra medicinalindustrien, så er der, så vidt jeg er orienteret, ikke mange der har taget dette skridt. En af de databaser som overvejede denne mulighed er Epibasen, men ifølge en af de databaseansvarlige overlæger, er der især to problemer forbundet hermed: For det første kan databasen få troværdighedsproblemer, da dens forskningsresultater risikerer at blive problematiseret med henvisning til sponsorernes interesser. For det andet har en privat database – i modsætning til de offentligt ejede databaser – ikke hjemmel til at registrere patienterne uden deres samtykke, hvilket vil besværliggøre den daglige registrering, hvis man skal holde sig inden for lovens rammer (Overlæge Troels Sørensen citeret på: http://www.epilepsiforeningen.dk/aktuelt/nytepilepsi.htm. Sidst lokaliseret 12. november 2006).
[133] *Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser m.v.*, Sundhedsstyrelsen, BEK nr. 900 af 10/11/2003.
Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, Sundhedsstyrelsen, BEK nr. 459 af 16/05/2006
[134] *Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser m.v.*, Sundhedsstyrelsen, BEK nr. 900 af 10/11/2003.
I forbindelse med de nye regler opstiller Sundhedsstyrelsen sin egen liste med krav, der skal opfyldes for at opnå formel status som en godkendt klinisk kvalitetsdatabase med ret til at registrere personhenførbare oplysninger uden samtykke fra patienterne og med tilknyttet indberetningspligt. Kravene ligner på flere punkter dem, som Amtsrådsforeningens databasepulje benytter, hvilket resulterer i et vist dobbeltbureaukrati.

allerede indberettende afdelinger[135]), dels for at komme et akut opstået problem med persondataloven til livs[136]. De nye regler kan ses som udtryk for en vurdering af, at det normative pres på afdelingerne for at adoptere de kliniske databaser ikke har været tilstrækkeligt. (Senere i afhandlingen kommenteres der nærmere på det nye regulerende initiativs relation til speciallægepraksissektoren.)

[135] Ifølge styrelsen har flere af de databaseansvarlige læger, som har haft problemer med at få afdelingerne til at indberette til databaserne selv opfordret styrelsen til at tage dette skridt. Se *Dagens Medicin* (2004, 5. november, 1. sektion, p. 14): "Indberetninger til kliniske databaser bliver lovpligtige".

[136] I 2003 truer "Loven om Patienters Retsstilling" således både eksistensen af de kliniske databaser og det Nationale Indikator Projekt. Sagen starter med, at Sundhedsstyrelsen i 2002 udgiver en IT-vejledning, hvor det med henvisning til loven om patienters retsstilling fastslås, at ansatte i sundhedsvæsenet skal indhente skriftlig godkendelse hos den enkelte patient, før patientens data må registreres i en klinisk database. Denne udmelding implicerer, at den eksisterende praksis på landets sygehuse faktisk har været i strid med loven og vedbliver med at være det efter redegørelsen. Skønt formanden for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, amtsborgmester Bent Hansen, umiddelbart opfordrer sundhedspersonalet til at fortsætte praksis på trods af udmeldingen fra Sundhedsstyrelsen, så finder Amtsrådsforeningen situationen uholdbar på sigt. Foreningen truer derfor med at stoppe arbejdet med databaserne, hvis ikke det juridiske grundlag kommer i orden. Også andre af de involverede aktører finder kravet om patienters samtykke urealistisk i forhold til at skabe valide og brugbare data. Argumenterne er, at det bliver mere besværligt og tidskrævende at registrere, og at man risikerer, at det er bestemte typer patienter, som siger nej til at lade sig registrere. Derfor lægger både Amtsrådsforeningen, Lægeforeningen, Dansk Medicinsk Selskab, databaseadministratorer, oppositionspolitikere samt patientforeninger pres på Sundhedsministeriet for at få det juridiske grundlag for databasernes virke på plads, hvilket sker i form af de ovennævnte bekendtgørelser. Juridisk indebærer indberetningspligten nemlig, at personhenførbare oplysninger kan registreres i databaserne uden patienternes godkendelse. Se *Dagens Medicin* (6. februar 2003, 1. sektion, p. 99): "Kvalitetsprojekt i fare", *Dagens Medicin* (13. februar 2003, 1. sektion, p. 10): "Amterne klar til at stoppe databaser", *Dagens Medicin* (20. februar 2003, 1. sektion, p. 5): "Læger bliver presset til ulovlige indberetninger", *Dagens Medicin* (27. februar 2003, 1. sektion, p. 11): "Ordførere kræver afklaring fra minister", *Dagens Medicin* (6. marts 2003, 1. sektion, p. 9): "Lars Løkke kommer databaser til undsætning".

5.5. Konklusioner

På grundlag af ovenstående gennemgang kan udviklingen af landsdækkende kliniske databaser i perioden fra de tidlige 1990'ere og frem siges at være karakteriseret ved en tiltagende *formalisering* og *offentlig regulering*[137]. Disse bevægelser forstærkes særligt i den sidste del af perioden, hvor de suppleres med tiltag i retning af større organisatorisk *specialisering* (kompetencecentrene samler informationsteknologiske, statistiske og epidemiologiske kompetencer), *standardisering* (formuleringen af en række basiskrav, som skal opfyldes for at få støtte; udviklingen af informationsteknologiske redskaber til standardisering og delvis automatisering af registrerings- og analyseprocesser)[138] og *centralisering* (oprettelsen af et centralt databasesekretariat, der råder over den fælles databasepulje).

Disse transformationer finder sted i forbindelse med, at de mange nævnte aktører (de databaseansvarlige læger, Lægeforeningen, de lægevidenskabelige selskaber, de sundhedsprofessionelle brugere, Sundhedsstyrelsen, amterne, Amtsrådsforeningen, skiftende regeringer etc.) forhandler deres eksisterende og emergerende mål for databaserne og i stigende omfang søger at realisere disse ved at gennemføre ændringer i de fælles organisatoriske rammer for oprettelsen og driften af landsdækkende kliniske databaser. Fra Sundhedsstyrelsens (og senere Amtsrådsforeningens) side har man især interesseret sig for at forme databaserne i overensstemmelse med de visioner om kvalitetsudvikling, som udvikles i starten af 1990'erne. I første omgang drejer det sig om, at databaserne skal være mindre forskningsorienterede end mange af de eksisterende databaser og mere optagede af at sikre systematisk indikatorfokuseret feedback til afdelingerne, som skal bruges af disse til egenkontrol.

De databaseadministrerende overlæger kan på mange måder tilslutte sig Sundhedsstyrelsens initiale version af kvalitetsudvikling, som lægeprofessionen da også selv har været med til at formulere. De databaseansvarlige læger er således interesserede i at sætte fokus på den kliniske kvalitet og på at tilvejebringe et omfattende (nationalt) og validt datamateriale om kvalitetsniveauet samt i at håndtere variationsproblematikken ved at forandre den kliniske praksis i overensstemmelse med den eksisterende evidens (herunder den som databaserne selv producerer)[139]. Det er i høj grad denne

[137] Formuleringen af a) officielle strategier, b) bekendtgørelser c) et stigende antal officielle krav til databaserne bl.a. angående deres formelle organisering.

[138] I takt med standardiseringstiltagene lader der til at være en tendens til at udtrykket "kliniske databaser" i højere grad end tidligere refererer til de *landsdækkende kliniske databaser, som modtager støtte fra fællespuljen* (dette er f.eks. tilfældet på www.sundhed.dk). Derfor skal der gøres opmærksom på, at der findes en del lokale og regionale databaser, som ikke støttes af fællespuljen, men som godt kan defineres som kliniske databaser jf. den anførte definition.

[139] Dog er de databaseansvarlige læger generelt ikke så begejstrede for at skelne skarpt mellem forskning og kvalitetsudvikling, da det forekommer dem, at disse begreber er og bør være knyttet tæt sammen i de kliniske databaser.

(til tider "urolige") alliance mellem sundhedsmyndighederne (især Sundhedsstyrelsen og senere Amtsrådsforeningen) og dele af lægeprofessionen, som driver konstruktionen og udbredelsen af de kliniske databaser fremad. I processen forhandler disse aktører deres mål og midler med hinanden og med de sundhedsprofessionelle enheder, som de forsøger at indrullere i overvågningen af den kliniske praksis.

Som det også gælder for andre forandringsprocesser i sundhedsvæsenet (jf. Jensen 2004b), så kan denne udvikling ikke siges at være styret af en enkelt magtfuld aktør eller af en enkelt "ren" administrativ eller klinisk logik. I stedet udvikler databaserne sig i et komplekst samspil mellem flere aktører, der ofte er afhængige af – og påvirker hinanden – i forbindelse med forsøgene på at realisere databasevisionerne (som når f.eks. Sundhedsstyrelsen i 1999 på baggrund af interviews med databaseadministratorer og lægelige afdelingsledere artikulerer en række problemer med hensyn til udbredelsen og implementeringen af de kliniske databaser, som peger i retning af styringsmæssige forandringer).

Dette betyder dog ikke, at forholdet mellem aktørerne er symmetrisk. Bl.a. på grund af deres kontrol over økonomiske ressourcer formår myndighederne at presse lægerne til at tage hensyn til politikernes ønske om at fremme offentliggørelsen af kvalitetsdata på afdelingsniveau – noget som de fleste databaseadministrerende læger og lægeforeningen ellers var meget skeptiske over for[140]. Dermed associeres databaserne direkte med de visioner om bruger-/kundeorienteret transparens og præstationsmålinger, der har spillet en afgørende rolle for en række andre forandringsinitiativer i sundhedsvæsenet gennem de sidste 15-20 år (ofte associeret med New Public Management-bevægelsen i den offentlige sektor). Sammenfletningen af de forskellige interesser i henholdsvis klinisk forskning, lokal kvalitetssikring, ekstra-lokale sammenlignelige præstationsmålinger samt frit patientvalg finder dog som nævnt ikke sted uden spændinger og indebærer en række transformationer af den måde, arbejdet med de kliniske databaser organiseres på. Ambitionerne om ekstra-lokale og offentliggjorte målinger af kvaliteten betyder således, at spørgsmålet om datas validitet (dvs. om databasernes evne til at repræsentere de mange kliniske praksisser) i stigende grad gøres til genstand for diskussion, og dette bliver en vigtig begrundelse for mange af de beskrevne forandringstiltag.

I et interview kaldte en databaseadministrator (med et smil på læben) forskningen for "den rigtige kvalitetsudvikling". I dag eksisterer forskningen derfor stadig som en vigtig del af mange databasers rationale, hvilket myndighederne ikke opponerer imod, så længe databaserne også fokuserer på at monitorere den kliniske praksis i de individuelle deltager-enheder og på at offentliggøre indikatordata.

[140] Her skal det tilføjes, at der kan være flere måder at oversætte denne interesse på, og at databasernes lægefaglige administratorer i den forbindelse stadigvæk har relativ stor indflydelse på, hvordan data mere præcist offentliggøres.

I god overensstemmelse med den her iagttagne udvikling, konkluderer Berg et. al. (2004) på baggrund af de internationale erfaringer med indikatorsystemer i sundhedsvæsenet, at øgede krav til kvalitetsdatas validitet (krav som skærpes i takt med stigende ambitioner om synlighed og sammenlignelighed) medfører øget arbejde for de involverede aktører: For det første skal "kvalitetsmålerne" udvikle analysemodeller, der kan håndtere målingens kompleksitet på tilfredsstillende vis, og for det andet forstærkes kravene til de indberettende enheder om at levere præcise og fuldstændige data. De mange udfordringer, som er forbundet med at forvandle databaserne til ekstra-lokale kalkulationscentre, der producerer sammenlignelige præstationsdata illustrerer således en grundlæggende ANT-pointe, nemlig at det kræver mange ressourcer og hårdt arbejde at bygge et socio-teknisk netværk, som forener mange forskellige interesser omkring produktionen af ny viden, som er vanskelig at bestride.

På trods af de mange problemer med at udvikle, implementere og udbrede de kliniske databaser, så må man sige, at databaserne som en generisk kvalitetsudviklingsteknologi (og i endnu højere grad de målingsprincipper, som de i dag er baseret på) i stigende grad er blevet institutionaliseret i sygehusfeltet gennem de sidste 15 år. Denne afhandlings primære fokus er dog ikke sygehussektoren, men speciallægepraksissektoren. Mens de første kliniske databaser primært var relevante for sygehusene, så omfatter enkelte af de databaser – som tager form i sidste halvdel af 1990'erne og begyndelsen af det nye årtusinde – behandlinger, som bliver udført i speciallægepraksis[141]. I de følgende kapitler skal vi se nærmere på nogle af de forsøg, der gøres på at introducere kontinuerlig klinisk kvalitetsmåling i denne sektor.

[141] Langt de fleste af kliniske databaser i Danmark er initieret og udviklet af overlæger på de store offentlige sygehuse. Derudover findes der aktuelt enkelte databaseprojekter, hvis udvikling er initieret af praktiserende speciallæger. Her har man som regel fundet det nødvendigt at alliere sig med hospitals- eller universitetsbaserede eksperter, fordi man har fundet tidsforbruget associeret med udviklingsarbejdet for omfattende og/eller fordi man har vurderet, at man manglede nogle af de statistiske kompetencer, der er nødvendige i forbindelse med at designe databasen og foretage analyser af datamaterialet.

6. DMK og speciallægepraksis – den flygtige interesse

"…you didn't love me. You loved me as an idea. You loved me as long as I was vague."
(ARAMIS' stemme, Latour 1996b: 294)

I dette kapitel følges en idé om at adoptere et databaseprogram (DMK) til kvalitetsmåling/kvalitetsudvikling i en række speciallægepraksisser[142]. En gruppe af praktiserende speciallæger inden for et medicinsk praksisspeciale har gennem flere år afholdt sammenkomster et par gange om året, hvor de diskuterer fag og fagpolitik og deltager i sygehusvisitter med foredrag og demonstrationer. I begyndelsen af 2005 foreslår to af lægerne (P1 og P2) på et møde, at gruppen engagerer sig i kvalitetsudvikling ved at påbegynde registrering af en række data om patienternes behandlingsforløb til en fælles database. De to fortæller, at der på en række sygehuse arbejdes med et fælles databaseprogram ("Database for Medicinsk Kvalitet" – DMK) (se nedenfor), som ser ud til at kunne bruges i speciallægepraksis, og det aftales, at P1 og P2 på det næste møde præsenterer programmet for resten af gruppen med henblik på at træffe en beslutning vedrørende tilslutning til databasen. Dette initiativ vækker min interesse, eftersom det på flere måder forekommer relevant i forhold til min intention om at følge kvalitetsmålingsprojekter i sektoren, mens de udfolder sig, og jeg aftaler derfor med P1, at jeg kan få lov til at deltage i de kommende møder i gruppen og at observere det eventuelt efterfølgende arbejde med DMK i klinikken[143]. Med udgangspunkt i de efterfølgende møder i praksisgruppen følger her beretningen om DMK-idéens liv (og død) i speciallægepraksis[144].

[142] Den pågældende database og de forskellige deltagere i denne case er anonymiserede.
[143] Jeg hører om projektet via P1 omkring det tidspunkt, hvor idéen for første gang bringes på banen.
[144] De nedenstående beskrivelser af ordvekslinger og hændelser fra møderne er baseret på mine håndskrevne noter fra de to møder, jeg observerede. Noterne er efterfølgende redigeret med henblik på anonymisering og læsevenlighed.

Præsentation II: DMK

DMK er et softwareprodukt, som bruges på en del sygehusafdelinger i landet. DMK har flere formål og funktioner:
a) Daglig patienthåndtering: Bruges af både læger og sygeplejersker. Til forskel fra NIP-databaserne og de landsdækkende kliniske databaser er DMK dermed mere EPJ-agtig. (Herved adskiller den sig fra de fleste af de andre kvalitetsmålingsteknologier, som jeg fik kendskab til i undersøgelsesperioden).
b) Kvalitetsforbedringer af den sundhedsprofessionelle praksis via kvalitetsmålinger og anonymiserede kvalitetssammenligninger, hvor den enkelte afdeling kan se sig selv i forhold til gennemsnittet.
c) Forskning.

DMK har oplevet voksende tilslutning fra sygehusafdelinger rundt omkring i landet gennem de sidste par år. De deltagende afdelinger sender med faste intervaller deres lokale data til den fælles centrale database. DMK har eksisteret i flere år, men programmets indhold og funktionalitet revideres årligt på baggrund af tilbagemeldinger fra de deltagende afdelinger. Man er for nylig begyndt at arbejde med en form for feedback, hvor hver afdeling kan se sig selv i forhold til gennemsnittet på nogle udvalgte indikatorer. Databasen fungerer derudover som udgangspunkt for faglige drøftelser blandt de deltagende afdelinger. Udvikling og drift af DMK finansieres af en række medicinalfirmaer. Firmaerne har ikke adgang til data og er ikke repræsenteret i databasens bestyrelse, som udvikler databasen. Finansieringsformen betyder, at databasen ikke er offentligt ejet, og at databasen dermed ikke er forpligtet til at overholde standardkravene fra sygehusejernes fællespulje (f.eks. krav om ikke-anonymiseret offentliggørelse på afdelingsniveau).

6.1. DMK introduceres for praksisgruppen

Deltagerne i mødet er de praktiserende speciallæger (P1, P2…P6)[145] samt en konsulent fra medicinalfirmaet M1[146]. Første punkt på dagsordenen er introduktionen af DMK, næste punkt er kvalitetsudvikling, men da disse punkter anses for synonyme, bliver de behandlet samtidigt.
Mødet starter med, at P1 og P2 giver en rimelig kort introduktion til databasen. Samtidigt får hver deltager udleveret en mappe med papirer om databasen samt den cd-rom, som skal bruges til at installere programmet med. Princippet er, at man kan bruge DMK i den daglige håndtering af en bestemt gruppe patienter, og at man periodevis indsender en mængde data til databasen.
Efter denne præsentation stiller en enkelt af de praktiserende speciallæger (P3) en række spørgsmål (om datarettigheder og om databasesystemets udbredelse, formål og finansieringsform), som kort besvares af P1 og P2 uden megen diskussion. P1 og P2 begynder i forlængelse heraf at angive nogle grunde til, at man bør tilslutte sig databasen, mens de andre deltagere kommenterer og stiller opklarende spørgsmål:

P1:…man får mulighed for at sammenligne sig med andre – vi tror jo alle, vi er de bedste. Man får mere styr på det…
P3: Ja, men så skal der evalueres – så vil jeg have data…
P2: Det får du også…
P3: Ja, men så skal man også have [årsagen til eventuelt kritiske problemer hos patienten]…
P1: …der er også et fagpolitisk argument for at gøre det: Det gælder om at synliggøre speciallægepraksis. Vi har ikke haft den højeste stjerne på hospitalerne…det kan fremme samarbejdet med sygehusene…
P2: Hvis man er lidt opmærksom, kan man nemt distancere sig fra sygehusene…
.
.
P1: [...]…en anden ting er, at der er kommet ny praksisplan i Amt X…den lægger op til et helt anderledes samarbejde mellem speciallægepraksis og hospitalerne – man ønsker mere integration. Her er det en styrke, hvis man kan sige: "Vi har allerede et projekt". Ellers risikerer vi at få [alle de opgaver som ingen andre gider at have]. Det højner også respekten så hospitalet f.eks. ikke gentager vores undersøgelser. Og hvis man ser på kvaliteten på hospitalerne, er det ikke imponerende. Det vil være en styrkelse af praksis at deltage. Vi kan blive registreret som en samlet afdeling så man ikke kan se den enkelte klinik…hvis det kun er [min klinik], der er med er vi jo meget synlige…
P4: Jeg tror vi alle skal være med og der er jo heller ikke så mange patienter…
P5: Vi har patientmassen [til, at det er meningsfuldt]. Jeg skal aktivere mine kolleger [i klinikken]
P1: Lad os lave et fællesmøde og invitere X1 [en af databaseadministratorerne]
P6: Hvor mange hospitaler er med ?
P3: …er hele H:S med ? for der skal jo helst være fælles fodslag…
P4: Hvordan gør vi det ?
P2: Jeg synes, vi skal prøve at …
P3: Kan man også fremstå som enkelt klinik inden for gruppen?
P2: Ja, hvis man ikke vil have sine data blandet med de andres dårlige data [der grines]
P1: Jeg har ikke noget imod at blive synlig, så kan jeg blive bedre, hvis jeg ikke gør det godt nok..
P2: Ja, man bliver bedre til tingene, når man skal indberette…
P1: Hvis vi ikke selv gør det kommer der nogen og siger, vi skal gøre det. Der kommer et helt andet fokus på vores indsats i fremtiden fra regionernes side…

[145] Der er ca. 10 praktiserende læger, som i varierende omfang deltager i gruppens møder.
[146] M1 sponsorerer gruppens møder, og konsulenten har som regel et kortere indlæg om firmaets produkter.

Herefter tales der lidt om de forskellige IT-systemer deltagerne bruger i klinikken, indtil P1 igen tager ordet:

P1: Hvor mange vil være med?
[Alle rækker hånden op…]
P3: Men vi skal diskutere hvem der ejer data [og hvem der har ret til at publicere på baggrund af data]
P1:…men vi har jo ikke tid til at lave videnskab i speciallægepraksis…
P3: Men i H:S er der måske nogen...
P1: Vi kan jo tale med X2 [den overlæge, der har ansvaret for databasen], om hvilken rolle speciallægerne skal spille.
[…]

Diskussionen om DMK afsluttes med følgende bemærkninger:

P2: Der kommer snart et nyt møde [i databasegruppen]…
P1: Bare det at sygeplejerskerne kommer ud og møder andre giver dem et lift
P5: Ja
P1: Det er et godt projekt til at holde på personalet. Eneste ulempe er at det tager tid at registrere…men det er en god investering…
P3: Hvad med P7 [en af de læger som ikke er til stede] – vil han være med?
P5: Ja, måske
P1: Hvad med ham i [X-køb ing]?
P5: Han er holdt op…men der er kommet en anden…
[…]
P3: Hvad så nu – hvad er næste punkt på dagsordenen…Hvem har en case?
P5: Jeg har en jeg er stolt af…[de begynder at diskutere forskellige patientcases]

Som det ses af disse uddrag, fremsættes der på mødet en række forskellige argumenter for, at de praktiserende speciallæger bør benytte sig af databaseprogrammet, idet der både appelleres til faglige, fagpolitiske, og personalepolitiske hensyn. Argumenterne, som implicerer den faglige kvalitet, er karakteriseret ved at være mulighedsorienterede (”man får mulighed for at sammenligne sig med andre” og for at få ”mere styr på det”) og ved at knytte an til den fremherskende idé i sundhedsvæsenet om, at dokumentation og måling kan synliggøre og forbedre den sundhedsfaglige praksis. De argumenter, der vedrører speciallægepraksis legitimitet, er mere problemorienterede og relaterer fordelene ved databaseprogrammet til de praktiserende speciallægers særlige situation i sundhedsvæsenet. Det hævdes, at speciallægepraksis allerede har visse problemer med legitimiteten og kan risikere at få flere i fremtiden, men at deltagelse i et kvalitetssikringsprojekt som dette kan være med til at afbøde problemer. Rationalet er, at deltagelse vil give speciallægepraksis en bedre anseelse både på sygehusene og i amterne, hvilket vil lette det daglige samarbejde med sygehusene, samtidigt med at praksisklinikkerne vil stå stærkere i den aktuelle og kommende konkurrence med sygehusene om opgavevaretagelse for det offentlige.
De forskellige argumenter for adoption af DMK problematiseres stort set ikke, og teknologien støder dermed ikke på megen modstand i sit første møde sine potentielle brugere. De få ”kritiske” spørgsmål, som en af deltagerne (P3) stiller, går mest på, hvem der har retten til at publicere

videnskabelige artikler på baggrund af systemets data – et emne som ikke lader til at have den store interesse blandt de øvrige deltagere. P3 er i da heller ikke mere kritisk, end at han også selv melder sig klar til at tage programmet i brug. De i andre sammenhænge kontroversielle spørgsmål om synlighed og validitet artikuleres heller ikke som kritiske problemer, hvilket især kan tilskrives, at der dels "kun" er tale om interne opgørelser (hvor man er anonym overfor de andre deltagere på nær administrator), dels at lægerne har tiltro til at kvaliteten i deres praksisser er god sammenlignet med sygehusene.

Teoretiseringen ser dermed ud til at interessere de deltagende speciallæger: Med rækken af stort set uimodsagte argumenter for indførelsen af DMK og med den enstemmige tilkendegivelse af adoptionsvillighed forekommer idéen om, at DMK-ideéen er godt på vej til at blive realiseret.

6.2. Hvad der siden hen skete – eller ikke skete…

I månederne efter dette møde har jeg telefonkontakt med P1 flere gange for at høre, hvornår man regner med at begynde at bruge programmet i klinikken (det er min intention at observere arbejdet i forbindelse med, at man starter med at bruge databasen). P1 fortæller, at de har haft meget travlt i klinikken og derfor ikke er gået i gang endnu. I en af de senere samtaler ca. fem måneder efter det første møde, er P1 nu meget tvivlende med hensyn til, om projektet overhovedet bliver til noget. Man har fortsat meget travlt og er derfor ikke gået i gang, og P1 er sikker på, at det samme gælder for de andre klinikker. På dette tidspunkt er P1 med egne ord ved at miste "gnisten" med hensyn til at følge op på idéen om at bruge DMK, eftersom han er ved at sælge sin praksis for at gå på pension. Overdragelsen af klinikken kræver nemlig en del ekstra arbejde og betyder samtidigt, at han "ikke kan nå at se effekten" af arbejdet med DMK, i løbet af det stykke tid han har tilbage i praksis.

Vi aftaler, at jeg kan få lov til at deltage i det næste møde i praksis-gruppen, hvor man sandsynligvis vil tale lidt om DMK.

6.2.1. En diskret afsked

På dette møde er to af lægerne fra det første møde fraværende, mens der er tre andre læger til stede, som ikke var med ved det første møde. Efter at man har diskuteret en række andre emner, bringer P1 spørgsmålet om DMK på banen:

P1: [Fortæller at der ikke er nogen, der er gået i gang]
P3: Nå, det er der ikke! Jeg troede, I lavede det?
P2: Nej, vi har haft meget travlt
[…]
P3: Det må ikke tage mere end tre minutter at registrere en patient, så gør man det ikke…
P1: Det kommer lidt an på, hvor mange patienter man har med [den relevante diagnose]
P3: […]..jeg kiggede lidt på det [DMK]. Jeg synes, det er liiidt tidskrævende...det er for omfattende…[147]
P2: Det er lavet til hospitalerne med sygeplejersker…
P1: Har vi råd til at have sygeplejersker ansat?
P3: Nej.., men hvor ligger det nu? Hvem bestemmer ?
P1: Det er der ingen der gør
P2: Sygeplejerskerne [fra klinikken] har været med i en gruppe
P1: Det møde vi var til var rigtig godt. X2 [den adm. overlæge] er en rigtig god pædagog

[147] Når DMK's registreringsflade er relativt omfattende skyldes det, at de enheder, som DMK er udviklet til, er specialiserede hospitalsafdelinger/klinikker, hvis arbejde er koncentreret om den type patienter, som registreres i DMK. Hospitalsafdelingernes interesse i DMK er dermed ikke alene knyttet til programmets kvalitetsmålingsdimension, men i endnu højere grad til den håndtering af det enkelte patientforløb, som programmet tilbyder. De praktiserende speciallæger i denne case er derimod ikke specialiserede på denne måde, og da de samtidigt allerede har deres egne patientadministrative IT-systemer, så ser de ikke helt de samme fordele i DMK som afdelingerne.

Efter disse bemærkninger foreslår P1, at man i stedet for at bruge DMK kunne prøve at lave oversigter over sin egen diagnoseaktivitet, som man kan sammenligne på et af de næste møder. Enkelte udtrykker interesse for denne idé, og man diskuterer i den forbindelse kort, hvilke patientjournalsystemer der er de bedste. Herefter udvikler diskussionen sig i retning af andre emner og DMK nævnes ikke igen på mødet.

Idéen om at implementere DMK i speciallægepraksissektoren med henblik på kvalitetsudvikling (og "legitimitetsudvikling") lider altså en "stille død". De spor, der er tilbage af idéen i speciallægepraksis, består af nogle dokumenter og cd-rommer, som ligger isoleret fra klinikkens daglige aktiviteter i en skrivebordsskuffe (samt af denne anonymiserede biografi). DMK er således ikke blevet en aktiv med-/modspiller i speciallægepraksis på trods af, at der i starten af forløbet var flere ting, der tydede på, at DMK ville blive implementeret i klinikkerne.

6.3. Konklusioner

"…if the two-way movement between translating interests and modifying the project, is interrupted the project cannot become real." (Latour 1993: 391)

Ovenfor har jeg beskrevet, hvordan idéen om at adoptere en kvalitetsteknologi i speciallægepraksis led en stille død på trods af indledningsvis begejstring. Denne begejstring viste sig imidlertid at være overraskende flygtig. Interessen var på sit højeste, mens DMK endnu blot var en idé for de pågældende praktiserende speciallæger – da teknologien blev bragt tættere på, forsvandt interessen, jf. det indledende ARAMIS-citat[148]. Historien om DMK i speciallægepraksis kan derfor bl.a. fremføres som (endnu) et eksempel på, at idéer og teknologier ikke kan holde sig i live alene på den kraft, der tilføres dem ved deres introduktion for de potentielle brugere (jf. oversættelsesmodellen). Ideernes udbredelse i tid og rum afhænger af, at de formår at interessere nye brugere og af, at denne interesse stabiliseres. Denne pointe besvarer dog ikke spørgsmålet om, hvorfor DMK ikke formåede at fastholde de potentielle brugeres interesse på trods af den indledende tilslutning, som disse gav udtryk for? Umiddelbart ligger svaret på dette spørgsmål lige for: DMK var for ressourcekrævende til speciallægepraksis. I forløbet forsvinder de forskellige kvalitetssikringsrelaterede, fagpolitiske og personalepolitiske interesser, der artikuleres på det første møde, således helt ud af billedet til fordel for hensynet til ressourceforbruget. Men var dette udfald givet på forhånd qua teknologiens egenskaber? Lå det "i kortene", at teknologiens tidsøkonomiske krav ville spille den for idéen så skæbnesvangre rolle, som tilfældet blev? Ikke ifølge de involverede aktører. Den ansvarlige overlæge for DMK anså det således ikke for muligt at forudse, om de praktiserende speciallæger ville vælge at tilslutte sig databasen eller ej. På den ene side mente han, at tidsaspektet kunne blive opfattet som et problem, men på den anden side så han flere fordele for speciallægepraksis ved at indgå i databasen, som kunne opveje dette[149]:

"Det skulle ikke undre mig om de fleste går med, hvis én går med… [men] det er svært at sige, fordi der er jo også noget arbejde i det, og derude er de jo endnu mere omkostningsbevidste end vi andre er […] det er ikke til at sige, jeg er meget spændt på det". [Interview med den databaseansvarlige overlæge for DMK]

Og selv om man kan fremhæve, at P1 på det 1. møde i gruppen også omtalte tidsforbruget som en ulempe, så lod dette ikke til at være en trussel mod idéen, eftersom denne ulempes betydning i samme sentens reduceres med tilføjelsen "men det er en god investering". Udsagnet om

[148] I modsætning til ARAMIS, som beklager sit forfald, så behøver DMK dog ikke at bekymre sig om sin eksistens på grund af afvisningen fra speciallægepraksis.

[149] Disse fordele omfattede bl.a. bedre registrering af patienternes medicinforbrug, bedre epikriser samt muligheden for at kunne sammenligne sig med hospitalerne. Desuden fremhævede han, at den faglige udvikling af klinikkens sygeplejersker knyttet til aktiviteterne i DMK-samarbejdet ville betyde, at sygeplejerskerne kunne aflaste speciallægen ved at overtage visse arbejdsopgaver.

tidsforbruget tages da heller ikke op af andre deltagere på mødet. Tværtimod er spørgsmålet om ressourceforbrug nærmest usynligt på dette møde i forhold til alle de positive effekter, der associeres med DMK. Derudover var det ikke givet, at P1 ville miste interessen for idéen. Hvis ikke P1 havde været i færd med at afhænde sin praksis, ville DMK sandsynligvis fortsat have haft en repræsentant blandt de praktiserende speciallæger, hvilket måske kunne have gjort en forskel.
Men selv om idéen "DMK-i-speciallægepraksis" altså ikke kan siges at være født til fiasko, så kan det tidsforbrug, som DMK fordrede af brugerne (5-10 minutter pr. indberetning), alligevel tilskrives en afgørende betydning for idéens skæbne i speciallægepraksis (retrospektivt set). I det følgende vil jeg anvise en forklaring på, hvorfor tidsforbrugsproblemet opstår "i første omgang", og hvorfor det under omstændighederne var et problem, som ledte deltagerne til at kassere DMK frem for at finde andre måder at håndtere problemet på. Når DMK fordrer en relativt detaljeret registrering af sine brugere, er det bl.a., fordi DMK er designet til at understøtte håndteringen af de enkelte patientforløb på en række meget specialiserede sygehusklinikker/-afdelinger. At DMK er udviklet i en sygehuskontekst (flere år før idéen om at adoptere den i speciallægepraksis opstår) betyder*, at de praktiserende speciallæger ikke har haft mulighed for at indskrive deres interesser i DMK i forbindelse med udviklingen af databaseprogrammets design. I den forbindelse er det bemærkelsesværdigt, at der i forløbet lægges op til en direkte overførsel af DMK fra den meget specialiserede sygehusafdeling til speciallægepraksis, idet der ikke foretages noget forsøg på at transformere DMK under hensyntagen til den nye kontekst, som databasen er tiltænkt.* Dette kunne f.eks. være sket ved enten at indgå særlige aftaler om brugen af systemet med databaseadministratorerne og/eller ved at se nærmere på mulighederne for at organisere sig på en måde, så nogle af de forventede problemer med tidsforbruget kunne minimeres. En anden mulighed kunne være at foretage en lettere redigering af brugergrænsefladen specielt tilpasset de praktiserende speciallæger (selv om det er svært at se, hvem der skulle betale for en sådan redigering). Sådanne forhandlinger om DMK's rolle i den daglige drift i praksisklinikkerne kommer dog aldrig i stand. Dels fordi P1 mister interessen for at tage initiativer til fremme af idéen, dels fordi DMK-administratorerne ikke er tilstrækkeligt interesserede til, at de uopfordret forsøger at overtale de praktiserende speciallæger til at adoptere DMK – heller ikke da idéen er nødlidende. Det er således karakteristisk for dette forløb, at skønt de databaseansvarlige hospitalslæger var positive over for de praktiserende speciallægers deltagelse og havde indvilliget i at komme ud og introducere DMK i en af klinikkerne, så tog de ikke selv initiativet med hensyn til at indrullere de praktiserende speciallæger i databasen. De var ikke interesserede i overtale de praktiserende

speciallæger til at bruge DMK, hvis disse ikke selv ytrede ønske om dette. Denne "passivt interesserede" indstilling fra databaseadministratorernes side kan tilskrives, at DMK's fortsatte liv i sundhedsvæsenet ikke er afhængig af, at de praktiserende speciallæger adopterer databasen. Teknologiens relativt solide eksistens i sygehusvæsenet bliver dermed en del af forklaringen på, at den ikke opnår eksistens i speciallægepraksis.

Man kan dog stadig spørge, om der ikke var andre forhold, der kunne have interesseret de praktiserende speciallæger tilstrækkeligt til, at de var begyndt at bruge DMK og i den forbindelse havde taget initiativ til at diskutere mulighederne for at håndtere tidsforbruget med administratorerne. Hvis man sammenligner DMK-casen med andre cases i sektoren, er især to forhold værd at fremhæve: For det første fraværet af økonomiske økonomiske incitamenter i DMK-forløbet[150] og for det andet fraværet af en mere specifik lægefaglig problematisering. Det sidste forhold uddybes der på i kapitel 9. Her vil jeg dog i første omgang afslutte med at konkludere, at historien indikerer, at kvalitetsudviklingsprojekter i speciallægepraksissektoren er særligt skrøbelige i de tilfælde, hvor der lægges op til at importere en færdigpakket teknologi "udefra" (dvs. en teknologi udviklet uden deltagelse af repræsentanter for speciallægepraksis, som på et tidligt tidspunkt kan deltage i forhandlinger om teknologiens design), *og* hvor der samtidigt ikke er andre aktører, som tager initiativ til at drive projekterne frem. I næste kapitel skal vi se på et database-forløb, som på mange punkter adskiller sig markant fra det ovenfor beskrevne.

[150] Direkte økonomiske incitamenter var ikke på tale i forbindelse med DMK. I det omfang de offentlige myndigheder overhovedet indvilliger i at honorere indberetning til kliniske databaser, gælder dette nemlig kun for de databaser, som hører under en offentlig myndighed. DMK er imidlertid en privat database, hvilket betyder, at de offentlige myndigheders interesse for den er meget begrænset.

7. Venedatabasen og speciallægepraksis: Den vanskelige institutionaliseringsproces

Klinisk Vene Database (også kaldet KVD, Venedatabasen eller blot Venebasen) er en klinisk database designet til at måle og udvikle kvaliteten af åreknudebehandlingen i sygehusvæsenet og speciallægepraksis (se bilag 4). Idéen om at etablere en klinisk database for åreknudebehandlingen opstod i slutningen af 1990'erne og blev siden taget op af en lille gruppe læger, for hvem det efter en årrække lykkedes at transformere idéen til en socio-teknologisk konstruktion med officiel status som landsdækkende klinisk database (se bilag 5). *Formålet med dette kapitel er – i overensstemmelse med problemformuleringen – at beskrive og analysere Venedatabasens udvikling med fokus på de forbindelser, der skabes til speciallægepraksis, som led i forsøget på at realisere og stabilisere databasen i denne del af sundhedsvæsenet. I kapitlet fokuseres der både på dele af det problematiseringsarbejde og den indrulleringsaktivitet, der udfolder sig i forbindelse med udvikling og udbredelse af en klinisk database i speciallægepraksis, samt på de transformationer, forhandlinger, udfordringer, interesser og bekymringer, der karakteriserer processen*. Kapitlet udfolder sig som følger:

- Først gennemgås den *problematisering* af åreknudebehandlingen i sygehusvæsenet og speciallægepraksis, som i 1997/98 er med til at producere idéen om at etablere en klinisk database på åreknudeområdet. Opmærksomheden rettes mod Sundhedsstyrelsens referenceprogram fra 1998, som i denne sammenhæng er helt centralt. Generelt viser problematiseringsprocessen på hvilken måde, spørgsmål om kvalitet og kvalitetsudvikling, som involverer både sygehussektoren og speciallægepraksissektoren, kan være kontroversielle, og at sådanne spørgsmål ikke formuleres og debatteres i isolation fra økonomiske og sundhedspolitiske overvejelser.
- Dernæst redegøres der for denne problematiserings betydning for udviklingen i speciallægepraksis, hvor den bl.a. giver anledning til *nye koblinger mellem økonomi og aktivitet* i overenskomsten. Dette er medvirkende til, at der opstår en ny population af praktiserende åreknudeoperatører, hvilket kan hævdes at have stor betydning for det efterfølgende arbejde med at udvikle og udbrede databasen.
- Endelig beskrives det, hvordan den emergerende database interagerer med speciallægepraksis. Dette sker først ved, at databasens designere involverer repræsentanter fra speciallægepraksis i udviklingen (i den forbindelse beskrives nogle af de implikationer,

som mødet med speciallægepraksis har for databasen), og senere ved at databasens repræsentanter forsøger at indrullere de resterende praktiserende speciallæger i det netværk, som skal konstituere databasen (her fokuseres der både på nogle af de benyttede indrulleringsteknikker og især på, hvordan de praktiserende speciallæger forholder sig til databasen og forsøget på at mobilisere dem).

7.1. Problematiseringen af åreknudebehandlingen

7.1.1 Sundhedsstyrelsens referenceprogram og idéen om en landsdækkende klinisk database

I februar 1997 nedsætter Sundhedsstyrelsen på initiativ fra Sundhedsministeriet en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et referenceprogram for åreknudebehandlingen i Danmark[151]. Arbejdsgruppen behandler en række spørgsmål relateret til sundhedsvæsenets aktuelle og fremtidige indsats på området med fokus på visitation, undersøgelse, behandling og kvalitetskontrol/kvalitetsudvikling[152]. Det er i forbindelse med gruppens diskussioner om kvalitet af indsatsen på området, at idéen om en klinisk database for åreknudebehandlingen udvikler sig og vinder gehør på baggrund af et forslag fra Sundhedsstyrelsens repræsentanter. I det publicerede referenceprogram anbefales det således, at der etableres en landsdækkende klinisk database, som kan danne basis for den fremtidige kvalitetsudvikling af området (Sundhedsstyrelsen 1998: 23). At referenceprogrammet indeholder en sådan anbefaling er ikke er så overraskende, i betragtning af, at idéen om at måle og udvikle den kliniske kvalitet gennem udvikling og udbredelse af kliniske databaser på dette tidspunkt er begyndt at spille en vigtig rolle i Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, jf. kapitel 5. Allerede i kommissoriet for gruppens arbejde hedder det, at arbejdsgruppen skal "overveje hvilke data der bør indsamles til brug for kvalitetsudvikling" (Ibid.: 9).

Baggrunden for udarbejdelsen referenceprogrammet var en tiltagende kritik af kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats på åreknudeområdet – en kritik der kom "fra såvel faglig side som fra patientside" (Ibid.: 8). En gruppe patienter havde således i starten af 1990erne dannet en ny åreknudepatientforening i forbindelse med en række klager om fejlbehandling anlagt mod en stor speciallægepraksis. Denne sag fik en del omtale i medierne og var med til at sætte sundhedspolitisk fokus på åreknudeområdet. Fra lægefaglig side var man samtidigt begyndt at kritisere det

[151] Åreknuder kan defineres som "udvidede små, slyngede, synlige og følelige blodårer i underhuden med en diameter på over 4 mm" (Sundhedsstyrelsen referenceprogram fra 1998, p. 11). Endvidere hedder det bl.a., at mens nogle mennesker finder åreknuder generende af kosmetisk grunde, så kan åreknuder hos nogle "forårsage træthed, tyngdefornemmelse, uro, spændthedsfornemmelse og/eller kramper i benet". Hos en lille gruppe (2-5 %) kan der "som komplikation til åreknuderne, opstå hudforandringer, herunder udvikling af skinnebenssår…" (Ibid.). Åreknuder skyldes defekter i veneklapperne enten ved "den overfladiske lårvenes indmunding i lysken" eller ved "den overfladiske lægvene i knæhasen" (Ibid.: 12). Om forekomsten af åreknuder hedder det: "Med ovenstående definition vil der kunne findes åreknuder hos 20-25 % af alle kvinder og hos 10-15 % af alle mænd over 15 år. Hvis disse tal sættes i forhold til den samlede danske befolkning, vil ca. 500.000 kvinder og ca. 250.000 mænd have åreknuder. Det er dog langt fra alle, med åreknuder, som har et behandlingsbehov". (Ibid.)

[152] Arbejdsgruppen er sammensat af repræsentanter for a) De lægevidenskabelige selskaber (karkirurgisk selskab, kirurgisk selskab og ortopædkirurgisk selskab), b) Sygehusejerne (Amtsrådsforeningen, H:S) samt Sygesikringens Forhandlingsudvalg og c) Sundhedsstyrelsen.

eksisterende kvalitetsniveau med henvisning til data, som tydede på, at alt for mange patienter fik problemer med åreknuder igen på trods af tidligere behandling (recidiv).
I referenceprogrammet tildeles recidivproblematikken ligeledes en helt central plads, eftersom det skønnes at recidivforekomsten i Danmark er ca. 40 % mod de 10 %, som, man mener, er opnåeligt (Ibid.: 15)[153]. Den umiddelbare årsag til den alt for høje recidivforekomst tilskrives i rapporten en kombination af manglende kirurgisk kompetence (Ibid.: 32) og den hertil knyttede brug af "suboptimale udrednings og behandlingsmetoder" (Ibid.: 8). På baggrund af tal fra Landspatientregisteret (som indeholder informationer om aktiviteterne i sygehusvæsenet) og Sygesikringsregisteret (som indeholder informationer om aktiviteterne i speciallægepraksis) konkluderes det, at der er på landsplan er "betydelige variationer i behandlingsmønstre og patientunderlag" (Ibid.: 17), og at der er behov for en "opstramning af udrednings- og behandlingsprocedurer" (Ibid.: 16) på variceområdet.
Den dybereliggende årsag til "at et stort antal patienter behandles af læger uden speciel kompetence på området" (Ibid.: 32) siges at være, at åreknudekirurgien ikke har været tæt nok knyttet til et enkelt (gren)speciale med ansvaret for udviklingen. Formelt hører varicekirurgien under det karkirurgiske grenspeciale, men reelt varetages behandlingen på dette tidspunkt af både karkirurger, almene kirurger og ortopædkirurger. I midten af 1990'erne finder størstedelen af åreknudebehandlingen således sted i speciallægepraksis og på de mindre sygehuse, mens de karkirurgiske afdelinger kun tager sig af de allermest komplicerede tilfælde[154]. Derfor menes der at være et behov for både at styrke efteruddannelsesindsatsen på området (Ibid.: 22), og for at "præcisere ansvarsfordelingen for behandlingen, såvel mellem de lægefaglige specialer, som ved fordelingen mellem speciallægepraksis og hospitalsafdelingerne" (Ibid.: 32).

7.1.2. Kontroversen om speciallægepraksis rolle i åreknudebehandlingen

Spørgsmålet om arbejdsfordelingen mellem hospitalerne og speciallægepraksis er på dette tidspunkt et kontroversielt emne. Dette skyldes, at dele af det lægefaglige miljø[155] hævder, at der er problemer med kvaliteten af varicebehandlingen, som den foregår i speciallægepraksis og på de mindre

[153] Bortset fra at dette vil gavne mange patienter, så estimeres det, at der kan spares omkring 10 mio. kr. om året, hvis andelen af patienter, som skal behandles igen på grund af recidiv (recidivraten), bringes ned fra de formodede 40 % til 10 %. (p. 114).
[154] Ifølge referenceprogrammet (p. 13) blev ca. 10.500 patienter behandlet for åreknuder i speciallægepraksis i 1996, mens tallet for sygehusene var ca. 3000 patienter.
[155] Grupperingen består af nogle af de hospitalsbaserede karkirurger samt en praktiserende speciallæge med speciale i åreknuder.

sygehuse, og samtidigt kobler denne kritik med løsninger, der indebærer en højere grad af specialisering og centralisering af varicekirurgien. Sådanne løsningsmodeller kan – alt efter hvordan de mere præcist konkretiseres – medføre en reduktion i speciallægepraksis andel af åreknudebehandlingen til fordel for en større sygehusaktivitet på området (enten på de karkirugiske afdelinger eller specialiserede veneklinikker). Blandt andre speciallæger (og især blandt de praktiserende speciallæger) er der en vis skepsis over for den nævnte problematisering af varicekirugien. For det første er man ikke overbevist om de fremførte tals validitet, og samtidigt mener nogle, at baggrunden for kritikken skal findes i et behov hos karkirugerne for at tilegne sig nye arbejdsopgaver:

"…jeg opfattede det jo også lidt som en form for ekspansionisme, fordi karkirurgien var ved at gå lidt i stå…[]…og så skulle de finde på et eller andet at lave, og så kastede de sig over venekirurgien. Så gjorde de den ligesom til et superspeciale, hvor tidligere havde det jo været en relativt bred aktivitet, som mange beskæftigede sig med." [Interview med speciallæge, som opererer åreknuder]

Denne "politiske" forklaring på problematiseringen accepteres (naturligvis) ikke af kritikerne som hævder, at der var "rigeligt at lave" på de karkirurgiske afdelinger, og at "ærindet var rent og skær kvalitetsløft". Jeg skal ikke her fælde dom i denne (jurisdiktionsrelaterede) kontrovers, men blot konstatere, at de forskellige speciallægers syn på problemernes omfang og på speciallægepraksis' rolle i åreknudebehandlingen ikke overraskende prægede dele af arbejdet med referenceprogrammet. I det offentliggjorte referenceprogram omtales disse uenigheder ikke, men flere af formuleringerne i referenceprogrammet kan ifølge respondenterne forstås, som kompromisser mellem de forskellige synspunkter og interesser.

I næste afsnit skal vi se nærmere på referenceprogrammets indhold. Først gives en kort beskrivelse af de af programmets temaer og anbefalinger, der har særlig relevans i forhold til spørgsmålet om speciallægepraksis rolle i varicebehandlingen (det drejer sig om anbefalinger vedrørende udredning, behandling og visitation), og dernæst fremhæves referenceprogrammets anbefalinger med hensyn til kvalitetskontrol og kvalitetsmåling.

7.1.3 Referenceprogrammets væsentligste elementer

1. Udredningsapparatur og speciallægepraksis

På tidspunktet for referenceprogrammets udarbejdelse er den såkaldte lyddoppler et populært diagnosticeringsredskab i speciallægepraksissektoren, hvor den efterhånden har afløst de ældre

invasive udredningsmetoder. På flere sygehuse er man imidlertid gået i gang med at tage en nyere diagnosticeringsteknologi i brug (duplexscanneren), og nogle variceeksperter begynder at kritisere det forhold, at de praktiserende speciallæger ikke er i besiddelse af det samme moderne undersøgelsesapparatur[156]. Disse tendenser bliver ikke overraskende opfattet som problematiske af mange praktiserende kirurger og ortopædkirurger på grund af de store økonomiske udgifter, der er forbundet med at anskaffe sig en duplexscanner (en scanner koster på dette tidspunkt mellem 0,5-1 mio. kr., og der var ikke knyttet et særskilt honorar til scanningen). Desuden vurderede nogle praktiserende speciallæger, at fordelen ved de nye scannere var begrænset sammenlignet med den traditionelle kliniske udredning kombineret med lyddoppler, i forhold til den type åreknudepatienter, som oftest kom i speciallægepraksis. Da man i referenceprogrammets arbejdsgruppe diskuterede, hvilke anbefalinger man skulle give med hensyn til undersøgelsesapparaturet, var det derfor et følsomt emne, man tog hul på. Ifølge en af de involverede var de praktiserende speciallægers indvendinger medvirkende til, at referenceprogrammets anbefalinger på dette område blev mindre skarpe, end man fra karkirurgisk side havde ønsket det:

"…da vi [lavede] referenceprogrammet og vi jo sådan set godt kunne se hvad vej vinden blæste med at få indført en stor scanner til en million eller en halv million frem for bare sådan en lille en til bare fem tusind – det var jo noget, som vi ikke umiddelbart kunne komme frem med, da vi sad og snakkede med de praktiserende kirurger. Det var lidt tungt: 'Nu skulle vi fandme lige tage os lidt sammen' og 'det nytter jo ikke noget at I bare kommer med alt jeres udstyr'. Så der står i referenceprogrammet faktisk, at til en del af tingene kan man nøjes med sådan en lille simpel maskine". [Interview med overlæge i karkirurgi]

I referenceprogrammet (p. 20) hedder det således at ved "ukomplicerede varicer i magnaområdet vil klinisk undersøgelse suppleret med lyd-doppler være tilstrækkeligt grundlag for stillingtagen til behandlingsindikation og behandlingsprocedure". Derimod anbefales det, at der foretages en duplexscanning før behandling af ukomplicerede åreknuder i parva-området og ved udredning af komplicerede åreknuder.

2. Behandlingsmetoder og speciallægepraksis

I referenceprogrammet præsenteres nogle data, som problematiserer kvaliteten af det arbejde, der foregår i speciallægepraksis: Først fremføres det, at der er meget store forskelle mellem de ca. 100 praktiserende speciallæger, som på dette tidspunkt behandler åreknuder – både med hensyn til hvor mange patienter, de behandler, og med hensyn til hvilke behandlingsformer de bruger. Endvidere er det ifølge rapporten kun 19 % af patienterne i speciallægepraksis, der i 1996 behandler almindelige

[156] I modsætning til lyddoppleren visualiserer duplexscanneren blodcirkulationen i benene.

varicer med den kirurgiske metode, som anbefales i referenceprogrammet (i overenskomsten benævnes denne type operation som en *stella venosa resektion*). Ifølge referenceprogrammet behandles 53 % af patienterne i speciallægepraksis alene med *lokale resektioner* og 28 % med *sklerosering*, metoder som eksperterne på området generelt er holdt op med at anbefale med reference til disses relativt store risiko for recidiv[157].

3. Visitation og speciallægepraksis

Med hensyn til det væsentlige spørgsmål om arbejdsdelingen mellem specialer og sektorer ender referenceprogrammets arbejdsgruppe med at anbefale, at de fleste af de såkaldte primære ukomplicerede åreknuder fortsat behandles både i speciallægepraksis og på sygehusene, mens *re-operationer* i lyske og knæhase bør udføres på særlige venekirurgiske klinikker eller på karkirurgiske afdelinger. Når der skrives "de fleste af såkaldte primære ukomplicerede åreknuder" skyldes det, at man inden for varicekirurgien skelner mellem to typer af primære varicer: Magnavaricer (som optræder "på indersiden af lår og underben") og parvarvaricer (som optræder "på bagsiden af underbenet") (Sundhedsstyrelsen 1998: 19). I referenceprogrammet anføres det, at operationer i lysken "kan foretages af kirurgisk uddannede læger i speciallægepraksis og/eller på sygehusafdeling", mens operationer i knæhasen "så vidt muligt" bør finde sted på en specialafdeling" (Ibid.). Kvalificeringen "så vidt muligt" skyldes sandsynligvis, at man har taget hensyn til, at de karkirurgiske afdelinger ikke havde kapacitet til at tage imod alle disse patienter – i hvert fald ikke på kort sigt.

Med hensyn til patienter med komplicerede varicer anbefales det, at disse udredes og behandles på hospitalerne, hvor den karkirugiske afdeling kan trække på andre specialers ekspertise (p. 20). En af de praktiserende speciallæger siger om disse rekommandationer:

"…der gik politik i det på den måde at sygehusenes karkirurgiske afdelinger, de ville jo så gerne have, at de karkirurgiske afdelinger skulle have mere med det at gøre, og de var nervøse…for kvaliteten i praksis. Og dem i praksis, der virkelig var interesseret i det [varicekirurgi], var ikke nervøse for det, men kunne godt se, at der muligvis var nogle kollegaer rundt omkring, som ikke var helt top moderne i deres behandling. Så derfor blev det sådan et mærkelig kompromis, hvor man ikke skulle operere recidivlysker og man ikke skulle operere parva varicer i praksis. Og det har jo været nogle mærkelige ting, for mange af os kan jo sagtens de der ting, men der blev ligesom generaliseret […] Så jeg betragtede det ikke som en solidt fagligt funderet rapport, men mere som sådan en fagpolitisk tilkendegivelse."
[Interview med praktiserende speciallæge]

[157] Ved en stella venosa resektion lukkes den defekte vene ved sit udspring i lysken eller knæhasen. Derefter fjernes de enkelte åreknuder ved små snit (veneresektion). Hertil kan kirurgen vælge at trække den overfladiske venstamme ud af benet med en særlig krog, hvilket betegnes som "stripping".
En lokal resektion er en fjernelse af den enkelte åreknude uden indgriben i lyske/knæhase.
Sklerosering består i en som "indsprøjtning af et overfladeaktivt stof direkte i åreknuden, med det formål at denne herved tillukkes…" (Referenceprogrammet, p. 12)

4. Kvalitetskontrol og kvalitetsudvikling: Efterkontrol og klinisk database.

I forlængelse af overvejelserne omkring det eksisterende kvalitetsniveau indeholder referenceprogrammet også overvejelser omkring mulighederne for kvalitetskontrol og kvalitetsudvikling:

1. Med henblik på kvalitetskontrol af det individuelle patientforløb anbefales det, at patienter i begge sektorer rutinemæssigt indkaldes til *efterkontrol* 3-6 måneder efter operationen. Formålet med en sådan efterkontrol er bl.a. at undersøge, om der er tegn på gendannelse af varicer, om der er behov for behandling af eventuelle restvaricer[158], og om der er indtruffet komplikationer (eksempelvis infektion, skinnebenssår, blodpropper i venerne, nerveskader).
2. Med henblik på systematisk kvalitetsudvikling anbefaler referenceprogrammet (p. 23), at der oprettes *en landsdækkende klinisk database*, som omfatter åreknudebehandlingen i både sygehusvæsenet og speciallægepraksis, eftersom det hævdes at være en "forudsætning for kontrolleret at kunne højne niveauet af åreknudebehandlingen", at man "har adgang til redskaber, der klart kan beskrive det nuværende kvalitetsniveau og løbende tillader en registrering af veldefinerede parametre for kvaliteten af behandlingen". Dette behov for at udvikle et nyt registreringsredskab skyldes ifølge rapporten (p. 17), at der er en række metodiske problemer forbundet med at bruge Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, som datagrundlag i forbindelse med diskussioner af behandlingens indhold og kvalitet[159].

[158] Til forskel fra recidiv-varicer er restvaricer mindre varicer, som skyldes, at nogle vener ikke er blevet lukket eller fjernet ved en primær (og ellers korrekt udført) operation. Hvor meget der præcist skal fjernes, er en vurdering, som foretages af den enkelte kirurg.

[159] Ifølge mine oplysninger var det Sundhedsstyrelsen, som havde formandskabet i arbejdsgruppen, der forslog oprettelsen af en klinisk database. Som tidligere nævnt var Sundhedsstyrelsen på dette tidspunkt begyndt at promovere udviklingen af kliniske databaser i Sundhedsvæsenet generelt.

7.2. Efter referenceprogrammet

Selv om referenceprogrammet ikke leder til markante forandringer på åreknudeområdet umiddelbart efter dets offentliggørelse, så skal programmet med tiden vise sig at få en del indflydelse på den sundhedspolitiske og sundhedsfaglige udvikling på åreknudeområdet. Dette gælder både i forhold til udvikling af en klinisk database og i forhold til en række andre kvalitetsudviklingsorienterede tiltag. I et translationsperspektiv er disse effekter dog ikke referenceprogrammets fortjeneste alene: For ikke at forsvinde ud i glemslen er programmet således afhængig af, at der i den efterfølgende periode er aktører som "samler programmet op" på forskellig vis. I det følgende vil jeg redegøre for hvordan dette sker først som led i en opfølgende problematisering af variceområdet og dernæst som led i moderniseringen af kirurgisk speciallægepraksis.

7.2.1. Problematiseringen af varicebehandlingen fortsætter

Den problematisering af variceområdet, som referenceprogrammet indeholder, skærpes kort tid efter af en artikel i Ugeskrift for Læger. Her hævdes det indledningsvis (med henvisning til referenceprogrammet), at den aktuelle organisering af varicebehandlingen, hvor langt de fleste patienter behandles i speciallægepraksis eller på sygehusene "af kirurger uden specifik venekirurgisk uddannelse og med mange andre arbejdsområder" ikke gør det "muligt at honorere relevante behandlingsmæssige krav, idet omkring 40 % af alle primære indgreb efterfølges af behov for genbehandling" (Kofoed et al. 1999: 779). I artiklen, som er baseret på en undersøgelse af årsagerne til genbehandling efter åreknudeoperationer, konkluderer forfatterne, at undersøgelsens resultater peger i retning af "en radikal omlægning af varicebehandlingen i Danmark". Artiklen følges op af en række udtalelser i medierne, hvor der argumenteres for en øget centralisering af varicekirurgien[160]. Denne skærpede problematisering af området (i referenceprogrammet tales ikke om en "radikal omlægning" af varicekirurgien, men om "en opstramning af udrednings- og behandlingsprocedurer", p. 16) imødegås efterfølgende af flere praktiserende speciallæger, som kritiserer undersøgelsens metode og konklusioner[161]. Debatten viser, at kvaliteten af

[160] Foreningen af Speciallæger (der som tidligere nævnt rummer både speciallægerne i praksis og på hospitalerne) melder ud, at det især er på de mindre sygehuse, at der er kvalitetsproblemer, fordi de yngre læger her ikke har den samme rutine som de erfarne speciallæger. FAS mener dog samtidigt, at det kun er speciallæger med et større antal årlige operationer (mindst 50 og helst 200), der bør forestå varicebehandlingen og bakker dermed også op om idéerne om at samle åreknudekirurgien på færre hænder. Se *Politiken* (10. februar 1999, 1. sektion, p. 2): "Åreknuder skal på samlebånd".

[161] Debatten udspiller sig i *Ugeskrift for Læger* 1999 (nr. 12, nr. 18 og nr. 23).

åreknudebehandlingen stadig er et kontroversielt emne med en række potentielt problematiske implikationer for de praktiserende speciallægers faglige og fagpolitiske situation.
Selv om der i den efterfølgende tid er nogle amter, der tager skridt i retning af øget specialisering, så kritiserer repræsentanter fra Dansk Karkirugisk Selskab igen situationen på åreknudeområdet nogle år senere (Sillesen & Schroeder 2002). Udviklingen med hensyn til at øge centraliseringen og især med hensyn til at øge hyppigheden af radikale kirurgiske indgreb går ikke hurtigt nok, lyder kritikken. På baggrund af tal fra København hævdes det bl.a., at behandlingen i speciallægepraksis ikke er på højde med den behandling, der tilbydes på de karkirurgiske afdelinger i forhold til anbefalingerne om at operere i lysken for at undgå recidiv. Artiklen slutter med en opfordring til at forstærke forsøgene på at implementere af Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

"Det er…et problem, at de givne retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen ikke følges op. Dette overlades til dem, der efterspørger ydelsen, sygehusejerne og Sygesikringen. I den konkrete sag er der dog ingen, der har fulgt op på rekommandationerne, selv om de var klare og problemerne store. Vi anbefaler, at variceområdet kvalitetssikres nu. Er der tvivl om kvaliteten inden for enkelte områder, må det overvejes at indstille aktiviteten, indtil området er analyseret, og der er iværksat foranstaltninger til sikring af den fremtidige kvalitet. Lokalt må det pålægges amterne at gennemgå området med hjælp fra lokale eksperter, for eksempel de amtslige karkirurger. De karkirurgiske afdelinger bør oprustes, så de kan løfte deres del af ansvaret, sådan som Sundhedsstyrelsen har beskrevet det. En landsdækkende venedatabase har været under forberedelse i flere år, men desværre er finansieringen fortsat uafklaret." (Sillesen & Schroeder 2002: 1662)

Denne reference til en klinisk database peger et par år tilbage i tiden, men før vi vender blikket mod Venedatabases udvikling, skal et vigtigt initiativ til kvalitetssikring af den kirurgiske indsats i speciallægepraksis fremhæves. Det drejer sig om udarbejdelsen af en såkaldt moderniseringsrapport for kirurgisk speciallægepraksis, der kommer til at spille en vigtigt rolle for udviklingen af varicebehandlingen i speciallægepraksis og for bestræbelserne på at indrullere de praktiserende speciallæger i Venedatabasen[162].

7.2.2. Referenceprogrammets anbefalinger oversættes til honoreringsbestemmelser

I de første år efter udgivelsen får referenceprogrammets ikke nogle konsekvenser for den overordnede organisering og styring af åreknudebehandlingen i speciallægepraksis. Referenceprogrammet spiller primært en rolle som en konsensusbaseret tilkendegivelse af, hvad der på dette tidspunkt anses for at være den korrekte håndtering af varicer i sundhedsvæsenet, hvilket vil sige, at det er op til den enkelte speciallægeklinik at foretage de fornødne justeringer, hvis den eksisterende praksis ikke lever op til anbefalingerne. I 2001 nedsættes der imidlertid – som led i de

[162] Når karkirurgerne i det ovenstående citat ikke nævner moderniseringsarbejdet, som er startet i 2001, skyldes det sandsynligvis, at de ikke kender til det, eftersom den færdige rapport først udkommer i oktober 2002.

periodiske opdateringer/moderniseringer af de enkelte praksisspecialer – en arbejdsgruppe, der skal kigge nærmere på det kirurgiske speciale. Det er i forbindelse med denne gruppes arbejde, at referenceprogrammet "hives frem fra skuffen" (som en informant formulerede det[163]) og bliver medvirkende til, at der i den endelige rapport[164] fremsættes en række anbefalinger, som efterfølgende indskrives i den nye overenskomst mellem Sygesikringen og FAS. Dette betyder, at overenskomsten ændres, så de varicerelaterede ydelser bliver en del mere økonomisk attraktive for de praktiserende speciallæger[165]. Til gengæld indvilliger lægernes forhandlere i at lade honoraret for sklerosering udgå af overenskomsten, samtidigt med at der opstilles regler for hvilke slags åreknudepatienter, de praktiserende speciallæger må behandle i deres praksisser (ukomplicerede varicer i magnaområdet og eventuelt i parva), og for hvem der må udføre åreknudekirugi i speciallægepraksis[166]. Disse bestemmelser er ensbetydende med, at gruppen af praktiserende speciallæger giver afkald på en del af deres traditionelle kliniske autonomi ("vi har pålagt os selv store bindinger", som én formlerede det) – noget som ikke alle lægerne var lige begejstrede for.

7.2.3. Forandringer i speciallægepraksis: Exit og (delvis) compliance

I dette afsnit vil jeg kort beskrive nogle af de forandringer, som den emergerende konstellation af anbefalinger, krav og incitamenter på variceområdet er med til at producere i speciallægepraksis (med fokus på temaer, som aktualiseres af Venedatabasen). Dette er interessant, fordi forandringerne siger noget om, i hvor høj grad speciallægepraksis (præ)struktureres (Berg 1997: 97) på måder, der er forenelige med Venedatabasens senere fordringer.

1. Exit[167]

De nye krav på åreknudeområdet, som formuleres i referenceprogrammet, i faglige fora og i overenskomsten er medvirkende til, at en del praktiserende speciallæger holder op med at behandle varicer. Det gælder primært de læger, der behandler relativt få varicepatienter og ikke har dette

[163] Det er ikke helt klart, om det er FAS eller ARF, som bringer referenceprogrammet ind i forhandlingerne, men ifølge en anden informant var ARF interesserede i at hæve kvaliteten, mens FAS/FAPS både var interesserede i at hæve kvaliteten og honorarerne.
[164] *Modernisering af det kirurgiske speciale*. Rapport fra moderniseringsudvalget. Oktober 2002.
[165] For det første indføres der et honorar for både dopplerundersøgelse og duplexscanning, for det andet forhøjes honorarerne for de operative ydelser, og for det tredje fritages de varicerelaterede ydelser fra knækgrænsereglerne.
[166] Det bestemmes således, at kun de ortopædkirurger, der har anskaffet sig en duplexscanner, og samtidigt kan dokumentere en vedligeholdt varicekirurgisk kompetence (bl.a. erfaring med at udføre Stella venosa-operationer), må fortsætte med at operere varicer.
[167] Hirschmann (1970) bruger begrebet "exit" til at referere til det fænomen, at en kunde trækker sig ud af de forbindelser, som denne tidligere indgik i, fordi disse nu opfattes som ufordelagtige.

sygdomsområde, som en af deres hovedinteresser (disse findes især blandt ortopædkirurgerne). Dette er en væsentlig grund til at antallet af praktiserende speciallæger, der behandler varicer (under Sygesikringen), falder fra ca. 100 i 1996 til ca. 25 i 2005[168].

I perioden efter referenceprogrammet oprettes der i tilknytning til visse offentlige sygehuse specialiserede veneklinikker og samtidigt øges optaget af åreknudepatienter på de karkirurgiske afdelinger. Denne udvikling er medvirkende til at antallet af variceoperationer foretaget i speciallægepraksis på landsplan i dag er faldet til ca. 6.500 (mod ca. 10.500 i 1996) mens sygehussektorens andel af det samlede antal operationer omvendt er steget. Det betyder, at speciallægepraksis i 2006 udfører lidt under halvdelen af alle variceoperationer.

2. Efterlevelse af anbefalingerne (compliance)

Givet den omfattende litteratur om eksistensen af variationer i den kliniske praksis og om problemerne med at forandre denne praksis i overensstemmelse med den nyeste lægefaglige evidens[169], er det nærliggende at spørge, i hvor høj grad de (resterende) praktiserende speciallæger har efterlevet de centrale anbefalinger fra referenceprogrammet og moderniseringsrapporten. Og selv om dette kan siges at være et af de spørgsmål, som Venedatabasen bl.a. er konstrueret til at give svar på, vil jeg alligevel knytte et par bemærkninger til det, eftersom spørgsmålet har relevans for forståelsen af den måde, de praktiserende speciallæger forholder sig til Venebasen på[170].

Diagnosticeringsteknologi

Stort set alle praktiserende speciallæger, der vælger at fortsætte med at behandle varicer efter den nye overenskomst i 2003 anskaffer sig en duplexscanner og deltager i kurser om brugen af scanneren (en opgørelse foretaget med udgangspunkt i sygesikringsdata viste at 99 % af undersøgelserne i praksis udføres med duplexscanner). Dette har krævet betydelige investeringer[171], men udviklingen kan tilskrives en kombination af:

[168] De 100 nævnes i referenceprogrammet, mens de 25 er antallet af praktiserende speciallæger på en liste udarbejdet af Venebasens styregruppe plus nogle klinikker, som ikke står på denne liste.
[169] Se f.eks. Oxman et. al. 1995 for et overblik og referencer.
[170] Med hensyn til nedenstående bemærkninger om henholdsvis undersøgelses- og behandlingsmetoder skal disse læses med det forbehold, at anskaffelse af duplexscanner ikke er ensbetydende med, at scanneren bruges præcis, som det forskrives af eksperterne på området, og at det samme gælder med hensyn operationsmetoderne, hvor der kan være forskellige måder at udføre "den samme" operation på. Det har ikke været formålet med undersøgelsen at udforske disse mere detaljerede aspekter vedrørende spørgsmålet om compliance med referenceprogrammets anbefalinger.
[171] I moderniseringsrapporten fra 2002 prissættes en scanner til 400.000-500.000 kr. og den nødvendige uddannelse til ca. 100.000 kr. Nogle scannere er dog dyrere, mens de billigste koster 200.000-300.000.

- at variceeksperter i tiden efter referenceprogrammet forstærker anbefalingerne om brugen af duplexsanner yderligere, så dens anvendelse nu præsenteres som nærmest obligatorisk ved udredningen af alle slags varicer,
- de ovennævnte ændringer i overenskomsten, som gør det langt mere rentabelt at investere i scanner og uddannelse,
- at priserne på duplexscannere falder i årene efter udgivelsen af referenceprogrammet,
- at duplexscanneren opleves som en gevinst i det daglige arbejde af de læger, som begynder at tage den i brug.

Operationsmetoder

I forhold til valg af operationsmetode er der sket en markant stigning (fra 19 % til 55 %) i andelen af operationer i speciallægepraksis, som udføres med brug af den i Referenceprogrammet anbefalede operationstype. Dette betyder dog også, at der i henhold til de normer, der formuleres i de faglige tidsskrifter, stadig er for mange af patienterne i speciallægepraksis (45 %), der alene opereres lokalt. Med hensyn til sklerosering er det mit indtryk at der er meget få, der stadig bruger denne metode i sin traditionelle form. Reduktionen af antallet af skleroseringer startede allerede i begyndelsen af 1990'erne, dvs. før referenceprogrammet. (I dag er nye former for skumbehandling dog så småt ved at vinde frem).

Efterkontrol

Referenceprogrammets anbefalinger om kvalitetskontrol i form af en opfølgende undersøgelse af patienter 3-6 måneder efter operation bliver generelt *ikke* en del af den normale procedure i speciallægepraksis. Dette skyldes især, at mange praktiserende speciallæger ikke oplever de store problemer med komplikationer hos deres patienter i praksis, og at de derfor foretrækker at bruge tid på andre opgaver end efterundersøgelse af disse patienter. Dertil kommer, at efterundersøgelse som regel kræver en henvisning fra den praktiserende læge, hvilket gør, at patienten selv skal tage initiativ til efterundersøgelsen (jf. referenceprogrammet p. 108).

Visitation

Med hensyn til referenceprogrammets anbefalinger vedrørende arbejdsdeling, som skrives ind i moderniseringsrapporten, er der enkelte læger, som (med eller uden den regionale karkirurgiske afdeling viden) opererer primære parva-varicer og/eller recidiv-varicer. Lægernes begrundelse for

dette er, at de ikke mener, at man kan byde patienterne at vente i flere år på en operation på sygehuset:

"…det begyndte jeg på, fordi det var helt uacceptable ventetider…2-3 år for at få lavet det, og folk kom tilbage til mig fordi de blev sendt tilbage fra [sygehus X], og så skulle jeg operere dem alligevel, og så havde de fået kronisk bindesår i mellemtiden. Og når man så har en scanner og kan gå ind og se præcist, hvor det er, man skal ind, så kan man ligeså godt lave det, når man er lidt vant til det.. […] Og det samme gælder recidiv-varicer, hvis det ikke ser meget kompliceret ud, så er det ikke noget problem" [Interview med praktiserende speciallæge]

Desuden mener man at den behandling, man kan tilbyde, er fuldt på højde med den, der tilbydes på de karkirugiske afdelinger:

MBK: Der var også referenceprogrammet, hvor de laver nogle visitations-'regler', hvor de siger, at parva-varicer og recidiv-varicer skal ind på hospitalet…
PS: Ja, det siger de. Jeg er ekspert i parva-varicer kan jeg godt fortælle dig, så vi griner lidt ad det, når de siger det, ikke.. Og recidiverne, jeg opererer flere gange om ugen […] Det er noget de siger, men de ved ikke, hvad der foregår i praksis. De ved ikke, hvad vi kan gøre i praksis, i hospitalsvæsenet. [Interview med praktiserende speciallæge]

Der er ikke en særskilt takst i overenskomsten for operationer i parvaområdet, men de praktiserende speciallæger håndterer sagen på den måde, at de afregner operationen som en operation i magnaområdet.

Der er således også på dette punkt læger, som ikke lader sig anfægte af moderniseringsrapportens forskrifter, og altså i praksis fastholder en form for autonomi[172].

[172] Man kunne forestille sig, at implementeringen af Venebasen i speciallægepraksis kunne give anledning til visse problemer i relation til denne måde at håndtere visitationer på – specielt hvis informationerne fra Venebasen krydskøres med sygesikringsregisteret. Ifølge databasens styregruppe er det dog kun, hvis databasens resultater viser, at der er kvalitetsproblemer i relation til disse patienter, at man vil foretage sig noget fra databasens side. Spørgsmålet lod ikke til bekymre de praktiserende speciallæger, jeg talte med, som behandlede recidiv-varicer.
Med et neo-weberiansk professionsperspektiv (Macdonald 1995) kan man se de praktiserende speciallægers aktiviteter som et udslag af økonomisk egeninteresse. Dette perspektivs forklaringsværdi er dog tvivlsom i dette tilfælde: I den nuværende situation har lægerne således "masser af patienter" på grund af det aktuelle forhold mellem udbud og efterspørgsel i sundhedsvæsenet, og lægerne lader da heller ikke til at have noget mod at overlade disse patienter til hospitalerne, hvis ventetiderne "er rimelige" (ikke over et år).

7.3. Delkonklusion

I det foregående har jeg redegjort for, hvordan der med referenceprogrammet artikuleres en relativt konsensusbaseret problematisering af åreknudeområdet, som inkluderer forskellige løsningsforslag, herunder oprettelsen af en klinisk database til kvalitetsudvikling. Desuden har vi set, hvordan referenceprogrammet efterhånden får indflydelse på aktiviteterne i speciallægepraksis blandt andet som følge af, at programmet kobles sammen med overenskomsten. I forhold til dette kapitels fokus på Venedatabasen er den væsentligste pointe, som jeg vil fremdrage på baggrund af denne gennemgang, at *referenceprogrammets problematisering af kvalitetsniveauet og dets lægefaglige anbefalinger – kombineret med moderniseringsrapportens senere kobling mellem de faglige anbefalinger og økonomiske incitamenter – er med til at producere en adoptør-population, som, hvad angår interesser, kompetencer og teknologier, er mere homogen og mere "velforberedt" på den kliniske database, som senere udvikles, end 1998-populationen af praktiserende varicekirurger ville have været*. I modsætning til den typiske varicekirurg anno 2005, så var den typiske åreknudeoperatør i speciallægepraksis anno 1998 således ikke i besiddelse af den mest moderne udredningsteknologi (duplexscanner) og var ikke efteruddannet ved en karkirurgisk afdeling i brugen af denne teknologi. Endvidere var åreknudebehandling som nævnt spredt på en meget større gruppe af praktiserende speciallæger inden for hvilken, den faglige interesse for åreknudebehandling varierede mere, ligesom den årlige kliniske aktivitet gjorde det[173]. Dette er en pointe, som jeg mener, det er vigtigt at have in mente, hvis man vil forstå den (relativt positive) modtagelse, som Venedatabasen har fået i speciallægepraksis sammenlignet med, hvad man kunne have forestillet sig, hvis databasen f.eks. var blevet introduceret i 1998 omkring tidspunktet for referenceprogrammets udarbejdelse. Jeg afprøvede denne tese under et interview med foranden for databasens styregruppe:

MBK: …jeg har sådan en idé om, at hvis Venedatabasen f.eks. var blevet introduceret til praktiserende speciallæger allerede der i 1998/99…
O1: [afbryder] Det var gået galt…
MBK: […] det var det jeg tænkte, for der skete jo utroligt meget efterfølgende, som gjorde at det i dag måske ser helt anderledes ud med hensyn til at få den ud i praksis?
O1: Ja, jeg tror på mange måder, det er godt, at det har taget så mange år. Vi kunne have fejlet i starten, ja, det kunne vi. [Interview med den databaseansvarlige overlæge]

Man kan måske endda hævde, at i det omfang de første data fra Venebasen vil påvise et højnet kvalitetsniveau på åreknudeområdet i forhold til niveauet fra sidste halvdel af 1990'erne, så vil udviklingen i kvalitetsniveauet i højere grad kunne tilskrives de ændringer i praksis, som har fundet

[173] Et andet forhold, der er med til at ændre adoptør-populationen, er, at nogle af de ældre speciallæger går på pension i perioden og afløses af yngre kirurger.

sted før og sideløbende med design- og programmeringsarbejdet, end de ændringer som selve driften af databasen afstedkommer. Dette er dog ikke ensbetydende med, at driften af databasen ikke vil medvirke til at forandre den kliniske praksis, men at eventuelle forandringer på kortere sigt sandsynligvis vil være mindre omfattende og mindre markante end forandringer defineret ved (og resulterende fra) indførelse af helt nye diagnosticerings- og operationsmetoder.
I forhold til denne afhandlings tema er en af de centrale pointer i denne case altså, at der sker en række markante forandringer på det venekirurgiske område, lang tid før databasen bringer nogle resultater i spil. Disse forandringer implicerer forskydninger af lægefaglig aktivitet og autonomi, og de viser samtidigt, hvilket forandringspotentiale der trods alt er forbundet med at koble problematiseringer af den kliniske kvalitet til økonomiske (og fag-teknologiske) tiltag via overenskomsterne for speciallægepraksis (selv om forløbet ikke resulterer i en fuldkommen programmatisk adfærd).

7.4. Venedatabasen i speciallægepraksis

7.4.1. Idéen om en klinisk database antager projektform

Efter denne lille omvej gennem referenceprogrammet og dets forskellige udløbere forskellige visse af de dokumenter og praksisser, som samler referenceprogrammet op skal vi tilbage på "databasesporet", som det former sig i tiden efter Sundhedsstyrelsens referenceprogram. Med udgangspunkt i diskussionerne i forbindelse med referenceprogrammets tilblivelse beslutter man sig nemlig i Dansk Karkirurgisk Selskab for at følge op på forslaget om at udvikle en landsdækkende klinisk database, som skal indeholde en række informationer relateret til den enkelte patients operative åreknudeforløb. Til dette formål aftales det i slutningen af 1998, at der nedsættes en mindre arbejdsgruppe med repræsentanter fra sygehusene og speciallægepraksis. Gruppen skal ledes af overlæge i karkirurgi, O1[174]. I det følgende vil jeg ikke beskæftige mig med databasens udvikling generelt, men i stedet rette fokus mod de relationer, som den emergerende database søger at knytte til de praktiserende speciallæger og på nogle af de implikationer, dette har for databasen og for speciallægepraksis[175].

7.4.2. Repræsentanter for speciallægepraksis indrulleres i udviklingsarbejdet

O1 tager tidligt i forløbet kontakt til en praktiserende kirurg, PS1, som er kendt for at være fagpolitisk aktiv og respekteret af mange af kollegerne i praksis. O1 behøver ikke at anstrenge sig for overtale PS1 til at agere repræsentant for speciallægepraksis i udviklingen af Venebasen. PS1 har nemlig siden referenceprogrammets anbefaling om at oprette en database på åreknudeområdet været interesseret i at få speciallægepraksis med i en sådan database, som efter hans vurdering rummer muligheder af både faglig og fagpolitisk art. På trods af at PS1 har været skeptisk over for de hårdeste kritikere af kvalitetsniveauet i speciallægepraksis ,hvad angår varicebehandlingen, så er han enig i, at der *har* været visse problemer med kvaliteten på området både i praksis og på sygehusene, og i at en database kan være med til at kortlægge disse mere præcist. Samtidigt er han dog overbevist om, at kirurgisk speciallægepraksis er på rette vej fagligt set, og om at

[174] O1 har i forvejen været med til at udarbejde referenceprogrammet og betragtes af repræsentanter for de praktiserende kirurger for at være rimelig "pragmatisk" i sin tilgang til spørgsmålet om arbejdsdelingen mellem hospitalerne og speciallægepraksis. Denne karakteristik skal forstås på baggrund af, at mange praktiserende speciallæger opfatter nogle af de fremtrædende karkiruger som mere dogmatiske og usaglige i debatten om åreknudekirurgiens kvalitet og placering i sundhedsvæsenet.

[175] I bilag 5 findes en kort beskrivelse af nogle af de andre relationer, som databasen søger at knytte, og om de problemer den støder på i den sammenhæng.

speciallægepraksis som helhed vil komme fint ud af en eventuel kvalitetssammenligning med sygehusene. Derfor ser PS1 også en fagpolitisk interesse i databasen, da tallene efter hans opfattelse vil kunne bruges til at styrke speciallægepraksis position i fremtidige diskussioner om varicekirurgiens placering og vilkår i sundhedsvæsenet. PS1 går derfor ind i arbejdet med databasen, hvor han skal kommentere på databasens design og samtidigt forsøge at sikre opbakning til databasen blandt sine kolleger i speciallægepraksis. Det sidste gør han dels ved at fortælle sine kolleger (som deltager i de faglige møder) om de faglige og fagpolitiske perspektiver i databasen, som han opfatter dem, og dels ved at han i løbet af 2005/06 forsøger at overtale Sygesikringen til at indvillige i at yde et honorar til de praktiserende kirurger for at indberette til databasen. PS1 opfatter kompensation for det anvendte tidsforbrug som værende rimeligt i sig selv, og som en fordel i forbindelse med at få opbakning til databasen fra de praktiserende speciallægers side.

Da databasen er klar til at blive testet i 2005, kontaktes endnu en praktiserende kirurg, PS2, som sideløbende med PS1 skal prøvekøre databasen i sin klinik med henblik på at kommentere dens funktionalitet set fra et speciallægepraksis perspektiv. Ligesom PS1 er PS2 ligeledes umiddelbart interesseret i at bidrage til arbejdet med at udvikle databasen, hvilket bl.a. skyldes hans gode erfaringer med Herniedatabasen (se næste kapitel):

MBK: Dengang da han [O1] kontaktede dig omkring, om du ville være med, hvad var da din umiddelbare reaktion?
PS2: Meget positiv, fordi vi havde jo haft årevis erfaring med Herniedatabasen, hvor vi indberettede papirmæssigt, og alle gjorde det […] Det var nemt, det var hurtigt, man kunne se fordelene, man kunne lave videnskab på materialet, man kunne se, kvaliteten var i orden, man kunne se, hvordan man lå i forhold til andre osv.

I testperioden aktiveres databasen for første gang i speciallægepraksis, og i det følgende vil jeg kort beskrive nogle af de oversættelser, som mødet med speciallægepraksis involverer.

7.5. Databasens første møde med speciallægepraksis: Transformationer og kompromisser

"To interest and to transform are two faces of the same reality." (Akrich et. al. 2002b: 209)

"…det, der altid sker, er, at det bliver for omfattende, at man ender med at have for mange data... Så kunsten er at koge det ned i stedet for at koge det op. Og det er en typisk fejl man gør i starten, som jeg også ville have gjort, hvis det var mig, der havde siddet med det, for man er også bange for, at den ikke er fyldestgørende nok. Men så er det, der skal komme nogen udefra, som siger 'det der, det dur ikke, for det bliver ikke anvendt, hvis det er sådan der'. Så vi må gå på kompromis med nogle ting og så sige: 'Dét der kan vi så ikke svare på, hvis vi spørger databasen om det, men det er også lige meget'." (Interview med praktiserende speciallæge, som var med til at teste databasen)

Deltagerne i udviklingsgruppen har generelt været tilfredse med samarbejdet om konstruktionen af databasen og beretter ikke om de helt store kontroverser. (Dette kan bl.a. tilskrives den relative konsensus på området, som udarbejdelse af referenceprogrammet var med til at skabe). Der har dog været visse diskussioner i arbejdsgruppen om dataregistreringens omfang og form. Disse har især været knyttet til spændingen mellem:

a) hensynet til den type analyser (kvalitetsmåling og forskning), som skal kunne gennemføres med udgangspunkt i databasen og
b) pragmatiske hensyn til klinikernes interesser i relation til databasens integration i den daglige drift (hvor tidsforbruget knyttet til registreringen er den primære bekymring).

Her er de pragmatiske hensyn i stigende grad blevet tillagt større betydning. Som det indledende citat antyder, så resulterer kritiske kommentarer fra de praktiserende speciallægers repræsentanter i en reduktion af den registreringsaktivitet, som databasen fordrer af sine brugere. Et af de områder, hvor man især skærer ned, er på mængden af de (obligatoriske) præ-operative informationer. Det præ-operative element i registreringsfladen er interessant, fordi det er hér, at vilkårene for fremtidige (automatiserede) dataanalyser indskrives, som et produkt af de diskussioner, der udfolder sig i spændingsfeltet mellem "videns-skabende" og pragmatiske hensyn. Et eksempel på spændingen (og et tilknyttet afspændingsforsøg) er, at man i styregruppen har en diskussionen om, hvorvidt man i databasen skal registrere højde og vægt som baggrundsvariable på patienterne. Da der ikke var enighed om dette (repræsentanterne fra speciallægepraksis mente, at det var overflødigt tidskrævende at skulle måle højde og vægt, mens nogle af sygehuslægerne fandt det relevant), besluttede man at indsætte registreringsfelter til disse variable, men at lade det være op til den enkelte behandlingsenhed, om man ville udfylde dem. Når jeg blev opmærksom på denne diskussion skyldtes det, at den blev genåbnet (kortvarigt) på et møde, hvor en af

kompetencecenterets repræsentanter (KC1) stiller et spørgsmål til de databaseansvarlige overlæger fra styregruppen, (O1, O2[176] og O3):

KC1: Jeg lagde mærke til, at de fleste felter var obligatoriske, men ikke højde og vægt. Hvorfor ikke? Det er min erfaring at det kan være vigtigt når man skal analysere på resultaterne – det er vigtigt at vide om patienterne er overvægtige…
O3 [den tredje overlæge fra styregruppen]: Det er et spørgsmål, som har været diskuteret og vi endte med det her.
O2: Ja, hvorfor var det nu O1?
O1: Der var jo en diskussion, og så endte vi med at lade det være frivilligt..
KC1: Ja, men hvad var argumentet imod at det skulle være obligatorisk?
O2: Det er spørgsmålet, om man kan få højde og vægt på alle i speciallægepraksis…
PS2 [praktiserende speciallæge]: De afdelinger, der interesserer sig for det, kan jo bare registrere det. Det er et problem hvis vi [i speciallægepraksis] skal måle vægt og højde. Det er for besværligt.
X1: Ja, men I kan jo bare spørge patienten…
O3: Men dette er et kompromis mellem, hvad der skal med, og hvad der ikke skal med, og jeg synes, det skulle med, og nogle synes ikke, det skulle med.
O5 [overlæge]: Hvis man bare spørger patienten om højde og vægt, kan man ikke bruge det – det bliver det for upræcist.
O1: Ja, det er et kompromis. Vi registrerer jo heller ikke [forbruget af] cigaretter…

Også andre felter (relateret til anamnese) i det præoperative registreringsskema gøres valgfri frem for obligatoriske, mens nogle felter ikke overlever mødet med (repræsentanterne fra) speciallægepraksis, idet de fjernes helt fra databasen (f.eks. et felt til registrering af "tidligere graviditeter" – en variabel der før testfasen indgik som en prognostisk risikofaktor i databasen). Disse transformationer er dog ikke revolutionerende i forhold til den tidligere version af databasen, idet databasens design forbliver intakt, hvad angår de i udviklernes øjne mest centrale elementer. Nogle af disse elementer fordrer en ekstra-aktivitet, der strækker sig længere end det at videregive oplysninger med udgangspunkt i en allerede eksisterende praksis: *For det første* tilskynder databasens præ-operative registreringsskema[177] til en relativt detaljeret registrering af undersøgelsesfund – mere detaljeret end de fleste klinikere har tradition for. Den detaljerede registrering af undersøgelsesfund er noget, som har ligget styregruppens formand, O1, meget på sinde, eftersom han mener, at der er evidens for, at utilstrækkelig udredning er del af årsagen til de høje recidivrater. Den detaljerede registrering skal derfor bidrage til mere præcise analyser i forbindelse med opgørelsen af recidivraterne. *For det andet* betyder databasens fokus på efterkontrol og komplikationer[178], at de af databasens brugere, som ikke tidligere har gennemført efterundersøgelser pålægges en ny arbejdsopgave i forbindelse med et patientforløb. Som tidligere nævnt blev efterkontrol i speciallægepraksis aldrig en del af den normale rutine, og selv de to

[176] O2 er overlæge i karkirugi med stor erfaring i at arbejde med kliniske databaser. O2 har fået ansvaret for at programmere databasen, idet man i styregruppen mener, at O2 besidder en god kombination af klinisk indsigt og informationsteknologisk kompetence.
[177] Se bilag 4: Registreringsskema "Præoperativt".
[178] Se bilag 4: Registreringsskema "Follow up".

praktiserende speciallæger, som testede databasen, havde ikke indkaldt patienter til efterundersøgelse i forsøgsperioden. De angav netop manglende tid som grunden til dette. På mit spørgsmål om, hvorfor man så ikke havde opponeret mod at gøre efterkontrol til et fast element i databasen lød svaret, at en af idéerne med databasen jo var, at speciallægepraksis og sygehusene skulle kunne sammenlignes via de samme kvalitetsparametre. Her har man altså accepteret, at der indskrives en ny arbejdsopgave i databasens script af hensyn til de ambitioner om kvalitetskontrol, som artikuleres i referenceprogrammet.

Ovenstående viser, hvordan databasen i mødet med de repræsenterende speciallægepraksisser transformeres som led i en forhandlingsproces, der roterer om *de simultane hensyn til fremtidens bruger og teknologiens fremtid*. Samtidigt med at databasen transformeres, så fordrer databasens script dog også transformationer af den sundhedsfaglige praksis, som databasen skal realiseres i. Denne proces, hvor foranderligheden af både teknologi og praksis søges afklaret, har genklang i oversættelsesmodellens generaliserede pointer om betydningen af fleksibilitet i innovationsprocesser (Latour 1987) samt i Bergs (1997) analytiske beskrivelser af, hvordan ”rationaliserende teknologier” indarbejdes i den medicinske praksis. Og som disse forfattere minder om, så kan processerne ikke anses for endeligt afsluttede, blot fordi den formelle testfase er ovre: Mange teknologier (og herunder også mange kliniske databaser) udvikles løbende i takt med, at nye interaktioner mellem brugere, teknologi og designere udspiller sig i forbindelse med ”implementering” og ”drift”.

7.6. Overgangen til drift: Det fortsatte indrulleringsarbejdes nødvendighed

”It’s essential to continue to generate interest… You can’t ever stop becoming more real” (Latour 1996b: 85)

”…det er ikke godt nok, men det går fremad” (Medlem af styregruppen ved Repræsentantskabsmøde i Venedatabasen, 6. juni, 2007 – lidt over et år efter at databasen officielt gik i drift).

Da det vurderes, at Venebasen omsider er ved at være klar til at blive taget officielt i brug, begynder arbejdsgruppen i 2005 at tage kontakt til de kliniske enheder i sygehussektoren og speciallægepraksis for at informere om Venebasens forestående opstart og tilskynde enhederne til at tilslutte sig databasen. Til dette formål har styregruppen udarbejdet en liste over variceopererende enheder. Identifikationen af de kliniske enheder, som skal indberette til databasen, sker i første omgang ved, at man trækker på den viden, som findes blandt styregruppens medlemmer[179]. Hverken i 2005 eller 2006 bruger man særligt meget energi på at få absolut *alle* åreknudebehandlende enheder med på listen[180]. Især interesserer man sig ikke så meget for de enheder, som opererer ganske få åreknuder. Denne indfaldsvinkel kan umiddelbart forekomme en smule paradoksal, når man tager i betragtning, at det i styregruppen forventes, at der vil være flest kvalitetsproblemer på afdelinger, som udfører få operationer (jf. internt møderefferat, 16. januar 2006). Ifølge databaseadministrator skyldes denne tilgang, at man ikke ville bruge særlig meget energi på at overtale de mindre enheder til at være med. Med hensyn til speciallægepraksis skyldes den lidt ”afventende” indrulleringsstrategi desuden, at nogle af de praktiserende speciallæger, som man forventede ville blive svære at overtale, var tæt på pensionsalderen. Derfor ville man hellere se tiden lidt an frem for at ”bruge krudt på” at overtale dem[181]. I stedet har man valgt at prioritere arbejdet med at a) færdigudvikle databasen, b) sikre accepten fra de store afdelinger og praksisser og i forlængelse heraf c) opnå Sundhedsstyrelsens godkendelse af databasen, som vil gøre det lovpligtigt at indberette.

I det officielle brev fra Venedatabasens styregruppe til de identificerede afdelinger og speciallægepraksisser opfordres disse til at indberette til den nye database, og der angives en række grunde til, at enhederne bør være interesserede i at tilslutte sig databasen: For det første hævdes det, at man ved at deltage i databasen vil bidrage til faglig udvikling og kvalitetsudvikling af

[179] Desuden har man for speciallægepraksis vedkommende tidligere sendt brev til alle læger med kirurgisk ydernummer (hvoraf det ikke er alle som opererer åreknuder). Svarene på denne henvendelse suppleres med det kendskab, som de praktiserende speciallæger i styregruppen har til deres praksiskollegers aktiviteter.

[180] Hvis man f.eks. vil være nogenlunde sikker på at få alle praktiserende speciallæger (som behandler åreknuder) med, så er den bedste metode at anvende Sygesikringens register til at finde dem, der indenfor en vis periode har fået udbetalt honorarer for varicerelaterede ydelser.

[181] Senere i forløbet er man dog – som vi skal se – nødt til mere systematisk at beskæftige sig med spørgsmålene om, hvilke enheder der deltager, og hvad man skal stille op med de enheder, som ikke umiddelbart lader sig indrullere.

variceområdet. Med databasen kan man således udvikle fagets vidensgrundlag ved at "få tal på indgreb, diagnostisk metode, typer af operationer samt nyere behandlingstiltag og senere tal på recidivoperationer", hvilket vil kunne medvirke til at nedsætte recidivfrekvensen fra "de 40 %, som har været en kendsgerning i mange år". Samtidigt vil den enkelte kirurg få "sin egen kvalitetsprofil" og kunne sammenligne sine egne tal med tallene på landsplan[182]. Det nævnes også i brevet, at man fra arbejdsgruppens side har bestræbt sig på "at gøre indtastningen så enkel som overhovedet mulig", og endelig anføres det, at "det er et krav med en sådan registrering før operation og ved kontrolbesøg"[183]. Udover denne skrivelse indbydes lægerne i 2006 til to præsentationer af databasens brugergrænseflade og funktionalitet[184].

I 2005 forestiller Venebasens repræsentanter sig, at databasen vil gå i drift året efter med tilslutning fra størstedelen af de relevante afdelinger og speciallægepraksisser. Optimismen skyldtes især, at man i tiden efter referenceprogrammet havde oplevet, at mange af de praktiserende speciallæger havde udvist stort engagement med hensyn til den faglige udvikling af variceområdet, og at man havde fået flere positive tilkendegivelser med hensyn til at deltage i databasen fra både sygehusafdelinger og praktiserende speciallæger. I styregruppen bliver man derfor en anelse skuffet, da man ved udgangen af 2006 kan konstatere, at kun seks ud af de ca. 20 praktiserende speciallæger på databasens liste har oprettet sig som brugere og er begyndt at indberette data, og at det kun er lidt bedre for sygehusafdelingernes vedkommende (11 ud af 18). Endvidere viser efterfølgende analyser, at det ikke er alle de tilmeldte praksisklinikker og sygehusafdelinger, der registrerer alle deres behandlingsforløb.

I styregruppen bliver udfordringen med at sikre databasen en højere udbredelsesgrad ofte drøftet ved møderne. Her kommer vi ind midt i en samtale om, hvilke enheder, der er behov for at tage kontakt til rundt omkring i landet:

O1: Der er to sygehuse, som siger, at de indberetter, men der kommer ikke nogen data. De opererer nogle patienter, men de taster ikke dem alle sammen ind.
O3: så må vi bede dem om at gennemgå deres data og taste dem, de mangler ind
O1: Hvem meget laver det i X-køb ing?
O2: Jeg kan prøve at finde ud af det…
O1: Hvad med ham [praktiserende speciallæge] i Y-køb ing? Han nægter stadig?
PS1: Han siger som så mange andre at han ikke har tid […]

[182] Det fremgår ikke af skrivelsen, hvordan tallene ellers vil blive offentliggjort. På dette tidspunkt er der krav fra Amtsrådsforeningen om offentliggørelse med angivelse af navnene på de deltagende sygehusafdelinger, mens det er uklart, hvilke krav der vil blive stillet med hensyn til offentliggørelse af data fra speciallægepraksis.
[183] Det specificeres ikke, hvem der kræver dette, hvor kravet er formuleret, eller hvad konksekvenserne af at modsætte sig det vil være.
[184] Første præsentation finder sted i forbindelse med et arrangement for praktiserende speciallæger i Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi og den anden i forbindelse med databasens officielle stiftelse, hvor både sygehusene og speciallægepraksis er inviteret.

O1: Hvad gør vi, hvis de ikke vil?
O3: Jeg ved ikke med bekendtgørelsen…vi kan prøve at skrive til regionen, og så må den gøre noget. Men hvis den pågældende overlæge siger, han ikke vil – det gør O7 jo – og sygehusledelsen giver ham ret så…
PS2: Hvorfor vil overlæge O7 ikke?
O3: O7 vil have, at det er sekretærerne, der skal gøre det, men de kan ikke nå det, så det hober sig op. Man er oppe imod nogle kræfter, som siger: "vi vil godt, men vi kan ikke [nå det]"
PS2: Men når Herniebasen kan…de sender jo 'bandbuller' ud til de sygehuse, som ikke får indberettet…
O3: Det afhænger i sidste ende af sygehuschefen. Der skal meget til, før man vælger at sidde Sundhedsstyrelsen overhørig, men der er nogle, som gør det. Man skulle sige, at der ikke kom nogle DRG-point, før man indberettede. Det er kroner og øre, der styrer, og det samme gælder for speciallægepraksis. Her skulle man sige, at man ikke kunne få sit honorar, før man havde indberettet.
PS2: Men det kan man ikke rent praktisk, for i [speciallæge]praksis afregnes der hurtigt, og Sygesikringen vil nok ikke sidde og tjekke alle…
O3: Ja, jeg ved jo ikke...men det er den eneste sanktion, der virker..

Ovenstående ordveksling afslører en vis frustration i styregruppen over adoptionsprocessens tempo. Alligevel mener databasens formand, at der er grund til en vis optimisme, fordi Venebasen i starten af 2007 godkendes som en landsdækkende database af Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelsen gør det som tidligere nævnt lovpligtigt for sygehuse og praktiserende sundhedspersoner at indberette til databaser, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen, og formanden har tiltro til, at denne nye allierede vil betyde, at man nu vil "stå meget stærkere", når man skal kontakte de læger, der ikke vil være med. På styregruppemødet aftaler man således at optrappe bestræbelserne på at få de resterende kliniske enheder med i databasen ved at sende endnu en skriftlig opfordring om deltagelse til enhederne, som minder om indberetningspligten (med vedlæggelse af en kopi af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse). Som det antydes i de ovenstående udtalelser fra styregruppemødet, er det dog svært at sige, præcis hvilken effekt den nye regulative allierede vil få. På dette tidspunkt kan bekendtgørelsen altså siges at være en emergerende aktant, hvis evner stadig er uafklarede. Blandt andet er det ikke helt klart, hvad sundhedsmyndighederne agter at gøre i de tilfælde, hvor der er klinikker, som nægter at indberette til databasen[185].

I forhold til speciallægepraksis er der endvidere det problem, at det ikke er helt klart, hvilke juridiske forpligtigelser de praktiserende speciallæger har på dette tidspunkt, eftersom det i overenskomstprotokollatet om indberetning til de kliniske databaser hedder, at der er tale om en forsøgsordning, som senere kan gøres obligatorisk. For nogle af de praktiserende speciallæger er der dog ikke tvivl om, at de regulative foranstaltninger vil blive skærpet i en grad, så der ikke vil være mulighed for at undlade at indberette til databasen:

[185] I den nye lovgivning findes der ikke nogen form for sanktionsmuligheder, og Sundhedsstyrelsen har ikke umiddelbart planer om at skride ind direkte over for kliniske enheder, som ikke deltager i de godkendte kliniske databaser. I stedet kan man – hvis man bliver bekendt med sådanne sager – tage kontakt til den ansvarlige regionale myndighed og bede denne om at redegøre for situationen (jf. e-mail af december 2006 fra fuldmægtig i Sundhedsstyrelsen som svar på mine spørgsmål om dette emne).

”[Venebasen] bliver jo omfattet af samme regler [som de andre databaser], altså uanset om jeg vil være med eller ej, hvis jeg vil operere varicer, kommer jeg til at skulle indrapportere til den. Der er ikke så meget at diskutere.” [Interview med praktiserende speciallæge]

For andre læger er det omvendt en realistisk mulighed *ikke* at deltage i en database, hvis denne opleves som værende for besværlig at arbejde med. Under alle omstændigheder virker selve offentliggørelsen af en bekendtgørelse ikke nødvendigvis disciplinerende på alle de praktiserende speciallæger, som ikke er interesserede i at deltage. En af de praktiserende speciallæger, der ikke ønskede at tilmelde sig databasen, udtrykte det således:

”…så længe det ikke er et krav, der er blevet fremlagt over for de involverede, så eksisterer det strengt taget ikke […] jeg har ikke set noget [en bekendtgørelse] og hvis ikke jeg får direkte besked så…” [Interview med praktiserende speciallæge]

I tilfælde af at der formuleres et sådan direkte krav om deltagelse, vil han holde op med at operere varicer, da han i forvejen opererer ganske få, og da behandlingen ikke har hans store interesse. Hvis andre vælger samme vej, så kan forsøget på at udbrede databasen medvirke til at forstærke den specialisering på åreknudeområdet, som tog fart i forbindelse med referenceprogrammet i slutningen af 1990’erne. Utilbøjelighed til at deltage i databasen kan dog også betyde, at der de næste par år vil være enkelte varicebehandlende enheder, som står uden for databasenetværket. Ovenstående illustrerer, at *selv når det gælder en database som Venebasen, der har et stort arbejde og flere forskellige allierede bag sig (referenceprogrammet, databasepuljen, repræsentanter fra store sygehuse og speciallægepraksisser, Sundhedsstyrelsen), er der ingen ”automatisme” over udbredelsen*. Der skal løbende arbejdes for, at nye klinikker adopterer databasen og opretholder en høj indberetningsgrad. Så selv om der i begyndelsen af 2007 ser ud til at ske visse fremskridt, er der altså god grund til at se nærmere på problemerne med at indrullere de sundhedsfaglige enheder i databasen. I næste afsnit fokuseres der derfor på de praktiserende speciallægers perspektiver på databasen.

7.7. Perspektiver på – og for – Venedatabasen i speciallægepraksis

Med udgangspunkt i min interesse for indrulleringsprocessen (og herunder for graden af konvergens mellem udviklernes og de praktiserende speciallægers "definitioner af situationen" og databasens muligheder for at opnå udbredelse i speciallægepraksis) undersøgte jeg, hvilke overvejelser de praktiserende speciallæger gjorde sig om databasen i perioden omkring databasens introduktion (2006).

7.7.1. De artikulerede interesser

Før vi ser på de mange forskellige problemstillinger, lægerne artikulerede i forhold til databasen og som bidrager til forståelsen af, hvorfor indrulleringsprocessen ikke udfolder sig i det tempo, som udviklerne ønsker sig, skal vi først se på de interesser, som det faktisk lykkedes for databasen at generere. De fleste af interviewpersonerne blandt de praktiserende speciallæger var således rimeligt positivt indstillede over for databasen og oplyste, at de havde tænkt sig at indberette til den. Lægerne angav flere grunde til dette, som peger på, at databasen både appellerer til faglige og fagpolitiske interesser.

Faglige interesser

De fleste af de praktiserende speciallæger, som udtrykte deres interesse for databasen, vurderede, at databasens fokus på re-operationer var fagligt relevant, enten fordi databasen vurderes at kunne bidrage umiddelbart i forhold til deres egen praksis, og/eller (mere hyppigt) fordi databasen vurderes at kunne bidrage til at udvikle den eksisterende viden på åreknudeområdet. Nedenstående udsagn fra et interview med en praktiserende kirurg sammenfatter på udmærket vis flere af de praktiserende speciallægers faglige interesse i databasen:

"Det handler for mit vedkommende om, at det er altid meget vigtigt at få fokuseret på nogle områder der er lidt kontroversielle og vanskeligt håndterbare"

"...hvis det er ligesom med Herniedatabasen, så kan jeg gå ind og se, om de bliver opereret igen […], se at det her går sgu ikke skide godt, eller det går meget godt. Og det er en meget væsentlig ting, fordi man altid er tilbøjelig til at overvurdere sine resultater. Det er nok mit væsentligste drive til at gå ind i det her ud over, at jeg synes, det har nogle meget væsentlige videnskabelige implikationer, som vi trænger til at få oprustet. Det er igen sådan et felt, hvor folk[186] er meget fantasifulde, og folk finder på en ny metode, og så skal man overbevise hele verden om, at det er er så fantastisk godt, ikke? Og det vil vi gerne have noget ordentlig dokumentation for. Og det kan kun lade sig gøre, hvis vi bruger det som en standardmetode mange forskellige steder. Det er rigtigt nok, at en dygtig kirurg kan perfektionere sig vældig godt i en metode, men det skal være noget, som kan bruges alle andre steder også, ellers har det ikke rigtig nogen relevans, kan man sige"

[186] De "folk", som informanten omtaler er især amerikanske kirurger.

Det var ikke alene forventningerne til databasens evne til at producere nye viden, der vakte interesse. En læge fortalte således om, hvordan selve interaktionen med databasens registreringsskema kunne bidrage til den faglige udvikling:

"…du ved, hvad du skal registrere i basen, så det gør, at det [påvirker] dig i din klinik, for så begynder du at spørge patienterne om de ting, du ved, du senere skal stå til regnskab for i basen, altså hvad den interesserer sig for. Så derfor er der noget opdragende i den..." [187] [interview med praktiserende speciallæge]

Optagelsen af databasen kan altså ses som en mulighed for at knytte an til noget forskningsbaseret viden, som er vævet ind i databasens registreringsskema. (I den forbindelse viser eksemplet, at skellet mellem det deskriptive og det præskriptive i databasens registreringsdel ikke er skarpt adskilt fra brugerens perspektiv, og de forskellige elementer i registreringsskemaet behøver derfor ikke nødvendigvis at have indikator-status for at få effekter i praksis[188].)

Legitimitetsorienterede interesser

Flere af de praktiserende kirurger var enige i de fagpolitiske repræsentanters argumentation om, at databasen giver mulighed for at vise dele af omverdenen, at man i speciallægepraksis er orienteret mod faglig udvikling, og at man generelt leverer sundhedsfaglige ydelser, hvis (høje) kvalitet kan dokumenteres. De dele af omverdenen, som man i denne sammenhæng er fokuseret på er især a) overlægerne i sygehusvæsenet og b) politikere og embedsmænd. Flere af de praktiserende kirurger har således oplevet, at der specielt tidligere var mange i sundhedsvæsenet, som nærede mistro til det arbejde, som blev udført i speciallægepraksis:

"…det [hed sig] jo altid, at det var ikke så godt, at folk gik ud i praksis, for det var noget møg, de lavede, for lige så snart det var noget med, at man fik penge for det, så var det nok noget møg. Og det er jo en stupid indstilling, men sådan har det været også blandt læger, specielt blandt sygehuslæger, som ikke gik ud [i praksis]" [Interview med praktiserende speciallæge]

[187] Lægens fortalte, at arbejdet med databasen hurtigt havde givet anledning til visse ændringer i hans praksis, specielt hvad angik den præ-operative udredning af patienterne: Ud over at databasens brugergrænseflade havde ledt ham til at systematisere sin journaloptagelse af nye patienter med åreknuder og til at gå mere i detaljer end tidligere med hensyn til registrering af symptomer, så havde databasen også ledt ham til at scanne patienterne mere detaljeret, end han tidligere havde gjort. Som nævnt havde databasens skabere en formodning om, at en del af forklaringen på problemet med genkomst af åreknuder skulle findes i den præ-operative udredning af patienterne, som udgjorde grundlaget for det lægelige indgreb. Derfor er databasen designet med henblik på at beskrive denne aktivitet i detaljer, specielt hvad angår undersøgelsen for reflux i venerne. Her er registreringsskemaet konstrueret på baggrund af "nogle vedtagne internationale undersøgelsespunkter", som man bør følge i sin undersøgelse, "hvis man vil lave det rigtigt", som databasens administrator formulerede det i et interview. Der er dog ingen af disse, som har fået status af officielle procesindikatorer bl.a. fordi dette måske kunne virke påtrængende/afskrækkende på nogle af de potentielle brugere. I stedet har man i skemaet åbnet op for en registrering af, hvad der "rent faktisk bliver lavet" og lagt op til en eventuel efterfølgende diskussion af, hvordan udredningspraksis bør se ud.

[188] Ovenstående fænomen, hvor databasen antager karakter af en opdragende aktant, er i udmærket overensstemmelse med litteratur om intellektuelle teknologier i den sundhedsfaglige praksis. Timmermans & Berg (2003a: 64-65) beretter således om, hvordan rapporteringsskemaer kan ændre indholdet i det lægelige arbejde, idet de artikulerer nogle bestemte spørgsmål, som de opfordrer lægen til at forholde sig eksplicit til. Skemaernes struktur kan dermed i nogle tilfælde påvirke den måde, som lægen ræsonnerer og handler på.

De praktiserende speciallæger kan derfor både være interesserede i at opnå større kollegial anerkendelse og/eller i at positionere sig fordelagtigt i det sundhedspolitiske felt med de økonomiske implikationer, som dette har (f.eks. i forbindelse med den offentligt regulerede opgavefordeling mellem speciallægepraksis og sygehusene):

PS: Det, vi går og laver, vil vi godt have synliggjort og have frem i lyset, om jeg så må sige.
MBK: Hvorfor?
PS: Det gør det nemmere med forhandlinger med politikere, nye ydernumre, i overenskomstsituationer osv. Der er jo reelt ingen, der ved, hvad vi går og laver i praksis.[189] [Interview med praktiserende speciallæge]

Det er svært at vurdere, hvilke af ovennævnte hensyn der vejer tungest, hvilket bl.a. skyldes, at den oprindelige problematisering af kvalitetsniveauet i speciallægepraksis producerer en tæt forbindelse mellem de faglige og de fagpolitiske forhold i den forstand, at kvaliteten af ydelserne relateres til spørgsmålet om opgavefordeling. Forventningerne til, at databasen vil medvirke til at styrke legitimiteten af kirurgisk speciallægepraksis, skal ses i lyset af, at mange af de praktiserende speciallæger er overbeviste om, at tallene fra databasen vil dokumentere, at kvaliteten i speciallægepraksis er mindst lige så høj som i sygehussektoren[190]. Denne tiltro til kvaliteten i praksis hænger bl.a. sammen med udviklingen siden udgivelsen af referenceprogrammet (generationsskifte, bedre overenskomster, faglig oprustning etc.) og med erfaringerne fra Herniedatabasen, som flere af kirurgerne er med i. Her er speciallægepraksis kommet godt ud af de kvalitetssammenligninger, der er gennemført.

Samtidigt ser nogle læger også databasen som et redskab, hvormed man på mere effektiv vis kunne kvalitetssikre og regulere åreknudeområdet, der efter deres mening stadig var præget af, at enkelte behandlere ikke efterlevede de evidensbaserede anbefalinger på området:

MBK: Hvad synes du om [venedatabasen], da den blev præsenteret der [møde på Gentofte Amtssygehus]?
PS: Jeg synes, det er en god idé, helt afgjort. Det er noget, vi ikke kan leve foruden. Der skal flere databaser til, om jeg så må sige. Det er den eneste måde man kan sikre kvaliteten. Og det giver også folk et incitament til ikke at springe over, hvor gærdet er lavest. Det er der jo nogle, der gør, når det drejer sig om åreknudekirurgi, ikke? [griner].

Databasen anses altså af nogle af læger for at kunne levere en form for intra-professionel regulering, som det ellers har været vanskeligt at praktisere på grund af manglende transparens.

[189] Ifølge speciallægen her er problemet med de omfattende aktivitetsstatistikker, som sygesikringen laver hvert år, at de ikke er tilstrækkeligt detaljerede, med hensyn til hvad der mere præcist bliver lavet, og at de ikke siger noget om resultaterne af behandlingen.
[190] I denne forbindelse skal det nævnes, at legitimitetsaspektet for nogle respondenter nærmest er "underordnet" et mere generelt rationaliseringsideal, idet de anser indførelsen af kliniske databaser (og den udvidelse af praksissektoren som en forbedret dokumentation af kvaliteten kan føre med sig) som et logisk og rationelt skridt i bevægelsen frem mod et mere effektivt og evidensbaseret sundhedsvæsen.

7.7.2. De artikulerede bekymringer

Selv om de fleste af de praktiserende speciallæger altså erklærer sig positive over for formålet med databasen og forventer at adoptere den, så giver flere af lægerne på de introducerende møder (og i interviewene) også udtryk for en række bekymringer angående brugen af databasen.

Registrering og honorering

"Hvor langt er man nået med hensyn til at blive enige om det med honorering for indberetning? Vi har jo alle sammen siddet på sygehusene og registreret til vi blev blå i hovedet…" [Praktiserende speciallæge henvendt til en repræsentant for Venedatabasen i forbindelse med et præsentationsmøde]

På trods af at udviklerne mener, at de har gjort meget for at minimere tidsforbruget bl.a. på grund af et særligt hensyn til de praktiserende speciallæger, så forekommer Venedatabasen for flere af de praktiserende speciallæger alligevel at være "på kanten" rent omfangsmæssigt. På et af møderne, hvor denne skepsis udtrykkes, svarer databasens talsmænd, at der ikke er grund til bekymringer, da man har gjort databasen "100 % brugervenlig", og at de, der har prøvekørt databasen, ikke har oplevet problemer med tidsforbruget. Desuden nævnes det, at det måske vil blive muligt at kopiere det elektronisk udfyldte skema over i den elektroniske journal med henblik på at undgå noget af dobbeltregistreringen. Ikke desto mindre fremstår bekymringer angående tidsforbruget som helt afgørende for, hvorfor der er læger, som ikke umiddelbart har tænkt sig at adoptere databasen. Spørgsmålet om tidsforbrug er for langt de fleste praktiserende speciallæger principielt også et *honoreringsspørgsmål*. Med reference til "den måde man har valgt at konstruere speciallægepraksis på", finder de fleste af lægerne det således naturligt, at de kompenseres økonomisk for det ekstra tidsforbrug, der er forbundet med registrering (især hvis det er obligatorisk at indberette):

"…hele vores honoreringssystem det går jo på, at man honoreres pr. ydelse, vi får jo ikke noget basis honorar… hver gang vi foretager os noget, er der et honorar forbundet med det, og skal vi foretage sådan noget der, synes jeg også, naturligvis, at der skal være honorar forbundet med det. For ellers skal det jo bare være mere til den samme pris, det synes jeg ikke, der er nogen grund til." [Interview med praktiserende speciallæge]

Det skal dog siges, at de praktiserende kirurger for Herniedatabasens vedkommende har accepteret, at indberetningen foregår uden honorar, fordi registreringsbyrden er minimal. De fleste af lægerne opererer således med en bagatelgrænse, men det er vigtigt for dem, at der principielt kan finde honorering sted bl.a. fordi de frygter, at omfanget af registreringer vil være stigende i de kommende år i forbindelse med indførelsen af nye kvalitetsdatabaser og andre registreringssystemer.
Med hensyn til Venedatabasen vækker det således tilfredshed, da PS1 (som på dette tidspunkt er formand for foreningen af praktiserende kirurger) meddeler, at han regner med, at Sygesikringen accepterer at udbetale honorar på ca. 150 kr. pr. indberetning. Dette gør Sygesikringen dog ikke:

Resultatet af de efterfølgende forhandlinger[191] med Sygesikringen bliver, at honoraret sættes til 50 kr. pr. indberetning. (Som tidligere nævnt er de regionale sundhedsmyndigheder generelt skeptiske over for idéen om at honorere de sundhedsfaglige enheder for at indberette til kliniske databaser, og det er på dette tidspunkt ikke normalt, at hverken speciallægepraksis eller sygehusafdelingerne kompenseres økonomisk for denne aktivitet).

Den ekstra arbejdsopgave: Efterkontrol af patienter

Som tidligere nævnt blev referenceprogrammets anbefaling om, at åreknudepatienter indkaldes til kontrol 3-6 måneder efter operation aldrig implementeret i praksis. I Venedatabasen er efterkontrol imidlertid blevet indskrevet som en del af proceduren i forbindelse med et normalt behandlingsforløb, idet resultatet af efterkontrollen skal indberettes til databasen. Flere af de praktiserende speciallæger er forbeholdne over for dette element i databasen. Lægerne er bekymrede over det ekstra tidsforbrug, der vil være forbundet med efterkontrol[192], især fordi relevansen af efterkontrol betragtes som tvivlsom for speciallægepraksis vedkommende. Dette skyldes en oplevelse af, at patienterne i speciallægepraksis har meget få komplikationer. Som en af de praktiserende speciallæger sagde: "Jeg vil sige herude [i praksis], har jeg aldrig set en infektion efter en variceoperation, og jeg har opereret 10.000". Den pågældende læge pegede på tre forhold, som efter hans opfattelse kunne forklare den antagelige forskel i komplikationshyppigheder i praksis og på sygehusene:

1. De karkirurgiske afdelinger modtager generelt set en tungere gruppe af patienter end man gør i speciallægepraksis, dvs. patienter som er vanskeligere at operere eventuelt på grund af bi-diagnoser, eller fordi der er tale om patienter, der er blevet opereret tidligere.
2. På et hospital, hvor en stor og varieret skare af patienter hver dag behandles af en lang række forskellige mennesker er risikoen for at pådrage sig en infektion alt andet lige større end i en almindelig kirurgisk speciallægepraksis.
3. I speciallægepraksis udføres operationerne af en erfaren kirurg, hvorimod en del af operationerne på hospitalerne udføres af læger under oplæring.

[191] Forhandlingerne involverer bl.a. at repræsentanter for henholdsvis Sygesikringen og FAS mødes på PS1's klinik for at måle, hvor lang tid det tager at indberette til databasen. Tidsforbruget sættes i den forbindelse til at være under fem minutter. (Her kan man dog ikke have taget tid på efterkontrolselementet).

[192] Tidsforbruget er primært relateret til den lægelige efterundersøgelse (ca. 10 minutter). Dertil kommer sekretærens arbejde med at genindkalde patienterne, hvor det ikke er givet at alle patienter reagerer på den første henvendelse. Spørgsmålet om, hvor meget man skal gøre ud af dette, er kort oppe at vende på et af møderne. Databasens officielle målsætning er, at minimum 80 % af patienterne skal være efterundersøgt inden seks måneder.

En anden praktiserende speciallæge (som heller ikke fandt problemet med komplikationer særligt relevant for praksis) mente ikke, at der var den store forskel på patientpopulationerne i henholdsvis praksis og på sygehusene, men var derimod sikker på, at komplikationerne i hospitalssektoren i form af blodpropper og nerveskader kunne tilskrives de bedøvelsesmetoder (regional eller global anæstesi), man brugte på her[193]. Denne artikulation af organisatoriske medierede forskelle mellem hospitalsvæsenet og speciallægepraksis er interessant i forhold til spørgsmålet om, hvilke forhold knyttet til speciallægepraksissektorens særlige organisering, der gør sig gældende i forbindelse med introduktionen af kvalitetsmålingsteknologier i speciallægepraksis. I dette tilfælde ses det således, hvordan forskellene på de organisatoriske netværk som henholdsvis hospitalsafdelingerne og speciallægepraksis indgår i, er med til at generere forskellige opfattelser af, hvad det er relevant for kvalitetsmålingsteknologien at beskæftige sig med.

Her skal det dog tilføjes, at ikke alle specialister på området accepterer disse argumenter for efterkontrollens irrelevans i forhold til speciallægepraksis, eftersom de påståede lave komplikationsrater ikke er dokumenterede i lægefaglige studier. Efter deres opfattelse betyder efterkontrollen, at den enkelte læge finder ud af, at det ikke går helt så godt, som kirurger ellers har en tendens til at tro. Et medlem af styregruppen kommenterede satirisk i forbindelse med en diskussion af dette spørgsmål: "Jeg kender ikke en kirurg, der ikke synes, det går smaddergodt!". For enkelte af de praktiserende speciallæger betød en sådan skepsis, at der kunne være den fordel ved efterkontrollen, at man kunne få dokumenteret, at speciallægepraksis på dette punkt klarede sig bedre end hospitalerne:

"…i de 17 år jeg har opereret varicer […], da er jeg bekendt med tre eller fire flebotromboser, mere er det faktisk ikke. Og det er noget, man ikke rigtig tør sige højt, for det er jo så utroligt lavt, så der er ingen der tror på det […] […] Man er et helt andet sted komplikationsmæssigt. Og derfor kunne det selvfølgelig være godt i en periode ved den 3-måneders kontrol at få konstateret, hvordan de dybe vener har det. Men det er det eneste, man kan få ud af det." [Interview med praktiserende speciallæge]

Et andet problem ved efterkontrolselementet i forhold til projektet med at knytte de praktiserende speciallæger til databasen var, at flere af de praktiserende speciallæger var usikre på, om Sygesikringen ville betale for en ekstra scanning i forbindelse med et behandlingsforløb – noget der for de flestes vedkommende blev betragtet som en forudsætning for at udføre denne efterkontrol[194]:

[193] I praksis bruger man kun lokalbedøvelse, hvilket ifølge den pågældende læge betød, at patienterne kom op at gå meget hurtigere og at dette reducerede risikoen for blodpropper i venerne.

[194] Det skal bemærkes, at referenceprogrammets sundhedsøkonomiske analyse af omkostninger og besparelser i forbindelse med kvalitetssikring af åreknudebehandlingen ikke inkluderer efterkontrol hos de praktiserende speciallæger som en ekstra udgift, fordi analysen er koncentreret om konsekvenserne af en reduktion i recidivraten. Alligevel kan man undre sig over, at referenceprogrammet ikke nævner de økonomiske konsekvenser af en øget efterkontrolsaktivitet i speciallægepraksis, når programmet netop anbefaler indførelse af efterkontrol som led i et normalt behandlingsforløb.

”Jeg forudser næste problem, for de har så accepteret at man laver en scanning, når man ser patienten selvfølgelig [...] Og så vil databasen gerne have, at man laver en scanning efter tre måneder, og der forudser jeg, at hvad nu? Hvad siger Sygesikringen til det? Den er jo lavet! [og så siger jeg:] 'Ja, men den er ikke lavet efter operationen'. Hvad så? Må vi det? Det ved jeg ikke, for jeg er først i gang med at lave det nu her. Den har ikke været inde omkring Sygesikringen endnu.” [interview med praktiserende speciallæge]

Der var således uklarhed om, hvorvidt de allerede eksisterende regler på området muliggjorde honorering for efterkontrol. Dette eksempel peger på betydningen af, at nogle af de involverede aktører tager initiativ til at afklare de formelle vilkår for arbejdet med de kliniske databaser (i forhandlinger mellem de praktiserende speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)), *før* databaserne introduceres formelt i speciallægepraksis. En drøftelse af sådanne spørgsmål kan endvidere være med til på forhånd at eksplicitere en given databases økonomiske konsekvenser (en eventuel komplet implementering af efterkontrol i speciallægepraksis kan således resultere i en ikke uvæsentlig ekstraudgift (på 3-6 mio. kr.) for de offentlige myndigheder).

Bekymringerne vedrørende fordringen om efterkontrol er et godt eksempel på en af de væsentlige udfordringer, der er forbundet med at introducere databaser i speciallægepraksis, som rummer informatiske elementer, der implicerer nye arbejdsopgaver (her i form af en opfølgende patientkontakt). I undersøgelsesperioden var der således ingen af de praktiserende speciallæger, som jeg var i kontakt med, der var begyndt at indkalde patienterne til efterkontrol. Dette skyldtes dels, at nogle først var kommet sent i gang med at bruge databasen (og at de 3-6 måneder derfor endnu ikke var gået) – men også at flere ikke havde fundet tid til at arbejde med efterkontrol på grund af den nævnte skepsis. Effekterne af fordringen om efterkontrol (som indskrevet i databasens brugergrænseflade og indikatorer) er altså foreløbigt udeblevet.
Denne dekobling af et element i databasen vil dog snart blive synlig for de databaseansvarlige overlæger[195], som skal tage stilling til, hvordan udfordringen kan håndteres. På baggrund af problemstillinerne vedrørende efterkontrol mente en af respondenterne fra speciallægepraksis, at styregruppen bør overveje at afgrænse indberetningsaktiviteten til udelukkende at fokusere på de patienter, der viser sig at få behov for genbehandling (på samme måde som man gør i Herniedatabasen). Et sådant forslag vil genåbne spørgsmålet om Venedatabasens identitet: Skal databasen fortsætte med at rumme et særligt kvalitetskontrollerende element (som kræver ekstra ressourcer, og som ser ud til at få compliance-problemer i praksissektoren), eller skal databasen transformeres, så den bliver mindre ressourcekrævende, men til gengæld giver afkald på

[195] Ved det sidste møde i styregruppen, som jeg deltog i, før min undersøgelse afsluttedes, indikerede de foreløbige tal fra databasen da også, at styregruppen stod over for en udfordring på dette område.

muligheden for at opgøre kvalitet som postoperative komplikationer og ikke tilbyder patienterne muligheden for at give deres vurdering af operationsresultatet til kende?[196]. En eventuel revidering af databasen på dette punkt forekommer umiddelbart vanskelig både på grund af karkirugernes ønske om at måle komplikationsomfanget og på grund af databasens relation til Danske Regioners fællespulje: Her prioriterer man eksistensen af kvalitetsindikatorer højt og uden indikatorerne for efterkontrol og komplikationer vil databasen kun rumme en enkelt indikator.
Det er svært at sige, hvordan processen mere præcist vil forme sig i det kommende år: Hvis det viser sig at majoriteten af lægerne ikke benytter sig af efterkontrol, vil databasen næste år få et forklaringsproblem over for fællespuljen, når der skal offentliggøres årsrapporter med indikatordata[197]. Samtidigt vil arbejdet med at få de resterende læger til at knytte an til alle dele af databasen blive vanskeligere. Hvis det derimod viser sig, at det kun er få klinikker, som på dette tidspunkt stadig ikke arbejder med efterkontrollen, bliver udfordringen mere overskuelig, og presset vil lettere kunne øges på de disse klinikker. Under alle omstændigheder er en af de centrale pointer i denne forbindelse, at det i stigende grad bliver synligt, hvem der gør hvad (en pointe jeg vender tilbage til den afsluttende diskussion, hvor spørgsmålet om relationerne mellem databaserne og den lægelige autonomi tages op).

Praktisk besvær i forbindelse med den informationsteknologiske opkobling

Det er vigtigt at være opmærksom på, at læger, som udtrykker nogle af de bekymringer der redegøres for i dette afsnit, ikke nødvendigvis vil fravælge databasen, og at det omvendt heller ikke er alle de, som ser en faglig relevans i databasen, der nødvendigvis adopterer den umiddelbart. Den faktiske adfærd afhænger ikke kun af det syn, som lægerne har på databasens indhold og formål, men også af, hvor vanskeligt eller let det opleves at koble sig på databasen i første omgang.
For speciallægepraksis vedkommende kan en del af forklaringen på den for styregruppen skuffende "adoptionshastighed", således findes i det besvær, som er forbundet med at tilslutte sig databasen fra speciallægepraksis. Databasen er webbaseret i den forstand, at data skrives ind online i den centrale database (som er lokaliseret på Rigshospitalet) via en sikker forbindelse på det såkaldte Sundhedsdatanet (MedCom). Derfor skal praksisklinikkernes elektroniske lægesystemer kobles på

[196] Det er ikke alle praktiserende speciallæger, som hælder til at reducere databasen til at måle på recidiver. Således roste en af praktiserende speciallæger på et møde databaseadministratorerne for at inkludere komplikationer i databasen.
[197] I forbindelse med den første årsrapport, som pt. er under udformning, vil styregruppen sandsynligvis kunne forsvare de manglende indikatortal med henvisning til at databasen lige skal have tid til at etablere sig, men næste år vil fællespuljens aktører nok være mindre tolerante på dette område.

Sundhedsdatanettet, hvilket mange af dem ikke er i forvejen[198]. Dette kræver assistance fra leverandøren af det IT-system, som benyttes i den pågældende praksis. Selv om dette måske ikke umiddelbart lyder som en stor forhindring, så er det medvirkende til, at nogle af de læger, som har planer om at bruge databasen, endnu ikke tager initiativ til opkoblingen i 2006, fordi de i forvejen har "hænderne fulde", som én udtrykte det. Pointen er, at når en del af arbejdet (og udgifterne) forbundet med at tilslutte sig databasen delegeres til de enkelte klinikker, så bidrager dette til at lægge en dæmper på indrulleringsprocessens progression. Denne pointe kan forekomme banal, men den er dog væsentlig i forhold til fremtidige kvalitetsudviklingsprojekter i sektoren.

Resultatmålingens kompleksitet

Forsøg på at konstruere indikatormålingsystemer er ofte forbundet med nogle udfordringer, hvad angår definitionen af de enkelte indikatorer og/eller andre af de begreber, som benyttes i forbindelse med registrering og afrapportering. For Venebasens vedkommende mener nogle af de praktiserende speciallæger, at databasen kan løbe ind i et problem med hensyn til spørgsmålet om, hvordan man skal definere resultatindikatoren "recidiv". På mødet i Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi, hvor Venedatabasens for første gang præsenteres for de praktiserende kirurger, fandt følgende ordveksling således sted i forbindelse med, at en repræsentant for databasen var i færd med at beskrive databasens målsætninger og funktionalitet:

PS3: …kan man skille de rent lægefaglige overvejelser fra det kosmetiske? Der er jo mange holdninger til dette…
O2 [overlæge, medlem af styregruppen]: Man skal ikke se så mekanisk på det…
PS3: Men det er jo et af jeres endpoints.. [recidiv som resultatindikator]
O2: Ja, men det er også der, analysearbejdet kommer ind..
PS3: Hvad er recidiv på de bedste danske afdelinger og internationalt?
O2: På Gentofte er det 10 %
PS4: Men hvad er et recidiv egentlig?
PS5: Ja, netop..
O2: Nu skal det jo ikke opfattes som den store kødhammer, vi skal slå hinanden i hovedet med…

Diskussionen om dette emne på mødet ender hér, men på et efterfølgende møde i Venebasen gentager en af de praktiserende speciallæger spørgsmålet om, hvad et recidiv egentlig er. Her anbefaler databasens formand dog, at sådanne definitionsrelaterede spørgsmål håndteres senere, og problemstillingen uddybes derfor heller ikke på dette møde. Bemærkningerne på det første møde havde imidlertid allerede vakt min nysgerrighed, og jeg fulgte derfor op på dette emne i interviewene. Nedenfor præsenteres nogle interviewuddrag, hvor to praktiserende speciallæger (PS3 og PS4) fortæller om den problematik, de forestiller sig, kan opstå, når man forsøger at opgøre antallet af recidiver i den enkelte klinik og på landsplan:

[198] Sygehusene er i forvejen koblet på Sundhedsdatanettet

PS3: "…det tror jeg virkelig, der er sprængstof i. Altså varicepatienter er jo en utrolig blandet skare. I den ene ende af spektret har vi jo patienter med tov-tykke åreknuder og skinnebenssår, som er oplagt syge og som kræver behandling, og i den anden ende af spektret er der en hel række, som i virkeligheden ikke er spor syge. De har nogle kosmetiske problemer. Og så kan man jo diskutere, at hvis man opererer en patient for nogle kosmetiske åreknuder, og hun ikke synes, det er blevet helt pænt, hvornår vil man så beslutte, at hun har recidiv? Mange af dem har jo f.eks. nogle enkelte småvaricer og så har de karsprængninger for resten af pengene, som man jo ikke kan gøre noget kirurgisk ved. Man kan plukke lidt i dem. Spørgsmålet er også, hvem der skal vurdere recidivet."

PS3: "…jeg er sikker på, at det bliver et problem. Og jeg tror at forskellen ligger i virkeligheden i, at det er to verdener. De karkirurgiske afdelinger, de står virkelig med nogle tunge patienter, hvor et recidiv er et recidiv, med reflux[199] i vena safena magna og parva ikke. Og ude i vores del af verden, der er altså et stort kontingent altså, nej, jeg ved ikke, om der nogensinde er nogen, der har gjort det op, men jeg tror, at der et kæmpe kontingent af de her gråzone kosmetiske patienter. Og der passer recidiv problematikken ikke rigtigt ind. Jo, på nogle af dem, der er masser af reelle recidiver, som vi så sender videre med en recidiv […], men meget af det her gråzoneklientel passer ikke ind i virkeligheden i databasen. Man kan jo diskutere om de overhovedet har varicer eller bare har synlige årer. De er jo ikke syge, de har ingen symptomer."

PS4, som er enig i, at der kan blive problemer med hensyn til recidivmålingerne, siger:

"…er det nu recidiv, hvis de har fået strippet deres safena magna men i magna området får nogle isolerede varicer? Hvor man ikke kan sige, at det er fordi parvas skal ud, det er ikke fordi der er opereret forkert…det operationssted, der tidligere har været opereret på, det ser egentlig meget pænt ud. Nu har hun bare i det område alligevel fået nogle åreknuder, det er måske, fordi de årer er lidt svage, det er ikke, fordi den tidligere operation egentlig er gået galt på en eller anden facon, hun har bare fået noget der. Så er spørgsmålet så, er det recidiv? Eller er det en ny sygdom? Eller er det en udvikling af en generaliseret venesygdom, som vi har behandlet på en gang? Der kan man sige, hvad er egentlig recidiv? Og hvad er nytilkommet?"

Men hvordan kan man da søge at håndtere denne problematik? PS4 fortsætter…:

"…der må man gå ind konkret og måle på noget, f.eks. er der reflux i lysken eller der ikke? Kan der være reflux i poplitea [en anden vene] eller er der ikke? Er der påviselige insufficiente perforanter, eller er der ikke? Altså man må gå ind på nogle meget hårde parametre. Så hårde som de nu kan blive, men selv en vurdering af, om der er reflux i lysken på ny efter en lyskeoperation, det kan være svært at afgøre på scanningen. Altså de der små nubrede, de der små årer, der nu er vokset fra den ene åre hen til den anden åre igen, er det nu nok til, at det kan forklare, at nu har vi et recidiv? Er der reflux nok i dem der? Eller hvad er det der foregår ? Eller er det bare noget, vi fra tid til anden ser, at der er forbindelse, men der er ikke sådan voldsom reflux. Og der kommer man hen i nogle skøn, hvor man forsøger at gøre de der meget subjektive og observatørafhængige duplex-scanninger til en objektiv størrelse, og der er masser af faldgrupper i det. Det er ikke en objektiv undersøgelse. […] Det her er en dynamisk undersøgelse, hvor vi så undersøger det, klokken det, på den dag og vurderer sådan og sådan og derefter siger: 'Det synes jeg'."

Derefter uddyber PS4 sin problematisering af recidivmålingens objektivitet ved at fortælle om, hvordan patient-læge-interaktionen kan være afgørende for om en patient bliver til en recidiv patient eller ej:

"…meget er jo afhængigt af, specielt med recidiverne, hvad lægen synes, og hvad lægen vurderer, og hvad man kan overtale patienten til også at mene. Altså der kan jo godt komme en gammel mor lille, der er blevet opereret for åreknuder for fem år siden, og nu er hun altså blevet 83 år, og nu kommer hun og siger, at hun har en åreknude på benet, og den irriterer hende. Og når jeg har kigget på hende, så siger jeg til hende 'det er sgu ikke noget særligt. Ved du hvad, det kan du sku sagtens leve med, det behøver du slet ikke få behandlet'. 'Nå' siger hun så, 'jamen det er da fint, det er jeg da glad for at høre' og så går hun hjem igen. Det kan godt være, at hendes opfattelse før og efter den konsultation er

[199] Refluks henviser til tilbageløb af blod til de overfladiske vener, hvilket medfører trykstigning i disse. Henføres til insufficiente perforanter. Perforanterne forbinder de overfladiske og de dybe vener: "Perforanterne har *klapper*, som kun tillader blodet at løbe *fra* de overfladiske vener *til* de dybe; ved *perforantinsufficiens* er klapperne defekte, og blodet løber baglæns ud i de overfladiske vener så der opstår varicer..." Nørgaard (2001: 583). Også de dybe og de overfladiske vener har klapper, hvis "funktion er at ensrette blodstrømmen fra de overfladiske til de dybe vener, samt fra periferien og centralt mod hjertet" (Sundhedsstyrelsens 1998: 41).

meget forskellig. Det kan også være, hun var gået hen til en anden kirurg, som havde en anden holdning til ældre patienter med åreknuder af den slags, og han ville sige 'jamen ved du hvad, det her er ikke nogen særlig stor operation, og hvis du er ked af, at den der åreknude sidder der og glor, så vil jeg gerne operere den for dig, det er ikke særlig risikabelt'. Altså begge dele kan være agtværdige holdninger…"

På trods af lægernes muligheder for at påvirke patienterne i den en eller den anden retning mener flere af informanterne, at man som læge i egen praksis i højere grad presses af patienter med kosmetiske ønsker, end tilfældet er på sygehusene. En af de praktiserende speciallæger (PS3) tror, at konsekvensen af den ovenstående problematik angående recidiv og kosmetik, kan blive, at databasen "knækker over":

"…man kunne jo godt forestille sig at der blev sådan et gråzone-marked med nogle folk, der sad og lavede de der småting og ikke rigtig var med i databasen."

Det er selvsagt svært at sige noget om, hvorvidt de scenarier, som skitseres, vil manifestere sig eller ej i den kommende periode, hvor databasen tages i brug af de forskellige behandlingsenheder. Andre praktiserende speciallæger oplever således *ikke* problemer med at vurdere patienter med hensyn til recidiv og reflux ("recidiv er jeg aldrig i tvivl om", som en skrev til mig), og i styregruppen mener man ikke, at der vil opstå de helt store problemer i forbindelse med kvalitetsmålingen på denne indikator. For selv om det medgives, at der kan være visse definitionsvanskeligheder – specielt når man "kommer ned i den bløde ende af varicesygdommen" – så forventer man, at operationaliseringen af recidivindikatoren (re-operationer) kombineret med den detaljerede registrering af refluxfund (som brugergrænsefladen ligger op til) vil kunne håndtere ovenstående problematikker. Alligevel artikuleres der på styregruppens møder i stigende grad bekymring vedrørende operationaliseringen af denne helt centrale indikator, og der er nok ingen tvivl om at diskussionerne omkring recidivmålingen vil fylde en del i fremtiden.

Graden af transparens

Som nævnt har offentliggørelse af data fra de kliniske databaser – specielt tidligere – været et kontroversielt emne i sundhedsvæsenet. Derfor var det ikke så overraskende, at de fleste af de respondenter blandt de praktiserende speciallæger, som overvejede at adoptere Venebasen, også var skeptiske over for offentliggørelse af Venedatabasens resultater, hvis dette skete med angivelse af navnet på hver enkelt speciallægepraksis. Lægerne argumenterede med henvisning til den kompleksitet, som er forbundet med at foretage sammenlignende kvalitetsmålinger (jf. ovenstående afsnit) og med henvisning til, at udenforstående vil have vanskeligt ved at fortolke resultaterne. Ud over disse argumenter (som kendes fra debatten om kvalitetsmåling i sygehusvæsenet) fremhævede lægerne endvidere to forhold, der var noget mere specifikke for speciallægepraksis henholdsvis

volumen-problematikken[200] og den særlige synlighedssituation i speciallægepraksis, hvor der er en meget tæt sammenhæng mellem den enkelte klinik og den enkelte læge i praksissektoren.
Der er dog også nogle af de praktiserende åreknudekirurger, der ikke ser offentliggørelse som et tema, der er grund til at hænge for meget fast i, og man har da også tidligere diskuteret spørgsmålet i forbindelse Herniedatabasen, hvor man endte med at acceptere myndighedernes krav om, at data blev offentliggjort i ikke-anonymiseret form. Nogle af lægerne opfatter i den forbindelse offentliggørelse på klinikniveau som en teknik til at få sat et mere påtrængende fokus på de få klinikker, som man mener, har kvalitetsproblemer – et problem, som man, på trods af diverse anbefalinger i referenceprogrammet, lægefaglige tidsskrifter og overenskomstmæssige tiltag, ikke helt har formået at løse:

"Hvis folk ikke laver de her variceoperationer optimalt, så må det da godt komme frem. Det er vi ikke interesserede i, at nogen ikke gør. Vi er interesserede i dem, der laver småresektioner og småpillerier, og det er der altså stadig nogen, der gør. Det er vi interesseret i bliver lukket, fordi det er spild af ressourcer, fordi de [patienterne] kommer alligevel ind igen og skal opereres igen. Og jo mere der har været pillet og sprøjtet i et ben eller lavet ligegyldige lokalresektioner, desto sværere bliver det få dem radikalt opereret…" [Interview med praktiserende speciallæge]

Venedatabasens styregruppe har ikke gjort så meget ud af problemstillingen vedrørende offentliggørelse, men spørgsmålet bliver rejst af deltagerne på et af præsentationsmøderne, som det ses af følgende ordveksling. Her forsøger to af databasens repræsentanter at "dulme" nogle af lægernes bekymringer ved at gøre gældende, at der nok ikke er så meget at frygte, eftersom det er begrænset, hvor stor offentlighedens interesse for databasens rapporter vil være:

PS9: Vi skal være opmærksomme på Herniedatabasen, hvor [myndighederne] pludselig meldte ud om, at man nægtede at betale, hvis det ikke blev offentliggjort.
PS8 (afbryder): Ja, og med navns nævnelse…
PS9: Og det havde vi da nogle diskussioner om dengang…
O2: Det gælder også Venebasen, at vi skal offentliggøre
O1: Men ikke nødvendigvis på afdelingsniveau
O2: Jo, det skal man – en gang om året…[201]
PS8: Folk er ikke stillet helt lige her, fordi man er mange på en afdeling, der har indflydelse på resultatet, mens der kun er en i speciallægepraksis.
O2: Erfaringerne fra Karbasen er at vi havde et år, hvor der var en afdeling, der skilte sig markant ud, og så frygtede vi det værste [fra mediernes side], men der skete ikke noget.
KCØ1: Sagen er, at der er så mange databaser nu, så det er svært [for medierne] at følge med i det hele.
O3: Ja, det er mere hjerter og sådan noget, man interesserer sig for…

[200] Det forhold, at det måske ikke er alle speciallægepraksisser, som har nok patienter pr. år til, at det er statistisk meningsfuldt at sammenligne enheden med andre behandlingsenheder som led i kvalitetsmålingen. Dette problem er større i speciallægepraksis end i sygehussektoren.
[201] Det har i store dele af udviklingsprocessen været noget uklart for både styregruppens medlemmer og for resten af lægerne, hvilke krav Venedatabasen skulle leve op til fra myndighedernes side med hensyn til offentliggørelse af data i forhold til speciallægepraksis. Spørgsmålet om de formelle regler for offentliggørelse i praksissektoren er på dette tidspunkt et af flere emner, som er under behandling i forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om de kliniske databaser.

Selv om diskussionen på mødet omkring dette spørgsmål altså er kort og dermed kunne se ud til at være afsluttet, bliver emnet taget op igen på den efterfølgende generalforsamling i Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi, hvor nogle af de praktiserende kirurger udtrykker utilfredshed med planerne om offentliggørelse og kræver, at der gøres indsigelser herimod[202].

Det er svært at isolere betydningen af – de her præsenterede typer bekymringer – for de praktiserende speciallægers adfærd i forhold til databasen. Selv om tidsøkonomiske aspekter generelt set forekommer, at være de mest afgørende for de enheder, der ikke tilslutter sig databasen[203], så mente nogle af respondenterne også, at Venedatabasens synlighedsproducerende kapabilitet kan udgøre en del af forklaringen på, at nogle af de praktiserende speciallæger ikke ønsker at deltage i Venedatabasen. I hvert fald tyder mine oplysninger på, at der blandt de praktiserende speciallæger, som endnu ikke havde tilmeldt sig databasen, lod til at være flere, der stadigvæk benyttede sig af undersøgelses- og behandlingsmetoder, som ikke blev anbefalet i den videnskabelige litteratur end blandt de praktiserende speciallæger, der var begyndt indberette til databasen.

[202] Referat af 7. ordinære generalforsamling i Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi, den 7. april 2006 i Domus Medica. I begyndelsen af 2007 var det styregruppens plan at offentliggøre indikatortal på klinikniveau, men det skal ikke afvises, at de nye regler på området (se næste kapitel), som åbner op for offentliggørelse på andre enhedsniveauer, kan få betydning for databasens praksis.

[203] I de 10 interviews med åreknudeopererende speciallæger fra praksissektoren, som jeg gennemførte, var der kun to læger, der fortalte, at de ikke umiddelbart havde i sinde at benytte databasen. I undersøgelsesperioden forsøgte jeg også at kontakte nogle af de læger, hvorom jeg havde fået oplyst, at de sandsynligvis ikke ville deltage, eller som endnu ikke havde besvaret styregruppens henvendelser. Det lykkedes dog ikke at få et interview i stand med nogen disse læger: To besvarede ikke mine henvendelser, den tredje meddelte, at han ikke ønskede at indgå i undersøgelsen (fra en anden læge fik jeg oplyst, at den pågældende anså registreringen for at være for tidskrævende), mens en fjerde skrev tilbage pr. e-mail, at han foreløbigt havde fravalgt databasen, fordi registreringen var for tidskrævende. Han tilføjede, at han fandt dette fravalg helt legitimt, eftersom lægerne på den regionale karkirurgiske afdeling ikke var særligt aktive med hensyn til at indberette til databasen.

7.8. Konklusioner

Historien om Venedatabasen anskueliggør på flere måder, hvordan udviklingen og introduktionen af en database for klinisk kvalitet involverer et stort arbejde med at mobilisere og associere en lang række forskellige eksisterende og emergerende aktører i et nyt netværk. Udfordringerne for styregruppen består bl.a. i, at det sundhedspolitiske miljø, som databasen fødes i, er karakteriseret ved, at magt, ansvar og beføjelser ikke er lokaliseret ét bestemt sted hos én bestemt aktør. Samtidigt har de forskellige aktører mange forskellige hensyn at varetage, og databasens interesser og fordringer er ikke altid sammenfaldende med disse. Derfor må medlemmerne af styregruppen kontinuerligt arbejde for at sikre netværkets udvidelse og holdbarhed. Undersøgelsen viser i den forbindelse, at man for at opnå en forståelse af Venebasens udvikling – og de elementer, som har bidraget til dens delvise succes med at interessere og indrullere de kliniske enheder – ikke kan nøjes med at se på databasens aktuelle karakteristika eller de aktuelle argumenter for at adoptere databasen. Disse er nemlig et produkt af en mængde af oversættelsesaktiviteter og begivenheder (involverende en lang række tekster, teknologier, organisationer og mennesker), der går flere år tilbage i tiden. Disse processer omfatter en række transformationer og har skabt nogle komponenter og forbindelser, som har været væsentlige for, at databasen i dag er mere virkelig end nogensinde. Med et særligt fokus på speciallægepraksis følger nedenfor en kort oversigt over disse:

For det første skabtes der med udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens referenceprogram en stærk *fagspecifik problematisering* af åreknudebehandlingen på sygehusene og i speciallægepraksis. Referenceprogrammet (som blev den mest autoritative problematisering af området) blev til i et samarbejde mellem mange forskellige individer og institutioner, og det krævede flere diskussioner blandt de lægefaglige eksperter, før man nåede frem til de endelige formuleringer i rapporten. For flere af de praktiserende kirurger havde denne problematisering både faglige (utilstrækkelig patientbehandling) og fagpolitiske/økonomiske implikationer (man kunne risikere at specialiserede veneklinikker og karkirurgiske afdelinger overtog åreknudebehandlingen fra de almindelige kirurgiske speciallægepraksis og de almindelige kirurgiske afdelinger), som gjorde, at de blev interesserede i idéen om en klinisk database på området. Den lægefaglige kritik af forholdene i speciallægepraksis, som formuleres i perioden omkring referenceprogrammet, er på denne måde med til at gøre databasen mere påtrængende for mange af de varicebehandlende speciallæger i praksis, end den ellers ville have været.

Når indholdet af referenceprogrammet blev tildelt en relativ fyldig plads i fortællingen, skyldes det således, at udarbejdelsen af referenceprogrammet retrospektivt kan anskues som en vigtig del af arbejdet med at udvikle og promovere Venedatabasen. Diskussionerne i forbindelse med udarbejdelsen og de specifikke formuleringer i selve referenceprogrammet er med til at producere en vis konsensus på området med hensyn til, hvilke problemer der eksisterer, hvilke definitioner der bør gælde, og hvilke forandringsinitiativer der bør tages. Referenceprogrammet er dermed ikke blot med til at initiere det videre arbejde med databasen, men er også med til at "frame" dette arbejde.

For det andet skaber moderniseringsaftalerne vedrørende kirurgisk speciallægepraksis på flere punkter *en tæt kobling mellem den nyere lægefaglig evidens og den økonomiske incitamentsstruktur i speciallægepraksis*. Det er referenceprogrammets problematisering af åreknudeområdet (og de dertil knyttede anbefalinger), som inciterer til de nye aftaler på området, og som nævnt er disse med til at igangsætte en faglig udviklingsproces på åreknudeområdet, som referenceprogrammet problematisering sandsynligvis ikke kunne have afstedkommet "alene". Resultatet er en forandring af "populationen af varicebehandlende praktiserende speciallæger" (med hensyn til dens størrelse, interesser, kompetencer og teknologier). Den nye population af potentielle adoptører er således mere homogen og mere beredt i forhold til de fordringer, som den Venedatabasen stiller dem over for i 2006 end den tilsvarende population ville have været det i 1999/2000.

For det tredje gjorde *indrulleringen af repræsentanter for speciallægepraksis* det muligt, at "indoperere" nogle af de praktiserende speciallægers betænkeligheder angående tidsforbrug i databasen. Samtidigt kunne disse læger agere repræsentanter for databasen (med hævdelse af en brugers troværdighed) i forhold til andre praktiserende speciallæger, hvilket har øget mulighederne for at udbrede databasen i speciallægepraksissektoren. For de databasekonstruerende hospitalslæger betød denne delegering af indrulleringsarbejdet, at de kunne koncentrere sig om at designe databasen uden at bekymre sig om hver enkelt speciallægepraksis' særlige forhold og interesser (jf. Law (1988), der benævner denne strategi som "mobilization by proxy" og betoner, hvordan delegeringen er med til at reducere netværkets kompleksitet set fra udviklernes perspektiv).

For det fjerde havde/udviklede de overlæger i styregruppen, som udførte det meste arbejdet med at konstruere databasens registreringsflade, en *pragmatisk tilgang* til de traditionelle epidemiologisk-videnskabelige hensyn, som betød, at der kunne indgås kompromisser mellem konstruktørerne og

testbrugerne. Sådanne socio-tekniske kompromisser er nødvendige, hvis en database skal opnå bred opbakning blandt de mange forskellige klinikker og afdelinger.

Venedatabasen er dog stadig et stykke vej fra at have etableret sig som en institution indenfor åreknudebehandlingen. Der skal fortsat arbejdes med at interessere de kliniske enheder, med at sikre disciplinen i datarapporteringen, med at operationalisere indikatorerne yderligere, med at opdatere designet og med at fastholde sundhedsmyndighederne i netværket[204].

[204] Det sidste skal især ske gennem udarbejdelsen og offentliggørelsen af årsrapporter med indikatorresultater fra databasen.

8. Herniedatabasen og speciallægepraksis – simplificeret til succes

"…det som vi er 'misundelige' over, det er Herniedatabasens store succes, fordi de har fået alle med, og det betyder at de får fat i alle recidiver. Hvad er det, der har gjort Herniedatabasen så unik?" (Overlæge ved et møde i Venedatabasen, 2006)

I forbindelse med min undersøgelse af Venedatabasens udvikling dukkede Herniedatabasens navn op flere gange. Herniedatabasen betragtes af mange personer med kendskab til de kliniske databaser, som en af de mest vellykkede databaser, og i forhold til denne afhandlings fokus er Herniedatabasen interessant, fordi den er blevet adopteret af næsten alle de praktiserende speciallæger, som opererer hernie. I det følgende gives en kort introduktion til Herniedatabasen med henblik på at tilbyde en forståelse af databasens succes i speciallægepraksis – en forståelse der fokuserer på databasens håndtering af spændingen mellem det simple og det komplekse. Desuden redegøres der kort for nogle af de overvejelser og erfaringer, der er gjort med hensyn til offentliggørelse af indikatordata. Herniedatabasen var således den første kliniske database, som offentliggjorde ikke-anonymiserede informationer om kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis.

Præsentation III: Herniedatabasen

Dansk Herniedatabase (også kaldet Herniedatabasen eller Herniebasen) er en landsdækkende klinisk database med deltagelse fra både sygehusene og speciallægepraksis. Databasen indeholder oplysninger om operationer for lyskebrok og blev udviklet i 1997 med udgangspunkt i "en række formodede eller erkendte problemer" af både klinisk og ressourcemæssig karakter knyttet til denne type operationer (Dansk Herniedatabase: Rapport for 1998-2002: 2). I forlængelse heraf var det databasens formål at nedsætte antallet af recidiver bl.a. ved at "eliminere anvendelse af operationsteknikker med høj reoperationsrate". Samtidigt hermed ønskede man at "begrænse anvendelse af regional anæstesi" og at "øge anvendelsen af ambulant herniekirurgi" (Ibid.: 3). Disse målsætninger er udgangspunktet for databasens kvalitetsindikatorer.

Herniedatabasen gik i drift i 1998, og i dag er der bred enighed om, at den har været en succes som en database til kvalitetsudvikling. Der henvises i den forbindelse til:

1. At databasen menes at have bidraget til, at kvaliteten af herniekirurgien i det danske sundhedsvæsen er blevet hævet markant (kvalitetsforbedringer som databasen selv har dokumenteret).
2. At databasen har stor faglig opbakning både i sygehussektoren og speciallægepraksis[205].
3. At der på baggrund af databasens resultater er blevet publiceret flere artikler i nationale og internationale fagtidsskrifter.

[205] Databasen indeholder over 98 % af det samlede antal hernieoperationer (ca. 10.000), der hvert år foretages i sundhedsvæsenet.

8.1. Elementer til en forståelse af Herniedatabasens succes i speciallægepraksis

Herniedatabasen blev udviklet med udgangspunkt i antagelse om, at en meget enkelt dataregistrering ville øge mulighederne for at få de opererende afdelinger og klinikker til at adoptere databasen. Dette har givet sig udslag i en streng minimalisme, hvor registreringsskemaet er begrænset til et enkelt A-4 ark og kan udfyldes på under et minut af den opererende læge[206]. Når de involverede aktører skal forklare databasens succes i speciallægepraksis (og i sygehussektoren for den sags skyld), er det første, der peges på, netop det minimale tidsforbrug, som databasen fordrer af brugerne i forbindelse med den fortløbende dataregistrering. Her følger igen det ovenstående spørgsmål stillet af en overlæge på et møde i Venebasen samt de svar, som fulgte:

Overlæge Z: …det, som vi er 'misundelige' over, det er Herniedatabasens store succes, fordi de har fået alle med, og det betyder, at de får fat i alle recidiver. Hvad er det, der har gjort Herniedatabasen så unik?
Praktiserende speciallæge X (prompte): Alt kan stå på et skema!
Praktiserende speciallæge Y (supplerer): Ja, god information og få data. På trods af datafetichisterne er det lykkedes at holde datamængden langt nede….

Denne rimelig enkle forklaring på databasens succes er der udbredt enighed omkring blandt de interviewede speciallæger, og det forekommer også meget plausibelt, at databasens minimalistiske design har været stærkt medvirkende til, at mange af de praktiserende speciallæger adopterede databasen. Man skal dog ikke glemme alt det arbejde, der er blevet udført, og som stadigt udføres for at få teknologien til at virke: Afholdelse af møder hvor resultaterne præsenteres og diskuteres, skriftlige og telefoniske henvendelser til de afdelinger, som ikke indrapporterer fyldestgørende datasæt, forsøg på at understøtte analyserne validitet gennem udarbejdelsen af fælles retningslinjer for udførelsen af de kirurgiske procedurer (en standardisering, som man følte behov for, da det på et tidspunkt viste sig, at der var store forskelle på, hvordan lægerne i deres praksis udførte den på papiret samme operation) (se også note i afsnit 9.3).

Desuden bør forklaringen kompletteres med det forhold, at databasens fordringer (især udtrykt i de fire kvalitetsindikatorer) på mange måder har været relativt uproblematiske for de kirurgiske speciallægepraksisser at imødekomme: For det første var databasens anbefalinger vedrørende bedøvelsesmetoder og organisatorisk "set up" i god overensstemmelse med den måde, tingene allerede foregik på i speciallægepraksis, dvs. ambulant og med brug af lokalbedøvelse (disse procesindikatorer var da også mest orienterede mod at forandre praksis på sygehusene). For det

[206] Dette gjaldt for den papirbaserede version af databaseskemaet, som dog aktuelt er ved at blive afløst af et elektronisk registreringsskema. Samtidigt er databasen under udvidelse, idet man også ønsker at monitorere kvaliteten af operationerne, hvad angår andre typer af brok.

andet var mange praktiserende kirurger allerede begyndt at skifte de traditionelle operationsmetoder ud med de metoder, som databasen anbefalede[207].

Sammenholdt med det lave tidsforbrug på registrering gjorde disse forhold, at adoption af databasen *ikke implicerede noget særligt besvær eller nogle særlige ekstra udgifter* for de praktiserende speciallæger. Desuden blev der artikuleret et *"klassisk" lægefagligt problem* (vedrørende operationsmetoders effektivitet) relateret til den aktuelle kliniske praksis. Denne problematisering fandt mange af lægerne relevant og interessant[208].

[207] Så selv om de fleste af lægerne fremhævede, at de faglige diskussioner associeret med databasen både havde været interessante og relevante, vurderede de, at selve indikatormålingen havde haft mindre indflydelse på deres praksis. Det var således kun én ud af de syv interviewede hernie-opererende kirurger, der oplyste at have ændret praksis med hensyn til valg af operationsform, som følge af resultaterne fra databasen, kombineret med faglige diskussioner ved databasemøderne. Med hensyn til resultatmålingerne ligger de praktiserende speciallæger alle godt i forhold til de gennemsnitlige tal. Indikatorresultaternes rolle med hensyn til at påvirke den kliniske praksis lader i dette tilfælde til at have været større i sygehussektoren end i praksissektoren.

[208] Dette var dog ikke ensbetydende med, at adoptionsprocessen forløb sådan, at databasen blot skulle blev annonceret, hvorefter samtlige praktiserende speciallæger tilmeldte sig. Der var ved databasens introduktion flere læger i speciallægepraksis, som gjorde en indsats for at overbevise deres kolleger om databasens værdi. Der berettes dog ikke om de store problemer i denne sammenhæng – faktisk har enkelte praktiserende speciallæger fra begyndelsen deltaget aktivt i databasens styregruppe, og flere har været medforfattere på en række af de forskningspublikationer, der er blevet til på grundlag af databasens indhold. Databasens formand udtalte i forbindelse hermed, at han var "dybt imponeret" af det engagement, som deltagerne fra speciallægepraksis havde udvist.

8.2. Simplificeringens "pris" og håndteringen af denne

Selv om hernieoperationer kan siges at være en rimelig medgørlig størrelse i en kvalitetsmålingssammenhæng i forhold til andre lægefaglige behandlingsforløb (patientforløbet er afgrænset, den tværfaglige indsats er relativt beskeden, hernie er ikke en kronisk sygdom, diagnosticering af hernie er relativt ukompliceret, og hernie udviser generelt ikke de store variationer fra patient til patient), så kan databasens oversættelse af kvalitet dog ikke siges at være en "naturlig" følge af herniesygdommens karakteristika. Herniedatabasens minimalisme beror således på en række fravalg, som kan siges at repræsentere "simplificeringen pris", idet der er flere aspekter relateret til den kliniske kvalitet af en brokoperation, som databasen ikke fokuserer på, i den løbende monitorering af enhedernes aktiviteter og resultater. Et af de indikatorområder – som ud fra et traditionelt lægefagligt perspektiv kunne være inkluderet i målingen af de enkelte behandlingsenheders præstationer – omhandler post-operative komplikationer (dvs. infektion, blødning eller smerter efter operationen). Denne mulige kvalitetsindikatorer er dog blevet ekskluderet fra databasen ud fra pragmatiske hensyn. For det første fordi dens eksistens ville påføre de enkelte enheder en øget arbejdsbyrde (eksempelvis ville registrering af post-operative komplikationer kræve efterundersøgelse af patienterne), og for det andet fordi den ville databasens øge databasens kompleksitet og dermed trække yderligere på databasecenterets ressourcer:

"…man skal passe meget på, hvad det er, man bruger krudtet på i et databaseskema, for at få folk til at udfylde de væsentligste ting. Og vi har ingen mulighed for at følge op på det her. Hvis man skal følge op på resultaterne omkring infektioner og sådan noget, så skal man følge patienterne [efter de er blevet opereret], og det er der ikke ressourcer til. Så der er nogle komplikationer til kirurgi, som kræver et enormt apparat for at få styr på det, og det er bl.a. sårinfektioner". [Interview med databaseansvarlig overlæge]

I stedet har man valgt en tilgang, hvor man rutinemæssigt registrerer nogle få informationer i den centrale database og derudover gennemfører nogle forskningsprojekter om problemstillinger, som databasen ikke kan give svar på. En vigtig del af databasesamarbejdet består derfor i afholdelsen af halvårlige møder, hvor man – udover at diskutere udviklingen på området med udgangspunkt i databaseresultaterne – også udvikler nye protokoller til brug for besvarelse af spørgsmål, der ligger uden for den fysiske databases rækkevidde.

Ovenstående illustrerer hvordan *de kliniske databasers muligheder for at trives og øge indflydelse aktuelt beror på, at de ignorerer visse dele af de praksisser, de søger viden om*. Dette fænomen benævner Helgesson & Kjellberg (2005) som "the power of ignorance"[209]. Med Latours (1998)

[209] Nielsen (2005: 143) artikulerer en lignende pointe om nye teknologiers muligheder for at stabilisere sig: "…a new order that tries to align, tame, or make singular too many entities and agents at once may be confronted with an equally large frequency of disorder needing to be dealt with in practice".

betegnelse kan de fleste kliniske databaser siges at operere med et ”oligoptisk blik” (dvs. med et blik, som ikke ser alt, men som en lille smule) og altså ikke med det panopticistiske blik, der siden Foucault er blevet associeret med mange moderne styringsteknologier. I forlængelse heraf kan man diskutere, om Herniedatabasens meget oligoptiske karakter svækker databasens værd i forhold til visionen om at producere information om behandlingskvaliteten, der kan bruges af patienterne til at vælge behandlingssted (især når resultaterne for recidiv ikke udviser særlige variationer mellem enhederne). Denne vision om patientorienteret gennemsigtighed med hensyn til kvaliteten af det arbejde, der udføres på i den enkelte behandlerenhed, er dog ikke én, som databasens styregruppe finder særlig realistisk på grund af de mange problemer, der er forbundet med at producere valide data i et sammenligningsøjemed. I stedet mener man, at indsatsen primært bør ”fokusere på landsresultaterne og mulighederne for forbedring heraf” (Bay-Nielsen et. al. 2004). Alligevel er Herniedatabasen en af de meget få databaser, hvor man har erfaring med offentliggørelse af kvalitetsindikatormålinger på klinikniveau i speciallægepraksissektoren.

8.3. Offentliggørelse og speciallægepraksis

I databasens fem første leveår offentliggjorde man resultaterne fra databasen på et aggregeret niveau i anonymiseret form på samme måde, som de fleste andre kliniske databaser gjorde det i perioden frem til 2003/04. Denne form for offentliggørelse var ifølge databasens formand den mest velegnede givet de kontroverser spørgsmålet om offentliggørelse på dette tidspunkt gav anledning til:

"…i 1998 der var hele miljøet omkring offentliggørelse af afdelingsspecifikke data, det var et 'hot' emne. Og for at få det til at fungere med det samme, så blev vi ligesom enige om at indtil videre så ville der ikke blive offentliggjort noget kirurg- eller afdelingsspecifikt, uden at vi alle sammen var enige om det" [Interview med databaseansvarlig overlæge]

Da kravet om ikke-anonymiseret offentliggørelse fra databasen blev fremført af Amtsrådsforeningen i 2003, blev man i databasen enige om at acceptere det, da man ellers ikke kunne få støtte. Dette skete dog ikke helt uden diskussion – heller ikke i relation til speciallægepraksis, hvor der blev der peget på nogle særlige problemer:

"…i en speciallægepraksis er en afdeling lig med en mand, og speciallægepraksis hedder ofte det, som manden hedder, og det vil sige, at du ved lige præcis, hvad den kirurg har præsteret. Og det [diskuterede vi] i Herniedatabasen, for det kan jo være et problem, for en speciallægepraksis er jo også en forretning på godt og ondt, for det er jo det, vi lever af. Og vi diskuterede, at hvis der sidder nogen, der er så elendige, at de har dårlige resultater, så må de jo holde op, eller også må de lære det…det er jo konsekvensen, men det kunne godt gøre ondt på nogen". [Interview med praktiserende speciallæge]

"Det er jo [de praktiserende speciallæger] der har haft det sværest, for nogle af dem laver ikke så mange, og de kan meget nemt komme i knibe: Hvis du opererer 12 patienter på et år og tre af dem gendannes, så ligger du altså på den kurve ad h.. til" [Interview med databaseansvarlig overlæge]

Det viste sig dog at de praktiserende kirurger generelt havde meget få recidiver i opgørelserne fra Herniedatabasen, hvilket kan have været medvirkende til at den nye offentliggørelsespraksis ikke gav anledning til større protester. Som en praktiserende kirurg sagde i relation til Herniedatabasen efter at have udtrykt sin principielle skepsis over for ikke-anonymiseret offentliggørelse: "Nå, men altså jeg er ligeglad, for jeg har jo ikke nogen recidiver".

Selv om der altså her ikke har været de helt store protester fra speciallægepraksis i forbindelse med Herniedatabasens offentliggørelse af indikatordata på klinikniveau, kan man ikke forvente at det samme vil gøre sig gældende i andre tilfælde. Eftersom mange praktiserende speciallæger er noget reserverede med hensyn til offentliggørelse af kvalitetsdata på klinikniveau, så foretrækker nogle af de praktiserende speciallæger, som aktuelt er involveret i databaseprojekter, at arbejde med en forsøgsperiode i forhold til offentliggørelse, som en metode til at lette databasernes introduktion i praksis på: I en sådan forsøgsperiode kan de enkelte klinikker få mulighed for at blive mere fortrolige med systemet, og eventuelt forskellige fortolkninger af databasens begreber kan afklares.

Endvidere kan lægerne få mulighed for at korrigere deres praksis, før man eventuelt begynder at offentliggøre resultaterne på klinikniveau:

"…det [med offentliggørelse] har vi da diskuteret og som sagt, indtil videre har vi valgt at sige, at vi ikke direkte skriver klinikker på. Der er nogle numre på de der klinikker, og man kender sit eget, men ikke nødvendigvis de andres, og det er noget vi skal diskutere løbende, om vi så efterhånden vil være så åbne over for hinanden, at vi kan sige, at så kan vi kigge hinanden i kortene også. Men der har vi altså valgt indtil videre, at vi er lidt forsigtige med det for ikke at støde nogen eller skræmme nogen".
[Interview med praktiserende speciallæge, som er involveret i databaseprojekt inden for dermatologien]

"…jeg har sagt, at det første vi gør […], kommer til at stå som din egenkontrol. At det skal i hvert fald være din egenkontrol, og det skal ikke publiceres, og det har været min helt klare holdning, når vi skal i opstartsfasen. Du skal have det til at køre […]. Det skal i hvert fald klart i opstartsfasen være anonym kontrol".
[Interview med en praktiserende speciallæge, som er i gang med at udvikle en anden database indenfor dermatologien]

Det er dog slet ikke sikkert, at offentliggørelse på klinikniveau bliver fremtiden i speciallægepraksis.

I forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om krav og forpligtigelser i relation til de kliniske databaser, accepterede Sundhedsstyrelsen nemlig Lægeforeningens indvendinger mod principielt at kræve om offentliggørelse på klinikniveau i praksissektoren[210]. I den officielle bekendtgørelse[211] hedder det således om niveauet for offentliggørelse:

"For sygehuse anses afdelingsniveau for relevant enhedsniveau. For almen praksis anses kommunen for relevant enhedsniveau. For praktiserende speciallæger anses regionen for relevant enhedsniveau."

På tidspunktet for arbejdet med bekendtgørelserne fremgik det ikke af Amtsrådsforeningens/Danske Regioners programbeskrivelse for de kliniske databaser, hvordan fællespuljen forholder sig til spørgsmålet om offentliggørelse i forhold til speciallægepraksis[212]. Ifølge mine oplysninger[213] var Danske Regioner dog på linje med formuleringerne i den nye bekendtgørelse – dvs. man vil ikke stille et generelt krav om offentliggørelse på klinikniveau i praksissektoren. I stedet mener man, at

[210] Her artikulerede Lægeforeningen i sit høringssvar en af de bekymringer, som en del læger i praksissektoren har med hensyn til offentliggørelse på klinikniveau, nemlig at praksislægen vil nyde en mindre grad af anonymitet end lægerne på sygehusafdelingerne:
"Generelt går Lægeforeningen ind for åbenhed om kvaliteten i sundhedsvæsenet, men indberetningerne til databaserne skal først og fremmest tjene til, at de sundhedsprofessionelle får et redskab til at forbedre resultaterne. På hospitalsafdelinger er det organisatoriske enheder og ikke enkeltpersoner, der bliver synlige. I praksissektoren er der imidlertid en række enheder, der drives af enkeltpersoner. Det bør derfor være muligt at arbejde med en offentliggørelsesmodel, der arbejder med større enheder end enkeltpersoner…" (Lægeforeningen: "Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om landsdækkende kliniske databaser", 2. januar, 2006, p. 2)
[211] Bilag 1 i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 459 af 16/05/2006: *Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser*.
[212] Faktisk nævnes speciallægepraksis slet ikke i programbeskrivelsen for de kliniske databaser, hvilket skyldes, at genstandsfeltet for databasesekretariatets arbejde med de kliniske databaser fra starten var sygehussektoren, eftersom det var sygehusbudgetterne, som skulle finansiere databaserne. Når Danske Regioners politik på området er vigtig, er det fordi, det ikke er Sundhedsstyrelsen, men regionerne, som finansierer driften af databaserne. Hvad angår sygehussektoren, er fællespuljens krav, som tidligere nævnt klare: Indikatordata skal offentliggørelses i ikke-anonymiseret form på afdelingsniveau.
[213] Telefonsamtale med medarbejder i databasesekretariatet 19. september 2006.

det er vigtigt at finde et ”passende organisatorisk enhedsniveau” for praksissektoren, som skal konstrueres med udgangspunkt i kollegiale netværk, hvor der i forvejen arbejdes med faglig udvikling. Her kan data så offentliggøres for en gruppe af læger, som påtager sig et fælles ansvar for at dokumentere og udvikle kvaliteten. Foreløbigt er der dog ikke gjort nogle forsøg på at oversætte idéen om et ”passende enhedsniveau” i speciallægepraksis.

9. Afsluttende analyser og perspektiveringer

De foregående kapitler fokuserede på afhandlingens centrale tema vedrørende indrulleringen af enhederne fra speciallægepraksis i de kliniske databaser. Opmærksomheden blev rettet mod de problematiseringer og interessement/indrulleringsmetoder, der bringes i spil af databasernes talsmænd samt mod den måde, som de praktiserende speciallæger forholder sig til disse på.

9.1. Problematiseringernes karakter og durabilitet

Problematiseringerne rummer i relation til speciallægepraksis ofte to typer rationaler:
Det første rationale konstituerer databasernes raison d'être, som denne artikuleres af databasekonstruktørerne med fokus på lægefaglig videns- og kvalitetsudvikling. Databaserne hævdes:

a) at kunne skabe ny viden om sygdomme og behandlingsmetoder og/eller
b) at kunne skabe mere viden om de enkelte enheders resultater og/eller
c) at kunne løse formodede problemer med den kliniske kvalitet.

Hvis man sammenligner forskellige databaseprojekters skæbne i speciallægepraksissektoren, er der noget, der tyder på, at problematiseringer, der rummer en kritik af det eksisterende kvalitetsniveau, i speciallægepraksis har et større "mobiliseringspotentiale" end problematiseringer, som ikke identificerer specifikke problemer i den kliniske praksis. En af forskellene mellem problematiseringen i DMK-forløbet sammenholdt med problematiseringerne i de mere succesfulde databaseprojekter (som Herniedatabasen og sandsynligvis også Venedatabasen) er således, at *der ikke optræder en problematisering af den lægefaglige kvalitet* i DMK-forløbet. Den teoretisering af sammenhængen mellem DMK og kvalitetsudvikling, som udfoldes på DMK-møderne i speciallægepraksis er således relativt abstrakt, forstået på den måde at der ikke fremkommer nogen egentlige beskrivelser af, på præcis hvilke områder der kunne tænkes at være særlige kliniske kvalitetsproblemer, som DMK kunne hjælpe med at løse (det gøres alene gældende, at man "får mere styr på det" og "bliver bedre til tingene", når man skal indberette). Dette står i kontrast til begivenhederne omkring Venebasen og Herniedatabasen: Her har visse aktører, med videnskabelige publikationer eller faglige referenceprogrammer i hånden, hævdet, at der var et konkret fagligt

behov for at måle og udvikle kvaliteten[214], og at dette burde gøres med brug af en klinisk database[215]. Da en sådan sandsynliggørelse af eksistensen af konkrete kvalitetsproblemer i behandlingen ikke finder sted i DMK-forløbet, fremstår forsøget på at mobilisere lægernes interesser for faglig udvikling og bedre patientbehandling relativt set svagere i denne case.

Det andet rationale i de iagttagne problematiseringer er, at deltagelse i databaserne vil øge speciallægepraksis' legitimitet i sundhedsvæsenet, hvilket særligt vil være en fordel i forbindelse med fremtidige forhandlinger med institutionelle aktører om sektorens rolle og vilkår i sundhedsvæsenet. Det fagpolitiske rationale er mest udbredt blandt de praktiserende speciallægers fagpolitiske repræsentanter, som i højere grad end andre praktiserende speciallæger oplever, at andre aktører i sundhedsvæsenet i højere grad end tidligere er begyndt at efterspørge dokumentation om kvaliteten i speciallægepraksis. Selv om en del praktiserende speciallæger er enige i, at databasedeltagelse kan have en vis fagpolitisk værdi på langt sigt, så er det dog slet ikke alle, der interesseres tilstrækkeligt af denne type problematisering. Endvidere viser mange af mine interviews[216] og observationer (se f.eks. mødeuddragene fra DMK-forløbet), at de fleste praktiserende speciallæger *generelt set* ikke mener, at der er problemer med kvaliteten i speciallægepraksis. Tværtimod mener mange, at de yder mindst den samme kliniske kvalitet som sygehuse, og at de gør det mere omkostningseffektivt og med en bedre patientservice. *Pointen er her, at selv om en forestilling om, at man leverer bedre kvalitet i speciallægepraksis, i nogle tilfælde kan være en motivation for at gå med i kvalitetsmålingsprojekter, så kan en sådan forestilling i andre tilfælde være medvirkende til, at de praktiserende speciallæger faktisk ikke anser det for stærkt påtrængende at bruge tid på den slags projekter, når der skal prioriteres mellem forskellige hensyn i en travl hverdag*. Dette gælder særligt i situationer som den aktuelle, hvor lægerne har opgaver nok, og hvor konkurrencen med det offentlige sygehusvæsen ikke opfattes som en trussel på kort sigt. De nærværende casestudier peger således på, at den indledende interesse, som problematiseringerne formår at skabe i forhold til databaserne, er skrøbelig og ikke i sig selv er tilstrækkelig til at sikre en omfattende og disciplineret deltagelse blandt de kliniske enheder. For at nå dette mål er de introducerede databaser afhængige af *en fortløbende indrulleringsindsats*.

[214] Enten fordi der er kommet nye diagnosticerings- eller behandlingsmetoder med evidens for bedre effekt (en evidens som bør afprøves i den kliniske praksis) og/eller fordi undersøgelser har peget på problemer på nationalt plan, som det gælder om at identificere og løse.
[215] Det skal her tilføjes, at der også findes kliniske databaser i sundhedsvæsenet, som ikke er drevet fremad på en konkret problematisering af det eksisterende kvalitetsniveau, men som finder eksistensberettigelse i argumentet om kontinuerlig kvalitetsovervågning.
[216] Både i forbindelse med KVIS-undersøgelsen og den herværende undersøgelse.

At de forskellige problematiseringer kan have svært ved at mobilisere og stabilisere interessen for kliniske databaser på egen hånd bunder i flere forskellige forhold. Som vi så i historien om Venedatabasen kan databasernes synlighedsskabende kapabilitet sammenholdt med kvalitetsmålingens kompleksitet være medvirkende til en vis tilbageholdenhed blandt de praktiserende speciallæger. Den væsentligste udfordring synes dog at knytte sig til de tidsøkonomiske bekymringer, der opstår som følge af, at databasernes fordringer til de sundhedsfaglige enheder skal konkurrere med andre mere eller mindre institutionaliserede hensyn. Som nævnt er der i speciallægepraksissektoren konstrueret en relativ tæt forbindelse mellem den enkelte læges produktivitet og indkomst (i forhold til den der findes i sygehussektoren, hvor lægens personlige indkomst ikke afhænger af den kliniske enheds produktivitet). Endvidere er det forhold, at en del praktiserende speciallæger har valgt at arbejde i speciallægepraksis, fordi denne organisationsform forekommer dem mindre bureaukratisk, end den der findes i sygehusvæsenet, kun med til at forstærke den betydning, som de tidsøkonomiske hensyn spiller i forbindelse med overvejelser om adoption af kliniske databaser. Mange af klinikkerne i speciallægepraksis har således organiseret hverdagen med et stramt og patientintensivt arbejdsprogram. Hensyn til tidsforbruget handler i den forbindelse ikke kun om lægens personlige indkomst, men også om, hvordan forskellige aktiviteter, sygdomme og patienter skal prioriteres tidsmæssigt i klinikken, i forhold til det arbejde databaserne kræver. En praktiserende speciallæge, som er involveret i et databaseprojekt inden for dermatologisk speciallægepraksis, fortæller her om en af grundene til, at ikke alle patienter genindkaldes til efterkontrol:

”...det er jo også sådan, at i en privat praksis må man forsøge at prioritere patienterne, og desværre har vi øgede ventetider. Vi plejer at ha’ to uger, nu har vi to måneder, og det er jo de sværeste, der skal komme til først. Så hvis det er sådan lidt småtterier…med opfølgning bare for at se, hvordan det går, så havner de længere nede på prioriteringslisten, hvis der står en masse andre i køen med hudkræft. Så den [databaseskemaets felt til registrering af en efterkontrol] er lidt mere tvivlsom. Det ville være optimalt, hvis man havde tid til alting og kunne gøre sådan der, og ofte kommer de tilbage med regelmæssige intervaller for lige at se, hvordan det går, hvis de har haft meget bøvl med det ikke også? Men sådan konsekvent at tage mange tilbage, hvis ikke de fejler noget, det kniber lidt. Det er lav prioritet.” [Interview med praktiserende speciallæge]

9.2. Regulative og projektstyringsrelaterede indrulleringsmetoder

En af de store udfordringer – som repræsentanterne for kliniske databaser står over for i forbindelse med deres forsøg på at konstituere databaserne som obligatoriske passagepunkter for kvalitetsudvikling – består altså i *at håndtere en situation, hvor forskellige målsætninger – relateret til økonomi, produktivitet og kvalitet/service (og herunder hensynet til andre typer patienter end dem som databasen fokuserer på), transparens samt andre former for faglig udvikling – konkurrerer om lægernes opmærksomhed*. I den forbindelse kan der identificeres en række forskellige *indrulleringsteknikker*, som fortalere for brugen af kliniske databaser i sundhedsvæsenet kan anvende til at håndtere denne udfordring med. Disse indrulleringsteknikker udvikles på forskellige steder af forskellige aktører. Teknikkerne spænder fra det "inciterende" og det "involverende" til det mere "dekreterende" og omfatter både juridiske, økonomiske, faglige, informationsteknologiske[217] og projektstyringsorienterede elementer. Mens de databaseudviklende læger har stor indflydelse på udviklingen af databasernes indhold og de tilknyttede problematiseringer, så konstrueres de officielle regulative tiltag af henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner – ofte efter diskussioner eller forhandlinger med lægeprofessionens fagpolitiske organisationer.

9.2.1. Honorering

Ordninger, hvor databasernes tidsøkonomiske konsekvenser modificeres ved at honorere indberetning, så lægerne kompenseres for det ekstra-arbejde, der er forbundet med at producere og registrere nye informationer opfattes generelt af de praktiserende speciallæger som et (blandt flere) forhold af betydning i forbindelse med beslutninger om at deltage i kliniske databaser. Set fra flere af databaseadministratorernes perspektiv er der heller ingen tvivl om, at honorering gavner bestræbelserne på at få de praktiserende speciallæger til at indberette komplette og præcise data.

[217] En af de teknikker, som ikke har været genstand for analyse, fordi den endnu ikke er forsøgt implementeret i nogle af de eksisterende projekter, går ud på at sikre databaserne adgang til speciallægepraksis ved at forbinde databaserne med de eksisterende elektroniske journalsystemer, så dobbeltregistrering undgås. Et af de forhold der har bidraget til at øge klinikkernes tidsforbrug i forbindelse brugen af kliniske databaser, er således, at visse oplysninger bliver registreret både i patientjournalen og i den kliniske database. Derfor har overenskomstens parter aftalt at arbejde med at udvikle informationsteknologiske løsninger "datafangstløsninger", som kan hente data fra patientjournalerne over i de kliniske databaser. Det vil dog kræve en del ressourcer at transformere databaserne til en mere usynlig aktør i speciallægepraksis, hvad angår den daglige registrering. For det første fordi de praktiserende speciallæger i dag bruger en række forskellige journalsystemer, og for det andet fordi man i praksissektoren bruger et andet kodesystem til registrering af behandlingsforløb, end det som findes i sygehussektoren.

Som nævnt diskuterer de institutionelle aktører (FAS og RLTN), hvorvidt og hvor meget de praktiserende speciallæger skal honoreres for den tid, der bruges på at registrere oplysninger til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetsmåling. De praktiserende speciallægers faglige organisationer har meldt ud, at man gerne vil bidrage til at dokumentere ydelserne, men at dette indebærer et ekstra stykke arbejde for lægerne, som skal honoreres enten særskilt eller indgå som en integreret del af overenskomsternes takster (der i så fald skal hæves). Fra Danske Regioners side har man hidtil været skeptiske over for at honorere tidsforbruget, idet man mener, at dokumentation af kvaliteten bør være en naturlig del af det at levere en lægefaglig ydelse. I forbindelse med forhandlingerne om Venedatabasen gik Sygesikringen (i dag RTLN) dog med til at fastsætte med et mindre honorar pr. indberetning, men spørgsmålet er aktuelt ikke afklaret for de kliniske databaser generelt og vil ganske givet blive bragt på banen i forbindelse med udviklingen af nye databaser med relevans for praksis.

Udviklingen på variceområdet som beskrevet i kapitel 6 illustrerer betydningen af at koble kvalitetsudviklingsbestræbelser med overenskomsterne, og eksemplet med Venedatabasens fordring om efterkontrol viser, at koordinering med overenskomsten også er noget, som bør overvejes i forbindelse med de designet af de enkelte elementer i en kliniske database. Og her peger eksemplet også på relevansen af ikke kun at tage højde for tidsforbruget knyttet til registreringen af eksisterende arbejdsopgaver, men også for det eventuelle ekstra arbejde, som en komplet dataindberetning kan medføre. Endelig skal det tilføjes, at økonomisk kompensation på ingen måde er en garanti for succes[218], da det er et samspil mellem flere forskellige forhold i de enkelte databaseprojekter, der afgør, hvordan de falder ud.

9.2.2. Kontrakter

Et alternativ til de honorarbaserede ordninger er kontraktbaserede ordninger, der gør database-indberetning til en forudsætning for at få del i de offentligt finansierede sundhedsydelser. Der er få eksempler på, at man har konstrueret sådanne kontrakter i forbindelse med de kliniske databaser. Et eksempel er relateret til udbredelsen af den såkaldte Kat-base[219]: Her blev de praktiserende øjenlægers mulighed for at indgå aftaler med de enkelte amter om udlicitering af kataraktoperationer (en økonomisk attraktiv ydelse) betinget af, at lægerne indberettede til Kat-

[218] Og heller ikke altid en nødvendig forudsætning for succes – men det kræver i så fald, at kravene til registreringsindsatsen er minimal, som det har været tilfældet med Herniedatabasen.
[219] Database med fokus på kvaliteten af operationer for grå stær på sygehuse og i speciallægepraksis.

basen[220]. Dette havde ifølge databasens administrator en betydelig effekt med hensyn til adoptionen af databasen i speciallægepraksis. Dog har nogle af de involverede læger sat spørgsmålstegn ved, i hvor høj grad denne konstruktion formåede at disciplinere selve indberetningsadfærden. En praktiserende øjenlæge udtalte før Kat-basens lukning i 2005:

”Hvis man, som jeg, har en aftale med [amtet], skal man registrere præ- og postoperative forløb til denne database.. Jeg kender mine kolleger – det betyder, at jeg registrerer og indrapporterer det, de gør – og det er ikke hele sandheden”. [Interview med praktiserende speciallæge foretaget i forbindelse med KVIS-undersøgelsen]

9.2.3. Lovgivning

Det institutionelle pres (Scott 2001) på de praktiserende speciallæger for at adoptere kliniske kvalitetsdatabaser har traditionelt været normativt og haft en relativ moderat (og sporadisk) karakter[221], mens mere regulative pres tidligere har været stort set fraværende. Dette ændrede sig dog i løbet af undersøgelsesperioden som følge af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse, der påbyder både sygehuse og praktiserende sundhedspersoner at indberette til de officielle landsdækkende kliniske databaser. Bekendtgørelsen kan ses som en aktant, der introduceres for at forhindre konkurrerende hensyn og interesser i at trænge sig på til skade for databasernes udbredelse. Dens fremkomst betyder dog ikke, at alle indrulleringsproblemer er løst i forbindelse med udbredelsen af kliniske databaser:

For det første er det ikke alle databaser, som falder ind under de kriterier, der findes i bekendtgørelsen (regionale, ikke-offentlige). Disse databaser kan dermed ikke trække på den nye regulative aktant[222]. *For det andet* er eksistensen af en bekendtgørelse ikke nødvendigvis tilstrækkeligt til at sikre adoption af en given database i alle klinikker, idet nogle læger kan vælge at ignorere sådanne bekendtgørelser[223]. Hvis denne adfærd skal transformeres i mere programmatisk retning, så kræver det indledningsvist, at den identificeres og kategoriseres som problematisk, og at sundhedsmyndighederne gøres opmærksomme på problemet. Herefter er det dog ikke helt klart, hvilke sanktioner, der kan/vil blive iværksat over for ”database-nægtere” (jf. kapitel 6). *For det*

[220] Læg mærke til, hvordan sådanne anordninger redigerer i de eksisterende ”interessekort” (Callon & Law 1982) – som databasernes fortalere i sundhedsvæsenet normalt opererer med – i den forstand, at databasen i dette tilfælde ikke alene positioneres som et passagepunkt for læger, der vil kvalitetsudvikle, men også for læger, som vil øge deres indtjening ved at behandle ventelistepatienter for det offentlige.

[221] Selv om dette pres dog er blevet styrket en smule de seneste år via de mange udmeldinger om kvalitetsudvikling fra både myndigheder og lægepolitiske organisationer, jf. kapitel 4.

[222] Ud af de 11 identificerede databaseprojekter i undersøgelsen er det under halvdelen, som pt. (2006/07) opfylder Sundhedsstyrelsens kriterier.

[223] Som det fremgik af historien om Venedatabasen, gælder dette også for sygehussektoren, hvor det ikke kan tages for givet at koblingen mellem en formel hierarkisk ledelsesstruktur og indberetningspligten vil sikre disciplineringen af de kliniske enheder.

tredje er der noget, der tyder på, at der er en større risiko for, at lægernes adfærd i forbindelse med brugen af databasen vil antage en anti-programmatisk karakter, hvis de alene knyttes til databasen via det regulative pres. De eneste tilfælde, hvor jeg har hørt læger fortælle om bevidst anti-programmatisk registreringsadfærd, var databaser, hvor lægerne var utilfredse med registreringsteknologien (på grund af tidsforbruget, eller fordi de ikke fandt teknologien faglig relevant), men samtidigt følte sig nødsaget til at bruge teknologien, fordi der var knyttet stærke regulative/økonomiske incitamenter til den. KAT-basen er allerede blevet nævnt som et eksempel på dette. Et andet eksempel refererede en af de praktiserende speciallæger til som "999-fænomenet": Lægen fortalte om, hvordan flere af speciallægerne inden for det pågældende speciale var meget utilfredse med det registreringsarbejde, som var knyttet til et register med formel indberetningspligt oprettet af Sundhedsstyrelsen. Samtidigt følte lægerne, at de ikke havde haft tilstrækkeligt indflydelse på systemets karakteristika og funktionsmåde. Nogle af lægerne havde derfor tænkt sig helt at undlade at indberette (på trods af lovkravet) eller havde besluttet sig for at taste "999" i alle de registreringsfelter, hvor det var muligt. I det pågældende system var "999" den kode man benyttede, når der var information, som patienten ikke ønskede ikke at oplyse…
Så mens juridiske og specielt økonomiske tiltag kan spille en vigtig rolle med hensyn til at få lægerne til at adoptere en give database, så danner disse ikke nødvendigvis det bedste udgangspunkt for den efterfølgende indberetningsaktivitet, hvis de står alene. Dette peger i retning af betydningen af at inkorporere nogle af de potentielle adoptørers interesser i teknologiens design.

9.2.4. Inkorporering af repræsentanter og interesser

Når inkorporering fremstår som en væsentlig aktivitet i forbindelse med konstruktion og udbredelse af kliniske databaser, er det, fordi mange af de hensyn og mål, som findes i den kliniske praksis, viser sig vanskelige at afskærme eller transformere med de forhåndenværende midler. Dette skaber en situation, hvor databasernes fortalere ikke blot kan interessere lægerne ved at appellere til databasernes faglige relevans, men også må sørge for, at databaserne ikke fremstår som en teknologi, der vil forstyrre lægerne "for meget" i forhold til andre aktiviteter, mål og interesser.
I det omfang de kliniske databaser designes af overlæger fra de største sygehuse – og i det omfang, der er store forskellene inden for det pågældende speciale mellem "den kliniske virkelighed" på

henholdsvis sygehusene og i praksis – kan der, som vi har set[224], være en risiko for, at databaserne kommer til at indeholde elementer, der opleves som problematiske set fra et speciallægepraksisperspektiv. Organisatoriske forskelle mellem sygehussektoren og speciallægepraksissektoren kan således *i nogle tilfælde* give anledning til visse forskelle, med hensyn til, hvilke informationer der opfattes som relevante og realistiske at producere, og med hensyn til hvor udsat lægen opfatter sig selv i forhold til kvalitetsmålingens transparensskabende effekter. Derfor forekommer det afgørende for en databases succes i speciallægepraksissektoren, at repræsentanter fra praksis inddrages i arbejdet med at konstruere databasen, idet repræsentanterne kan være med til at artikulere og indskrive et "speciallægepraksis-perspektiv"[225] i databasens design. *I forhold til databasernes indhold og funktionalitet bør man i den forbindelse overveje implikationerne af forskelle i henholdsvis a) patientpopulationer (de forskellige databaseelementers relevans for forskellige behandlere), b) organisationsstruktur (synlighedsproblematikken), c) henvisningsprocedurer (i forbindelse med krav om opfølgende patientkontakt) og d) incitamentsstrukturer mellem de enheder fra speciallægepraksis og sygehusvæsenet, som skal indgå i en klinisk database*.

Vigtigheden af at sådanne overvejelser gælder både i forhold til den initiale indrullering, hvor lægerne skal overbevises om at påbegynde indberetning til en database, men også i forhold til opgaven med at fastholde klinikkerne som disciplinerede enheder i databasenetværket.

Udover at repræsentanter fra speciallægepraksis kan være med til at indskrive nogle af de interesser, der findes i speciallægepraksis, i databasernes design, så kan de også bidrage til at promovere databaserne i forhold til de praktiserende speciallæger – noget som flere af de databaseansvarlige overlæger finder meget væsentligt:

"Det er helt, *helt* afgørende for sådan et projekt som det her, at der er nogle lederfigurer inden for speciallægepraksis, som siger 'ja, men det her er okay, det er mere arbejde, men det kan jeg godt, det her fremmer vores fag' og alt det positive, selv om der kan være en masse ekstraarbejde, og om du vil noget negativt.. […]
…vi trækker [en repræsentant for de praktiserende speciallæger] ind i organisationen, så vi får en fælles kultur, og det er så ikke nogen af dem fra sekundærsektoren, som kommer og siger noget til folk fra speciallægepraksis – det er en af deres egne"
[Interview med databaseansvarlig overlæge]

Der dog ingen garanti for at denne indrullering af repræsentanter udmønter sig i succes (jf. Callon 1986). Ofte vil repræsentanterne i forvejen være blandt de mest interesserede af de praktiserende

[224] Både i DMK-casen hvor det viste sig meget vanskeligt at importere en database, som var udviklet i sygehussektoren uden inddragelse af speciallægepraksis og i VDB-casen hvor databasen på trods af visse transformationer stadig rummer enkelte elementer, som flere af lægerne i speciallægepraksis finder problematiske.
[225] Eller måske rettere sagt "speciallægepraksisperspektiver", da der, som det fremgår, kan findes flere forskellige perspektiver på en given klinisk database blandt de praktiserende speciallæger.

speciallæger, og som vi så i tilfældet med Venedatabasen – hvor indrulleringsaktiviteten rettede sig mod en relativ lille gruppe af praktiserende speciallæger (20-25) – så var der flere læger, der ikke umiddelbart fulgte deres repræsentanters opfordring om at tilslutte sig databasen. I de allerstørste praksisspecialer (øjne, øre-næse-hals, hud) vil det alt andet lige være endnu mere vanskeligt for en eller to praktiserende speciallæger at repræsentere de mange forskellige holdninger, situationer og perspektiver, der findes i sektoren. Endvidere vil nogle specialer og sygdomsområder qua deres kompleksitet frembyde en større udfordring, end de kirurgiske områder gør, hvad angår mulighederne for at designe databaser, der er bredt acceptable både med hensyn til til validitetsrelaterede og tidsøkonomiske forhold. Det er således ikke kun problematiseringerne, databasens design, projektstyringsstrategien eller eventuelle regulative allierede, som er afgørende for nye databaseprojekters skæbne. De forskellige projekter bliver nemlig henholdsvis vanskeliggjort eller befordret af nogle eksisterende forhold relateret til både det pågældende lægefaglige speciale og det specifikke sygdomsområde, som en nyt databaseprojekt skal agere i relation til[226].

[226] Forhold relateret til det pågældende speciale kan bl.a. være a) omfanget af eksisterende registreringskrav (er der allerede andre databaser eller nationale registre som gør krav på de kliniske enheders tid?), eller b) tidligere erfaringer med kvalitetsudviklingssamarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusene inden for det pågældende speciale. Forhold relateret til det pågældende sygdomsområde kan bl.a. være c) sygdommens karakteristika inkl. dens konsekvenser for henholdsvis målingens og patientforløbets kompleksitet samt d) graden af standardisering på det pågældende område (her må antagelsen være at jo mere ensartet den kliniske praksis i forvejen er på tværs af de relevante kliniske enheder, jo nemmere vil det – alt andet lige – være at udvikle og drive en klinisk database) samt e) eksisterende inskriptionsanordningers evne til at producere inskriptioner, hvis objektivitet der er konsensus omkring.

9.3. De kliniske databaser og den lægelige autonomi

De kliniske databaser kan – jf. afhandlingens indledning – betragtes som en styringsteknologi orienteret mod at evaluere og eventuelt transformere den kliniske praksis. Dette rejser spørgsmålet om teknologiens implikationer for den lægelige autonomi. Autonomibegrebet stod centralt i den sociologiske konceptualisering af lægeprofessionen og har også spillet en væsentlig rolle i de nyere sociologiske og politologiske studier af forandringer i sundhedsvæsenet, hvor lægernes rolle i forandringsprocesserne har været genstand for stor bevågenhed (Harrison & Schulz 1989: 198, Flynn 2004).

I den tidlige funktionalistiske sociologi blev autonomien i det lægelige arbejde fremhævet som et af de væsentligste kendetegn ved en profession og blev betragtet som et gode, eftersom opfattelsen var, at den udgjorde en væsentlig forudsætning for, at professionen kunne udfylde sin samfundsnyttige rolle. Også de senere "post-funktionalistiske" professionsstudier understregede autonomiens betydning i deres begrebsliggørelse af professioner, men her blev autonomien betragtet med meget større skepsis[227]. Den post-funktionalistiske litteratur fokuserede således meget på, hvordan professioner – og herunder lægeprofessionen – tilkæmper sig autonomi gennem forhandlinger med staten og i konkurrence med andre professioner og erhverv. Litteraturen var kritisk i den forstand, at den i meget højere grad end tidligere skildrede professionerne som magtorienterede aktører, der langt fra altid levede op til deres egne etiske standarder i praksis. Sideløbende med den sociologiske kritik begyndte også andre aktører som politikere og medier i de følgende år at problematisere sundhedsvæsenets udvikling og styring og herunder den dominerende rolle som lægeprofessionen spillede i denne sammenhæng. Dette indledte afslutningen på, hvad der er blevet kaldt for medicinens/lægeprofessionens "guldalder" – perioden efter 2. Verdenskrig og frem til slutningen af 1960'erne[228]. I løbet af 1970'erne og 1980'erne begyndte forskellige typer problematiseringer således at give anledning til en række økonomistyrings- og kvalitetsstyringsrelaterede forandringstiltag med markante implikationer for lægeprofessionens rolle i sundhedsvæsenet. Dette affødte nye diskussioner inden for professionssociologien (se f.eks. Freidson 1984, Freddi & Björkman 1989, Hafferty & Light 1995) om, hvilke konsekvenser udviklingen havde for lægeprofessionen og dens udøveres autonomi. I den forbindelse skelnes der

[227] Introduktioner til professionssociologiens indhold og udvikling kan bl.a. findes hos Abott (1988: 3-20), Coburn & Willis (2000), Macdonald (1995), Sognstrup (2003: 46-79).

[228] Se Light (2003) for en beskrivelse af den generelle bevægelse i sundhedsvæsenet fra lægelig "autonomi" til lægelig "accountability".

ofte mellem professionel/kollektiv autonomi og klinisk/individuel autonomi[229], hvor Freidsons (1984) omdiskuterede tese var, at lægeprofessionen kunne bevare sin professionelle autonomi ved selvstændigt at optrappe den interne kontrol med medlemmerne, hvis individuelle autonomi til gengæld ville blive reduceret.

Mens de fleste iagttagere var enige med Freidson i, at den individuelle autonomi var/er på retur, så omhandlede meget af den efterfølgende debat spørgsmålet om, hvorvidt lægeprofessionen som kollektiv enhed nu også kunne siges at bevare sin dominans eller autonomi på trods af de mange krav om øget kontrol og indsigt, som andre aktører stillede til professionen. Jeg skal ikke her forfølge alle aspekter af denne diskussion, men koncentrere mig om forholdet mellem de kliniske databaser som styringsteknologi og den enkelte læges autonomi, eftersom denne relation er mest relevant i forhold til afhandlingens generelle fokus. I den forbindelse skal det fremhæves, at en række nyere (og ANT-inspirerede) sundhedsvæsensstudier har søgt at udvide eller ændre debatterne om autonomi og nye styringsteknologier, idet den traditionelle diskussion om "mere eller mindre" professionel eller klinisk autonomi kritiseres for at udgøre en problematisk forsimpling (Timmermans & Berg 2003a, Svenningsen 2004, Nielsen 2005, Winthereik et. al. 2004). I disse studier peger man bl.a. på:

a) at autonomi er noget, som hele tiden er til *forhandling* i forbindelse med regulerings- og standardiseringsprocesser, og at fænomener som autonomi, standardisering og transparens *ikke* indgår i et nulsumsspil med hinanden, hvor øget standardisering og transparens nødvendigvis medfører mindre autonomi (Nielsen 2005, Winthereik et. al. 2004),
b) at autonomi ikke skal forstås som det at være isoleret fra forbindelser til en række forskellige organisatoriske praksisser: Handlende aktører knytter således altid en række forbindelser til andre entiteter, og disse nye forbindelser kan på samme tid *begrænse og udvide aktørernes handlemuligheder*. I den forbindelse peges der på, at lægelig autonomi

[229] Se Freidson (1984) Timmermans & Berg (2003a: 84). *Den kollektive autonomi* vedrører reguleringen af professionen som helhed (professionens grad af egenkontrol med henholdsvis individers adgang til professionen, medlemmernes aktiviteter, udviklingen af professionens særlige viden og kunnen etc.). I forhold til spørgsmål om kvalitet har autonomien traditionelt betydet, at det kun er lægeprofessionens egne medlemmer, som kan vurdere (det som på et givent tidspunkt betragtes som) den "tekniske" kvalitet af det lægelige arbejde (Matthes 2003, Flynn 2004). *Den individuelle autonomi* vedrører den enkelte klinikers grad af kontrol over det daglige arbejde. Her har det været forventet, at lægen udøver skøn baseret på sin uddannelse og kliniske erfaring – en skønsudøvelse der normalt er blevet opfattet af andre som legitim og naturlig (Freidson 1984: 11-12). Lægen har altså haft "ret til at undersøge, behandle og henvise sine patienter, som han/hun ønsker det i henhold til sin opfattelse af egen kompetence og sin opfattelse af patientens behov i forhold til de tilgængelige ressourcer" (Harrison 1999: 50, min oversættelse). Det er princippet om autonomi, som gør, at læger traditionelt har haft lov til at udføre operationer, som de ikke har den store erfaring i, og til selv at sammensætte deres aktivitetsmønster (Ibid.).

kan udøves på forskellige måder i forbindelse med indførelsen af ny teknologi i den kliniske praksis (Ibid.),

c) at der i forbindelse med udvikling og udbredelse af nye teknologier kan ske visse *forandringer i definitionerne af den professionelle identitet*, som betyder, at det der tidligere blev opfattet som et problematisk indgreb i den lægelig praksis ikke længere betragtes som noget sådant. Svenningsen (2004: 276) gør f.eks. opmærksom på, hvordan "rigtigt" lægearbejde med indførelsen af nye dokumentationsteknologier i stigende grad søges gjort til noget, der involverer "indtastning, sammenstilling, evaluering og monitorering af mere eller mindre entydig og ofte kvantitativ information om patientens krop".

På baggrund af disse indledende betragtninger vil jeg i det følgende vil jeg opridse forskellige aspekter ved relationerne mellem de kliniske databaser og den lægelige autonomi.
Hvis vi begynder med at se på *de måder, hvorpå de kliniske databaser principielt set kan siges at udfordre den individuelle lægelige autonomi*, er det især følgende fire forhold, der påkalder sig opmærksomhed:
For det første pålægger databaserne den enkelte læge et ekstra stykke dokumentationsarbejde og gør dermed krav på en del af lægernes arbejdstid, der ellers kunne være brugt til andre ting. Som vi har set kan dette give anledning til en del skepsis blandt lægerne, selv om der er forskelle fra læge til læge med hensyn til, hvor meget registrering der findes acceptabel, og med hensyn til hvilke oplysninger der findes relevante at registrere.
For det andet rummer databaserne en række forskrifter, der retter sig mod indholdet i det lægelige arbejde og/eller mod de sundhedsfaglige enheders arbejdsprocesser mere generelt. Som det er fremgået af de forrige kapitler fordrer de kliniske databaser en række forandringer i den kliniske praksis, idet både databasens registreringsflade[230], og de returnerende resultater fra databasen (i form af tal, tekster, grafer og tale) danner nogle mere eller mindre eksplicitte forskrifter for brugeradfærd. Hermed kan databaserne siges at indskrænke lægens autonomi – i det omfang Bowers (1992: 254) har ret i, at enhver delegering af kompetence til informationsteknologiske

[230] De mest eksplicitte fordringer er dem, der artikuleres i databasens officielle procesindikatorer, men også andre dele af en databases registreringsflade kan rumme elementer, der har visse fællestræk med såkaldt procedurale standarder (dvs. standarder, som specificerer og 'sekvenserer' arbejdsprocesser ved at fortælle, hvad der skal gøres og i hvilken rækkefølge det skal ske, jf. Timmermans & Berg 2003a: 63). Databasernes registreringsskemaer er dog ikke så deltaljerede i deres specifikationer og er ikke i samme omfang ladet med sekventielle forskrifter, som kliniske retningslinjer.

formalismer (som f.eks. registreringsskemaer) indebærer en accept af, at ens råderum til at handle efter eget skøn begrænses.

For det tredje har databaserne nogle synlighedsskabende effekter for de klinikker, som lader sig indrullere i dem. Eftersom de fleste databaser både opererer med resultat og procesindikatorer omfatter transparensen både resultater og processer. F.eks. kan Venedatabasens administratorer som nævnt løbende følge med i, om klinikkerne følger fordringerne om efterkontrol af patienter. Her adskiller databasernes skema-indlejrede fordringer sig på et væsentligt punkt fra mange af de andre typer fordringer, som den kliniske praksis konfronteres med, i den forstand at de (i princippet) er i stand til at overvåge deres egen skæbne: Hvor almindelige standarder og retningslinjer risikerer at ende deres dage i en plastikmappe på en reol uden deres skaberes viden, så kan databasens lægelige administratorer løbende monitorere, i hvilket omfang de mere eller mindre eksplicitte forskrifter følges. Hvis nogle klinikker f.eks. ikke genindkalder deres patienter til efterundersøgelse (og derfor ikke registrerer undersøgelsesresultater), så vil dette nemlig fremgå af den pågældende database som "tomme indførsler" (jf. Berg 1996). Databaserne kan dermed både synliggøre en del af det arbejde, der udføres, men også en del af det arbejde, der ikke udføres, hvilket ifølge Berg (1996) er en egenskab ved registreringsteknologier, som er med til at reducere de sundhedsprofessionelles "skønsmæssige spillerum". Det er denne kvalitet ved de nye typer af monitoreringsteknologier, som har fået iagttagere (eksempelvis Foster & Wilding 2000: 150) til at tale om, at teknologierne udgør et anslag mod den professionelle autonomi, fordi teknologierne tilbyder andre aktører at få et indblik i de fagprofessionelles arbejde, som de ikke havde tidligere. Dette åbner nemlig samtidigt for nye muligheder for kritik og intervention[231].

Som nedenstående eksempel fra et databaseprojekt i dermatologisk speciallægepraksis viser kan alene bevidstheden om den øgede transparens give anledning til visse kvaler hos læger, der ikke følger databasernes proces-forskrifter. Den pågældende database fokuserer – ved siden af de mere traditionelle kliniske parametre – også på den information, der gives til patienterne som led i konsultationen. I databasen er dette oversat til en indikator (andelen af patienter som vejledes om deres sygdom) og til to tjekbokse på registreringsskemaet, hvor man skal sætte kryds, hvis der i klinikken er blevet udleveret skriftlig information til patienten. Desuden er der mulighed for at

[231] Så selv om teknologier som de kliniske databaser ikke kan garantere mod anti-programmatisk adfærd, så kan de i relativ høj grad gøre det muligt at identificere og dermed (måske) styre denne adfærd – jf. Callon (2002), som beskriver brugen af intellektuelle teknologier til måling af kundebehov og kundetilfredshed. Jeg vil dog hævde, at man ikke bør antage, at det altid er muligt for databasernes administratorer at identificere anti-programmatisk adfærd knyttet til registreringsprocesserne, eftersom disse processer er åbne for forskellige former for manipulationer, der kan være svære at få øje på for de databaseadministrerende aktører.

tilføje en bemærkning på en linje nedenunder. Denne oversættelse blev stadig diskuteret, idet en af de deltagende læger ikke mente, at værdien af skriftlig information var tilstrækkelig veldokumenteret, og at oversættelsen ikke indfangede det for ham væsentligste i forbindelse med formidling af information til patienterne:

PS: Så er der nogle nye ting…det det der med information, det kan man strides om, hvordan man nu gør det. Det, synes jeg, har været lidt svært, fordi nogle udleverer et fortrykt skema omkring tingene og siger 'værsgo gå du hjem og læs det, der står alle de her ting'. Det er jeg ikke sådan voldsomt stor tilhænger af. Man kan godt få et skema, det har jeg ikke noget imod, men det vigtigste er, at man får talt med patienten omkring det og får indtryk af, at han forstår, hvad det drejer sig om. For at få et skema og gå hjem og læse det og ikke forstå hvad der står alligevel det er ikke så relevant. Og det kommer måske ikke helt frem, men det kommer måske i den næste [version] tror jeg.
MBK: Hvordan… Hvad skriver du så der? […] [peger på felterne vedrørende skriftlig information på registreringsskemaet]
PS: Jeg skriver ikke noget, for det har jeg ikke [udleveret det skriftligt], men jeg ved, at jeg mundtligt har givet det, og det har jeg så skrevet på, at vi har mundtligt har givet hver enkelt den information, der er behov for, og hvis de gerne vil ha' det skriftligt, kan de også godt få det, men det vigtigste er, at de forstår, hvad det drejer sig om
MBK: Men hvis nu den blev lavet om til en almindelig database – nu er det jo et forsøgsprojekt det her – så ville det komme ud offentligt og publiceret…
PS: Ja, og så ville jeg stå som den, der ikke udleverer skriftligt materiale og så ville jeg med det samme gøre indsigelse og sige 'men jeg mener at min oplysning er bedre end det, der står der'. Men det står jeg så lidt alene med, det kan jeg godt se, det er et problem…[griner]. Men vi [klinikken] har gjort indsigelse netop for at undgå det problem…
[Interview med praktiserende speciallæge]

Denne interviewpassage illustrerer bl.a. databasernes disciplinerende og standardiserende potentiale, hvor oversættelsen af bestemte kvalitetsopfattelser til indikatorer og registreringsskemaer rummer nye implikationer for de normdannende processer, som de sundhedsprofessionelle deltager i. Hvis en emergerende standard for kvalitet reificeres som indikator i databasen, kan presset øges på læger, der ikke allerede handler i overensstemmelse med den nye standard. Dermed kan databasen blive en teknologi, der fremmer standardiseringen af den kliniske praksis med udgangspunkt i de normer for god praksis, som databasernes udviklere promoverer.

For det fjerde er de sundhedsprofessionelles deltagelse i databaserne blevet gjort lovpligtig med offentliggørelsen af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser, jf. kapitel 5. Dette er noget som for mange lægers vedkommende kan være med til at indskrænke oplevelsen af at have et valg med hensyn til deltagelse. I den forstand kan man også sige, at den enkelte læges autonomi vis-a-vis databaserne er blevet svækket med tiden (på trods af at nogle læger måske vil ignorere kravet). Et sådant aspekt er noget, som de ANT-inspirerede diskussioner af autonomi kan kritiseres for ikke at forholde sig eksplicit nok til: For mens man korrekt pointerer, at autonomi ikke drejer sig om at være frigjort fra

alle forbindelser, så tenderer disse studier til at negligere, at autonomi også handler om, i hvilken grad aktøren har et valg med hensyn til, hvilke forbindelser der skal knyttes[232].

På trods af ovenstående betragtninger så vil det være forhastet at konkludere, at databaserne er en regulerende teknologi, som entydigt underminerer denne autonomi. Som nævnt har flere ANT-inspirerede studier af forandringsprocesser i sundhedsvæsenet påpeget, at spørgsmålet om autonomi og nye styringsteknologier ofte er komplekst, og en del af de pointer, der i den sammenhæng gøres gældende, er også relevante, hvad angår de kliniske databaser. Her vil jeg fremhæve følgende forhold, som er med til at nuancere billedet af relationen mellem de kliniske databaser og den lægelige autonomi:

For det første skal man huske, at en kliniske database kun synliggør *nogle* af mange forskellige aktiviteter, der indgår i den type behandlingsforløb, som den pågældende database interesserer sig for (jf. karakteristikken af databaserne som oligoptiske), og at databaserne hidtil mest har fungeret efter et selvreguleringsprincip uden en tæt forbindelse til formelle adfærdsregulerende mekanismer (af belønnende eller sanktionerende karakter). Begge forhold efterlader reelt lægen med en større grad af autonomi, end man umiddelbart skulle tro. (I afhandlingen har vi set flere eksempler på, at nogle lægerne kan dekoble elementer af databasens fordringer til fordel for andre hensyn.)

For det andet er der meget store forskelle på, hvilke forandringer de enkelte databaser reelt fordrer af de kliniske praksisser og dermed også på, i hvilket omfang databaserne griber ind i den enkelte læges arbejdsproces. Dette afhænger af graden af den initiale konvergens mellem databasens handlingsprogram og den sundhedsfaglige praksis, som adopterer databasen. Mens nogle databaser for brugerne fremstår med en relativt eksplicit dagorden for forandring af den kliniske praksis (med udgangspunkt i en antagelse om eksisterende kvalitetsproblemer), så kan det i andre tilfælde forekomme tvivlsomt for lægerne, om arbejdet med en database vil få nogen betydning for deres praksis. Som en praktiserende speciallæge sagde om en af de databaser, der (foreløbigt) ikke havde

[232] Denne indvending kan relateres til Laws (1991) analyse af magtbegrebets forskellige aspekter. Her argumenterer Law bl.a. for, at selv om den performative og relationelle tilgang til magtbegrebet (som især Foucault gjorde berømt, og som også Latour (1986) er eksponent for) er et godt korrektiv til den traditionelle konceptualisering af magt (som "power over"), så er det et problem, at den performative tilgang ignorerer, at de fleste aktører faktisk handler ud fra en forestilling om magt, som noget man kan besidde ("power storage"), som noget der ikke er ligeligt distribueret i samfundet, og som noget aktører kan vælge at gøre brug af i bestemte situationer: "I am suggesting that 'power to' and 'power over' may be stored and treated by social analysts as a potential or a set of conditions as long as we do not forget that they are also an effect, a product of a more or less precariously structured relations". (Law 1991: 170). Dermed bliver magt også til et spørgsmål om at være i stand til at vælge mellem forskellige handlemuligheder ("power as discretion"). Så selv om de ANT-inspirerede studier har tilføjet nye interessante dimensioner til studiet af reguleringsteknologier og autonomi i sundhedsvæsenet, så bør det skarpe blik for forskellige typer af transformationer og forskydninger efter min opfattelse ikke få den konsekvens, at det principielt set bliver umuligt at tale om, at bestemte aktørers indrullering i nye netværk resulterer i en forøgelse eller en reduktion af disse aktørers autonomi, magt eller frihed.

haft de store implikationer for brugerne i speciallægepraksis: ”Den er ikke skabt til at lave verden om”.

For det tredje kan en given klinisk database sjældent betragtes som en endeligt stabiliseret og ufleksibel teknologi, der påtvinger brugerne nogle bestemte normer, der ikke er til diskussion. Mens det ovenstående eksempel fra dermatologisk speciallægepraksis viser, at øget transparens kan udfordre lægens autonomi, så indikerer eksemplet også, at de deltagende læger kan forsøge at transformere databasen (som vi også så i VDB-casen) med henblik på at gøre deres egne kvalitetsopfattelser og prioriteringer gældende i en fortløbende oversættelsesproces (hvor specielt forsøg på at inkludere nyere og mindre institutionaliserede kvalitetsparametre kan give anledning til kontrovers og forandring[233]). Mange databaser organiseres således på måder, der giver lægerne mulighed for at påvirke teknologiens udformning (også i driftsfasen). Dette kan bl.a. tilskrives databasernes store afhængighed af de deltagende enheders datadisciplin, samt det forhold at databaserne som regel ledes af klinisk aktive læger, der også selv indberetter data, og som generelt er meget opmærksomme på flere af de problemer, der er forbundet med at måle kvaliteten af det lægefaglige arbejde. I mange databaser adresserer man bl.a. disse problemer ved at afholde møder (hvert halve eller hele år), hvor de deltagende enheder får mulighed for at diskutere metoder, resultater mm. Dette kan lede til lede til revideringer af indberetningsskemaerne, og af den måde data behandles og rapporteres på. Databaserne bliver dermed ikke kun til bærere af eksisterende og mere eller mindre institutionaliserede forskrifter for den kliniske praksis, eftersom deres anvendelse kan bidrage til at evalueringen og transformationen af disse forskrifter[234].

Når andre læger end de formelt databaseansvarlige engagerer sig i databaserne, skyldes det, som vi har set, at en del læger i dag opfatter databaserne som fordelagtige på flere måder. På trods af den allerede omtalte skepsis vedrørende tidsforbrug mm., så udtrykte en del af de interviewede læger tilfredshed med muligheden for at dokumentere kvaliteten af ydelserne i praksis for at kunne bidrage til den lægefaglige vidensudvikling og for eventuelt selv at kunne udvikle sig fagligt gennem deltagelsen i databasenetværket. Databaserne tilbyder for nogle praktiserende speciallæger en mulighed at deltage i nogle faglige fora, selv om man har valgt en praksisform, der indebærer en

[233] En af de få publikationer (Sigmund 1995), der beskriver et forsøg med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis omhandler et projekt vedrørende måling af kvaliteten af operationer for grå stær udført af øjenlæger i henholdsvis praksis og på sygehus i Roskilde Amt. Her måtte projektlederne reducere det oprindelige registreringsskema betragteligt på grund af protester fra øjenlægernes side: Det endte således med, at alle de elementer, der ikke blev anset for strengt klinisk-lægefaglige blev sorteret fra – elementer der af projektlederne og i den generelle kvalitetsudviklingsdiskurs opfattes som vigtige kvalitetsparametre (kontinuitet i behandlingsforløbet, transport, information, patientrapporterede funktionsparametre og opfølgende tiltag) (Ibid.: 9, 33).

[234] En lignende pointe fremføres af Callon (2002) i forbindelse med en analyse af andre former for intellektuelle måleteknologier.

vis isolation i forhold til de traditionelle faglige netværk, der findes i hospitalsregi. Dette kan selvfølgelig også ske på anden vis, men forskellen er, at man i disse database-fora også tager udgangspunkt i informationer, der stammer fra ens egen praksis. I den forstand bliver databaserne ikke nødvendigvis en modspiller, som truer autonomien, men en medspiller, der kan styrke lægens evne til at agere som ekspert, fordi teknologien tilbyder ny viden (en pointe der ligeledes fremføres af Nielsen (2005: 132) i forbindelse med en diskussion af autonomi og nye vidensteknologier i sundhedsvæsenet). I mange tilfælde følger lægerne således velvilligt databasernes forskrifter, og opfatter ikke dette som et problem i forhold til deres autonomi, da mange betragter databaserne som værende i god overensstemmelse med lægefaglig logik:

”Sådan har vi jo været vant til at arbejde i mange år, det er jo det, vi læser den videnskabelige litteratur for. Er der ting vi overser? Er der ting, vi skulle gøre anderledes ? Her har vi så systematiseret det og sat det ind i nogle kliniske databaser, og det er jo godt nok. Det er sådan en videreudvikling, men i virkeligheden er det jo det, vi har gjort i mange år.”
[Interview med praktiserende speciallæge]

For det fjerde er det ikke givet, at databasernes resultatmålinger altid vil blive oversat til nye disciplinerende handlingsanvisninger rettet mod alle de deltagende læger med henblik på at sikre en mere ensartet klinisk praksis. I det omfang meget erfarne eller dygtige læger kan opnå ligeså gode resultater med brug af mindre moderne operationsmetoder, end mindre erfarne læger kan med brug af mere moderne metoder, så kan resultatmålingerne i nogle tilfælde legitimere en vis variation i den kliniske praksis, selv om den videnskabelige evidens (baseret på kontrollerede randomiserede undersøgelser) ellers kræver større ensartethed i metodeanvendelsen. F.eks. har Herniedatabasens styregruppe givet udtryk for det synspunkt, at flere af de traditionelle operationsmetoder ikke bør anvendes i fremtiden på baggrund af den foreliggende evidens ”*medmindre* den pågældende afdeling/operatør kan dokumentere tilfredsstillende lave reoperationsrater” (Bay-Nielsen et. al. 2004: 1897, min kursivering). Man skal man her huske på, at idéen med kliniske databaser generelt ikke er at udrydde alle variationer i den lægelige praksis (hvilket er en nærmest umulig opgave i en kompleks klinisk virkelighed), men at identificere de mest hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige aktiviteter og resultater[235].

[235] Alligevel vil udvikling og implementering af kliniske databaser ofte resultere i et større standardiseringsarbejde, end man umiddelbart forestiller sig. Dette rummer netop Herniedatabasens udviklingshistorie et godt eksempel på: Som nævnt har Herniedatabasen siden sin fødsel været orienteret mod at undersøge effekterne af forskellige operationsteknikker med hensyn til at nedsætte recidivraten for brokoperationer. I den forbindelse var der særligt fokus fra de databaseansvarliges side på den såkaldte ”Lichtensteins operation” (hvor man indsætter et net af kunststof til at holde herniet på plads), som mentes at være bedre end de traditionelle operationsteknikker med hensyn til at nedsætte behovet for reoperation. Efter at databasen havde været i drift nogen tid, fandt man – i forbindelse med diskussionerne ved møderne – imidlertid ud af, at lægerne ikke alle havde den samme opfattelse af, hvad en ”Lichtensteins operation”

For det femte har lægerne i nogle tilfælde mulighed for at delegere noget af det ekstraarbejde, som databaserne fordrer til andre faggrupper (sekretærer eller sygeplejersker). I speciallægepraksis vil lægen generelt set have større formel autoritet til at foretage sådanne delegeringer end i sygehusvæsenet, hvor lægerne i højere grad skal forhandle sig frem til sådanne delegeringer med den administrative ledelse og med de berørte faggrupper. I den forbindelse står spørgsmålet om, hvorvidt det lykkedes lægerne at få tilført nye ressourcer, dog centralt i begge sektorer.

Spørgsmålet om autonomi og de kliniske databaser er således multifacetteret, og hvilken betydning databaserne får afhænger meget af, hvilke specifikke entiteter og praksisser, der associeres – og af hvordan dette mere præcist sker – i de enkelte databaseprojekter. I øvrigt skal det tilføjes, at der er mange læger som – i det omfang databaserne kan siges at indskrænke den enkelte læges autonomi – finder dette helt acceptabelt. En del af interviewpersonerne (specielt blandt de databaseadministrerende overlæger[236], men også blandt de praktiserende speciallæger[237]) mente således, at der var et vist behov for at indskrænke den kliniske autonomi og for at standardisere den kliniske praksis mere – "så længe dette sker på et vidensgrundlag", som en databaseadministrator formulerede det.

Der er dog store forskelle fra speciale til speciale med hensyn til, i hvilket omfang lægerne har vænnet sig til idéen om – og aktivt medvirker til – kontinuerlig monitorering af deres praksis med kvalitetsindikatorer. F.eks. har man i psykiatrisk speciallægepraksis gennem flere år drevet en privat database med deltagelse af ca. 20 % af lægerne inden for specialet. Databasen har primært fokuseret på at opgøre aktiviteterne i speciallægepraksis, men for nyligt er man begyndt at undersøge mulighederne for også at fokusere på kvaliteten af ydelserne. Dette har vist sig meget vanskeligt på grund af problemer med at konstruere en objektiv resultatmåling, men man forsøger at gøre det ved at introducere den såkaldte GAF (Global Assessment of Function), som er en international standard

---

mere præcist var. Der var i praksis flere forskellige måder at udføre "den samme" operation på. En alt for stor variation på dette område var et problem set fra databaseadministratorernes perspektiv. For at sikre validiteten af databasens analyseresultater, var der således behov for en højere grad af ensartethed mellem de deltagende enheder med hensyn til, hvordan de oversatte operationsnavnet til praksis. Derfor udviklede man en standard for operationen med en beskrivelse af de enkelte trin, som blev sendt til de deltagende enheder og lagt på databasens hjemmeside. Databasen monitorerer dog ikke, om denne teknik har sikret den ønskede standardisering af operationspraksis, da dette ville kræve en mere detaljeret registrering, som ville være i strid med databasens pragmatisk-minimalistiske principper.

[236] Som tidligere nævnt blev idéen om at gøre indberetning til databaserne obligatorisk ifølge Sundhedsstyrelsen bl.a. fremført af nogle af de databaseadministrerende overlæger.

[237] To interviewcitater kan illustrere denne tendens:
"Som det er i dag, kan den enkelte læge køre ud af en tangent uden at der sker noget – man skal slå folk ihjel, før der sker noget." [Interview med praktiserende dermatolog foretaget i forbindelse med KVIS-undersøgelsen].
"Autonomi har dækket over, at nogle har lavet noget juks og har gemt sig bag 'erfaring'" [Interview med praktiserende gynækolog]

for vurdering af patientens funktionsniveau. Generelt har man dog fra databaseadministratorernes side været meget tilbageholdende med at bruge oplysninger fra databasens til at påvirke den enkeltes praksis mere direkte. En af databasens administratorer siger:

"…vi er ikke kommet til at gå i clinch med hinandens procedurer. Vi sidder på hver sin pind, og vi kører det, som vi nu gør. Hvis der er noget, der skal rettes, så gør vi det selv. Vi ser på gennemsnittet og ser på vores egne og gør os vores tanker, men de er jo toldfri og kan være private og anonyme. Så, så langt er det ikke kommet endnu. Men det er rigtigt – på langt sigt ku' man godt forestille sig – men der er man så tæt på mennesket bag kitlen ikke? Der er sådan en vis professionel blufærdighed der gør, at der er vi altså ikke endnu. Men det kunne godt være, at "Gaffen" den kunne åbne for det, i hvert fald diskussionen, hvis nogen de har påfaldende gode resultater og meget få dårlige"
[Interview med praktiserende speciallæge]

Her lever noget af den klassiske form for lægelig autonomi altså udmærket, og dette gælder ikke kun inden for det psykiatriske speciale (selv om dette er et af de specialer, hvor det generelt er vanskeligt at opnå bred enighed med hensyn til, hvordan man bedst måler kvaliteten af de lægelige ydelser).

Også inden for kirurgisk speciallægepraksis, som normalt anses for at være et af de områder, der er "længst fremme" med hensyn til at dokumentere kvaliteten kvantitativt (jf. de to cases fra kirurgien i denne afhandling), er der et stykke vej endnu, før man kan sige, at dokumentationsarbejdet knyttet til visionerne om kontinuerlig kvalitetsmonitorering er noget, som er institutionaliseret i den sundhedsprofessionelle praksis. I forlængelse af en præsentation af Venedatabasen på et møde blandt de praktiserende kirurger diskuterede de fremmødte læger f.eks. brugen af diagnosekoder, som endnu en måde at gøre ydelserne i speciallægepraksis og sygehussektoren sammenlignelige på:

PS1: Nogle gange i sundhedsvæsenet bliver jeg konfronteret med udsagn som 'vi ved jo ikke rigtig, hvad I går og laver'. Vi er nødt til at gå med på standardiseringen. Vi mangler muligheder for at dokumentere vores bidrag til sundhedssektoren. Vi kan godt opgøre én masse kvantitative ting: Antal ydelser, priser, typen af ydelser, men ikke kvalitet. En mulighed for at gå mere i detaljer er at bruge koder. Med en fælles registreringspraksis, kan vi vise andre, hvad vi laver. [PS1 fremhæver kodesystemerne ICD-10 og SKS og spørger derefter]: Er der nogen, der bruger disse kodesystemer? [et øjebliks stilhed]
PS2: Vi bruger det ikke, fordi det tager tid.
PS3: Jeg har brugt det i forbindelse med ventelistepatienter [hvor det er obligatorisk]. Det tager en time hver gang. Jeg gider snart ikke have disse patienter mere.
PS4: Men det er vigtigt. Kunne vi ikke dyrke det lidt mere i fællesskab?
PS5: Det står i bogen, hvad man skal gøre…
PS4: Men den er så tyk. Er det ikke besværligt? En patient kan jo have flere ting. I mit system er der ikke plads til mere end to koder.
PS7: Det er dyrt og ikke så stabilt…
PS1: Vi bliver nødt til at ændre syn på de ting her og betragte dem som lige så vigtige som det faglige. Vi bruger jo f.eks. 30.000 kr. på at reparere et skop[238]…[Diskussionen bevæger sig herefter i retning af, hvilke softwareløsninger der findes på markedet. Der træffes ingen beslutninger om et fælles initiativ på dette møde].

Altså er den redefinering af den professionelle identitet – som blev karakteriseret ovenfor ved Svenningsen (2004) – en langvarig proces, som ikke er tilvejebragt, blot fordi man inden for et speciale har accepteret brugen af enkelte kliniske databaser. For mange af de praktiserende

[238] Rørformet instrument til undersøgelse af kroppens indre. Der findes flere forskellige typer skoper.

speciallæger er den professionelle identitet stadigvæk i altovervejende grad knyttet til den direkte patientkontakt, og her kan nye og mere omfattende dokumentationskrav ofte forekomme forstyrrende, selv om der kan spores visse forandringsimpulser.

10. Konklusion

I denne afhandling har jeg set på introduktionen af – hvad der i en samfundsvidenskabelig kontekst kan betegnes som – en relativt lidet udforsket kvalitetsmålingsteknologi i en endnu mindre udforsket del af sundhedsfeltet. Inspireret af aktør-netværksteori er dette sket med et fokus på relationerne mellem databaserne, deres talsmænd og de praktiserende speciallæger, som søges indrulleret i databaserne. I den forbindelse har afhandlingens casestudier artikuleret en længere række af problematiseringer, interesser, bekymringer, udfordringer, dilemmaer, indrulleringsteknikker samt transformationer, som præger de studerede processer. Som de forskellige eksempler viser, er udviklingen og udbredelsen af en klinisk database ikke noget enkelt projekt, og de enkelte databaseprojekter er ofte relativt skrøbelige på trods af den medvind, som kvalitetsudviklingsdiskursen generelt har i sundhedsvæsenet. Der er dog ikke tale om, at de udfordringer, som databasernes fortalere står over for, er umulige at håndtere, men som VDB-casen viser, kræver det både stor tålmodighed og stor vedholdenhed på flere forskellige fronter at indrullere de kliniske enheder i en ny database. Endvidere er det i relation til speciallægepraksis afgørende, at de databaseansvarlige læger og deres allierede på forskellig vis forsøger at tage højde for de særlige problemstillinger, der kan knytte sig til introduktionen af nye databaser i speciallægepraksissektoren. Her kan man på baggrund de forskellige case-undersøgelser med fordel overveje:

a) spørgsmålet om offentliggørelse i forhold til den særlige synlighedssituation, som lægerne i en privatpraksis befinder sig i – sammenholdt med den skepsis, som en del speciallæger (både i sygehusvæsenet og i speciallægepraksis) ofte nærer med hensyn til muligheden for at producere valide sammenlignelige data om den kliniske kvalitet.
b) hvordan man kan planlægge og understøtte opgaven med den praktiske informationsteknologiske opkobling af de relevante speciallægepraksisser på de pågældende databaser (set i lyset af speciallægepraksis situation i den eksisterende informationsteknologiske infrastruktur).
c) de tidsøkonomiske konsekvenser forbundet med registreringsarbejdet – et forhold som synes at give anledning til nogle af de stærkeste reservationer blandt de praktiserende speciallæger over for kliniske databaser. Eftersom der er et stykke ekstraarbejde (af varierende karakter) knyttet til det at agere i rollen som disciplineret rapportør af data til en klinisk database – og eftersom lægerne i speciallægepraksis er vant til at blive honoreret pr. ydelse – vil det

fremme indrulleringsprocessen, hvis dette arbejde på den ene eller anden måde anerkendes ressourcemæssigt.

d) hvad eventuelle forskelle i eksisterende administrative procedurer og visitationsregler mellem speciallægepraksis og sygehussektoren betyder for mulighederne for at genindkalde patienter i de tilfælde, hvor efterlevelse af databasernes registreringsfordringer afhænger af opfølgende patientkontakt.
e) hvad eventuelle forskelle mellem de patientpopulationer, som betjenes i henholdsvis speciallægepraksis og sygehussektoren har af betydning for lægernes interesser i databasen (som indikeret kan sådanne forskelle i nogle tilfælde give anledning til divergerende opfattelser af, hvilke registreringsfelter og kvalitetsindikatorer en given database bør indeholde).

I forbindelse med sådanne overvejelser peger afhandlingen på betydningen af at alliere sig med repræsentanter fra speciallægepraksis tidligt i processen, så der allerede her bliver mulighed for at indlede forhandlinger om databasernes design. Disse repræsentanter kan både bidrage til at artikulere og præcisere de ovennævnte forhold i relation til den konkrete situation, så disse kan oversættes til de emergerende databasers design og organisering. Desuden kan repræsentanterne bidrage til at promovere databaserne over for deres kolleger i speciallægepraksis.

I det omfang det lykkedes at få lægerne inden for de forskellige specialer til at følge databasernes mere eller mindre eksplicitte handlingsanvisninger (der som nævnt ikke er isoleret til måle-resultaterne, men også til selve indberetningen af data), vil der indtræde en række forandringer i de kliniske enheder, som peger i retning af en øget standardisering af de enkelte specialeområder i speciallægepraksissektoren. Som det fremgår, er det dog ikke sikkert, at de kliniske enheder nødvendigvis adopterer i komplet overensstemmelse med databasernes handlingsprogrammer, og dermed er disse standardiserende effekter heller ikke givne[239]. Databaserne skal finde deres plads i en række sundhedsfaglige praksisser, hvor lægerne agerer i forhold til en række forskellige hensyn, der ikke altid er umiddelbart forenelige. Og ligesom eksistensen af elektroniske databaseskemaer og et fysisk dataregister ikke gør en klinisk database alene, men afhænger af en lang række brugeres

[239] Som påpeget af flere forskere (Nielsen 2005: 42, Sahlin-Anderson 2003: 238) er der altid muligheder for, at ny varians opstår i forsøgene på at standardisere den sundhedsfaglige praksis, og som nævnt kan resultatmålingerne i nogle tilfælde retfærdiggøre en vis variation i den kliniske praksis – også i de tilfælde, hvor den videnskabelige evidens ellers kræver større ensartethed i metodeanvendelsen.

programmatiske adfærd, så kan det heller ikke forventes, at cirkulationen af resultater fra databaserne alene vil forandre den kliniske praksis i alle de deltagende enheder. Udover at data skal bearbejdes og formidles, så forekommer det sandsynligt, at omfattende forandringer kræver en løbende indsats fra databaserepræsentanternes side i relation til de kliniske enheder, på samme måde som de indledende indrulleringsbestræbelser gør. Men mens der findes mange antagelser om kvalitetsmålingers effekter i sundhedsvæsenet (både de tilsigtede og utilsigtede), så foreligger der overraskende få detaljerede empiriske undersøgelser af, hvilke forskellige typer effekter indikatormålingsteknologierne har på lidt længere sigt i forskellige dele af sundhedsvæsenet, og af hvordan forskellige typer effekter præcist genereres i et komplekst samspil mellem de mange forskellige aktører og aktanter – spørgsmål, som det synes oplagt for fremtidige studier af forandringsprocesser i sundhedsvæsenet at tage op.

Litteraturliste

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press. Chicago.

Accenture (2003): *Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis*. [Rapport afleveret til Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis].

Akrich, Madeleine (1992): "The De-Scription of Technical Objects". In Bijker, Wiebe E. & John Law (eds.): *Shaping technology / building society: Studies in sociotechnical change*. MIT Press. ambridge, Mass.

Akrich, Madeleine & Bruno Latour (1992): "A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Nonhuman Assemblies". In Bijker, Wiebe E. & John Law (eds.): *Shaping technology / building society: Studies in sociotechnical change*. MIT Press. Cambridge, Mass.

Akrich, Madeleine; Michel Callon; Bruno Latour (2002a): "The Key to Success in Innovation Part I: The Art of Interessement", *International Journal of Innovation Management*, Vol. 6, No. 2, pp. 187-206.

Akrich, Madeleine; Michel Callon; Bruno Latour (2002b): "The Key to Success in Innovation Part II: The Art of Choosing Good Spokespersons", *International Journal of Innovation Management*, Vol. 6, No. 2, pp. 207-225.

Amsterdamska, Olga (1990): "Surely You Are Joking, Monsieur Latour!". *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 15, No. 4, pp. 495-504.

Amtsrådsforeningen (2001): *Strategi og analyse på sygesikringsområdet*.

Amtsrådsforeningen (2003): *Informationsbrev*, nr. 3, februar.

Amtsrådsforeningen (2005): *Basiskrav og retningslinier for kliniske kvalitetsdatabaser*. (9. marts)

Amtsrådsforeningen & H:S (2001): *Programbeskrivelse for sygehusejernes fælles finansiering af de kliniske databaser – Organisation og Beslutningsproces*.

Andersen, Tavs Folmer & Gavin Mooney (eds.) (1990): *The Challenges of Medical Practice Variations*. Macmillan Press. London.

Antonsen, Marianne & Torben Beck Jørgensen (2000): "Impulser, forandringer og aktører: Et strejftog gennem offentlige organisationer." I Antonsen & Jørgensen (eds.): *Forandringer i teori og praksis – Skiftende billeder fra den offentlige sektor*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København.

Arabatzis, Theodore (2003): "Towards a historical ontology?". *Studies in the History and Philosophy of Science*, Vol. 34, No. 2, pp. 431-442.

Barry, Andrew (2001): *Political Machines: Governing a Technological Society*. Athlone Press. London & New York.

Becker, Howard (1998): *Tricks of the Trade. How to Think About Your Research While You're Doing it*. The University of Chicago Press. Chicago.

Bentsen, Eva Zeuthen (1999): "Trojkaledelse i Danmark – Linedans for et blandet publikum". I Bentsen et. al. (eds.): *Når styringsambitioner møder praksis – Den svære omstilling af sygehusvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag. København.

Bentsen, Eva Zeuthen; Borum, Finn; Erlingsdóttir, Gudbjörg; Sahlin-Andersson, Kerstin (eds.) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis – Den svære omstilling af sygehusvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag. København.

Berg, Marc (1996): "Urinbeholdere og infusionspumper – nogle redskaber til en sociologi om det formelle". *Philosophia*, Årg. 25, No. 3-4, pp. 167-194.

Berg, Marc (1997): *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*. The MIT Press. Cambridge, Mass.

Berg, Marc (1998): "The Politics of Technology: On Bringing Social Theory into Technological Design". *Science, Technology & Human Values*, Vol. 23, No. 4, pp. 456-490.

Berg, Marc; Yvonne Meijerink; Marit Gras; Anne Eland; Wim Schellekens; Jan Haeck; Marjon Kallewaard; Herre Kingma (2004): "Feasibility First: Developing Public Performance Indicators on Patient Safety and Clinical Effectiveness for Dutch Hospitals." Paper presented at the Workshop *Does STS Mean Business?* at Saïd Business School, University of Oxford, 30th June 2004.

Blumenthal, David (1996): "The Origins of the Quality-of-Care Debate". *New England Journal of Medicine*, Vol. 335, No. 15, pp. 1446-49.

Blumer, Herbert (1954): "What is wrong with social theory?" *American Sociological Review*, Vol. 19, No. 1, pp. 3-10.

Bowden, Gary (1995): "Coming of Age in STS: Some Methodological Musings". In Jasanoff, Sheila; Gerald E. Markle; James C. Petersen; Trevor Pinch (eds.): *Handbook of Science and Technology Studies*. Sage Publications. Thousand Oaks.

Bowers, John (1992): "The politics of formalism". In Lea, Martin (ed.): *Contexts of computer-mediated communication*. Harvester Wheatsheaf. NewYork.

Brahm, Jesper (2004): "KVIS - FORLIS". *Ugeskrift for Læger*, Vol. 166, No. 34, p. 2928.

Bruun, Henrik & Janne Hukkinen (2003): "Crossing Boundaries: An Integrative Framework for Studying Technological Change". *Social Studies of Science*, Vol. 33, No. 1, pp. 95-116.

Callon, Michel & John Law (1982): “On Interests and Their Transformation: Enrolment and Counter-Enrolment”. *Social Studies of Science*, Vol. 12, No. 4, pp. 615-625.

Callon, Michel (1986a): ”Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay.” In Law, John (ed.): *Power, action, and belief - a new sociology of knowledge?*. Routledge & Kegan Paul. London.

Callon, Michel (1986b): ”The Sociology of an Actor-Network: The Case of the Electric Vehicle”. In Callon, Michel; Law, John & Rip, Arie (eds.): *Mapping the Dynamics of Science and Technology: Sociology of Science in the Real World*. Macmillan. Houndmills.

Callon, Michel (1991): “Techno-economic networks and irreversibility”. In Law, John (ed.): *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. Routledge. London.

Callon, Michel (2002): “Writing and (Re)writing Devices as Tools for Managing Complexity”. In Law, John & Annemarie Mol (eds.): *Complexities*. Duke University Press. Durham.

Callon, Michel & Bruno Latour (1981): ”Unscrewing the big Leviathan: how actors macro-structure reality and how sociologist help them to do so”. In Knorr-Cetina, Karin D. & Cicourel, A. V. (eds.): *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro- and macro-sociologies*. Routledge & Kegan Paul. Boston.

Callon, Michel & Bruno Latour (1992): “Don't throw the baby out with the Bath school! – a reply to Collins and Yearley”. In Pickering, Andrew (ed.) (1992): *Science as Practice and Culture*. University of Chicago Press. Chicago.

Chin, Robert & Kenneth Benne (1970): “General Strategies for Effecting Changes in Human Systems”. In Bennis, Warren; Kenneth D. Benne; Robert Chin (eds.): *The Planning of Change*. Holt, Rhinehart & Winston. London.

Christensen, Majbritt; Anne Frølich; Lars Hagerup; Heidi Mortensen (2001): *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Metodebeskrivelse og status over igangværende nationale initiativer*. DSI – Institut for sundhedsvæsen. DSI-rapport 2001.08.

Chua, W. F. (1995): “Experts, networks and inscriptions in the fabrication of accounting images: a story of the representation of three public hospitals”. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, No. 2-3, pp. 111-146.

Coburn, David & Evan Willis (2000): “The Medical Profession: Knowledge, Power and Autonomy”. In Albrecht, Gary L.; Ray Fitzpatrick; Susan C. Scrimshaw (eds.): *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage Publications. London.

Collins, H. M. & Steven Yearley (1992): “Epistemological Chicken”. In Pickering, Andrew (ed.) (1992): *Science as Practice and Culture*. University of Chicago Press. Chicago.

CVL/MedConsult (2003): *KVIS-projektet – Kvalitetsudvikling i Speciallægepraksis. Rapport for fase 1*. [Rapport afleveret til Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis].

Czarniawska, Barbara & Guje Sevon (eds.): *Translating Organizational Change*. Walter de Gruyter & Co. Berlin.

de Vries, Gerard (1995): "Should we send Collins and Latour to Dayton, Ohio?", *EASST Review*, Vol. 14, No. 4, pp. 3-10.

DiMaggio, Paul J. & Walter W. Powell (1991 [1983]): "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". In Powell & DiMaggio (eds.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press. Chicago.

Donabedian, Avedis (1966): "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, pp. 166–206.

Donabedian, Avedis (1988): "The Quality of Care: How can it be assessed?" *Journal of the American Medical Association*, Vol. 260, No. 12, pp. 1743-1748.

Donabedian, Avedis (2003): *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

FLOS (2004): *Forskning i sygehuse under forandring*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne. København.

Foster, Peggy & Paul Wilding (2000): "Whither Welfare Professionalism?". *Social Policy and Administration* Vol. 34, No. 2, pp. 143-159.

Freddi, Giorgio & James Warner Björkman (eds.) (1989): *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. Sage Publications. London.

Freidson, Eliot (1984): "The Changing Nature of Professional Control". *Annual Review of Sociology*, Vol. 10, pp. 1-20.

Fujimura, Joan H. (1991): "On Methods, Ontologies, and Representation in the Sociology of Science: Where do We Stand?" In Maines, David R. (ed.): *Social Organization and Social Process – Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine de Gruyter. New York.

Hacking, Ian (1999): *The Social Construction of What?*. Harvard University Press. Cambridge, MA.

Hafferty; Frederic W. & Donald W. Light (1995): "Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work". *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 35, Extra Issue: "Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future", pp. 132-153.

Harrison, Stephen & Rockwell I. Schulz (1989): "Clinical Autonomy in the United Kingdom and the United States: Contrasts and Convergence". In Freddi, Giorgio & James Warner Björkman (eds.): *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. Sage Publications. London.

Harrisson, Stephen (1999): “Clinical autonomy and health policy: past and futures”. In Exworthy, Mark & Susan Halford (eds.): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press. Buckingham.

Hirschman, Albert O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Harvard University Press. Cambridge, Mass.

Holm, Hans Jørgen (2003): ”Speciallægepraksis i et sammenhængende sundhedsvæsen” (Tale af amtsborgmester Hans Jørgen Holm ved konferencen: ”Speciallægepraksis i et sammenhængende sundhedsvæsen”, Hotel Nyborg Strand, d. 8. april 2003).

Iversen, Jørgen (1999): ”Krav om modernisering”, *Ugeskrift for Læger*, Vol. 16, No. 44, pp. 6102-6103.

Jensen, Casper Bruun (2004a): *Experimental Devices: Studies in STS and Electronic Patient Records*. Ph.D. dissertation. Department of Information- and Media Studies. University of Aarhus.

Jensen, Casper Bruun (2004b): “The ‘Seamless Web’: Discourse-Coalitions and Story-Lines in the EPR Project of the Aarhus Region”. In Jensen, Casper Bruun: *Experimental Devices: Studies in STS and Electronic Patient Records*. Ph.D. dissertation. Department of Information- and Media Studies. University of Aarhus.

Jensen, Casper Bruun (2005): “Sorting Attachments: On Intervention and Usefulness in STS and Health Policy”. *Practices of Assessment and Intervention in Action-Oriented STS Research, Amsterdam*.

Jespersen, Peter Kragh (2005): *Mellem profession og management*. Handelshøjskolens Forlag. København.

Kazandjian, Vahé A (ed.) (2003): *Accountability through Measurement: A Global Health Care Imperative*. ASQ Quality Press. Milwaukee, Wisconsin.

Kirkpatrick, Ian & Miguel Martinez Lucio (eds.) (1995): *The Politics of Quality in the Public Sector: The Management of Change*. Routledge. London.

Klazinga, Niek; Karien Stronks; Diana Delnoij; Arnoud Verhoeff (2001): “Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective”. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13, No. 6, pp. 433-438.

Knorr-Cetina, Karin (1985): “Germ Warfare”, *Social Studies of Science*, Vol. 15, No, 3, pp. 577-586.

Kofoed, Steen C.; Gro M. Qvamme; Torben V. Schroeder; Bjarne Hamilton Jakobsen (1999): ”Årsager til behov for genbehandling efter variceoperationer i Danmark”. *Ugeskrift for Læger*, Vol. 8, No. 6, pp. 779-83.

Kreiner, Kristian & Jan Mouritsen (2005): “The analytical interview”. In Tengblad, Solli & Barbara Czarniawska (eds.): *The Art of Science*. Liber. Copenhagen.

Kvale, Steinar (1997): *Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag. København.

Latour, Bruno (1983): "Give Me a Laboratory and I will Raise the World". In Knorr-Cetina, Karin D. & Michael Mulkay (eds.): *Science observed*. Sage Publications. London.

Latour, Bruno (1986): "The powers of association". I Law, John (ed.): *Power, action, and belief - a new sociology of knowledge?*. Routledge & Kegan Paul. London.

Latour, Bruno (1987): *Science in action*. Harvard University Press. Cambridge Mass.

Latour, Bruno (1988): *The Pasteurization of France*. Harvard University Press. Cambridge Mass.

Latour, Bruno (1990): "Drawing things together". In Lynch, Michael & Steve Woolgar (eds.): *Representation in scientific practice*. MIT Press. Cambridge, Mass.

Latour, Bruno (1991): "Technology is society made durable". In Law, John (ed.): *A sociology of monsters – essays on power, technology and domination*. Routledge. London.

Latour, Bruno (1992a): "Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artefacts". In Bijker, Wiebe E. & John Law (eds.): *Shaping technology / building society: Studies in sociotechnical change*. MIT Press. Cambridge, Mass.

Latour, Bruno (1992b): "One more turn after the social turn". In MacMullin, Ernan (ed.): *The social dimensions of science*. University of Notre Dame Press. Notre Dame.

Latour, Bruno (1993): "Ethnography of a 'high-tech' case: About Aramis". In P. Lemonnier (ed.): *Technological Choices: Transformation in Material Cultures Since the Neolithic*. Routledge. London.

Latour, Bruno (1996a): *Aramis, or The Love of Technology*. Harvard University Press. Cambridge, Mass.

Latour, Bruno (1998): "Thought Experiments in Social Science: from the Social Contract to Virtual Society". Presentation given at Brunel University, 1st April 1998, Annual Public Lecture: 1st Virtual Society?, (Sidst lokaliseret på: http://www.artefaktum.hu/it/Latour.htm, 8. august 2007).

Latour, Bruno (1999a): *Pandoras Hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Harvard University Press. Cambridge, Mass.

Latour, Bruno (1999b): "On recalling ANT". In Law, John & John Hassard (eds.): *Actor network theory and after*. Blackwell Publishers. Oxford.

Latour, Bruno (1999c): "Circulating Reference: Sampling the Soil in the Amazon Forest". In Latour, Bruno: *Pandoras Hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Harvard University Press. Cambridge, Mass.

Latour, Bruno (2000): “On the Partial Existence of Existing and Nonexisting Objects”. In Daston, Lorraine (ed.): *Biographies of Scientific Objects*. University of Chicago Press. Chicago.

Latour, Bruno (2003): “The Promises of Constructivism”. In Ihde, Don & Evan Selinger (eds.): *Chasing Technoscience.* Indiana University Press. Bloomington & Indianapolis.

Latour, Bruno (2005): *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press. Oxford.

Latour, Bruno & Steve Woolgar (1979 [1986]): *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press. New Jersey. 2nd edition.

Law, John (1986): “On the methods of long distance control: vessels, navigation, and the Portugese route to India”. In Law, John (ed.): *Power, action, and belief - a new sociology of knowledge?*. Routledge & Kegan Paul. London.

Law, John (1988): “The Anatomy of a Socio-Technical Struggle: The Design of the TSR2”. In Elliot, Brian (ed.): *Technology and Social Process*. Edinburgh University Press. Edinburgh.

Law, John (1991): “Power, discretion and strategy”. In Law, John (ed.): *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. Routledge. London.

Lee, Nick & John Hassard (1999): “Organization Unbound: Actor-Network Theory, Research Strategy and Institutional Flexibility”. *Organization*, Vol. 6, No. 3, pp. 391-404.

Light, Donald W. (2003): ”Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust.” *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, Vol. 123, No. 13/14. (Sidst lokaliseret på: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visseksjon?vp_seks_id=843776, 8 august 2007).

Lines, Kaare; Andersen, Kim Viborg; Monterio, Eric (2004): “MIS and the Dynamics of Legitimacy in Health Care”. In Damsgaard, Jan & Henriksen, Helle Zinner (eds.): *Networked Information Technologies: Diffusion and Adoption*. Kluwer Academic Publishers. Boston.

Macdonald, Keith M. (1995): *The Sociology of the Professions*. Sage Publications. London.

Maclean, Chris & Hassard, John (2004): ”Symmetrical Absence/Symmetrical Absurdity: Critical Notes on the Production of Actor-Network Accounts.” *Journal of Management Studies*, Vol. 41, No.3, pp. 493-519.

Matthes, Nikolas (2003): “Accountability: Challenging the Concept of the Medical Profession”. In Kazandjian, Vahé A (ed.): *Accountability through Measurement: A Global Health Care Imperative*. ASQ Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.

Meibom, Jørgen (2002): ”Kvaliteten skal dokumenteres”. *Ugeskrift for Læger*, Vol. 164, No. 46, pp. 5440-5443.

Meibom, Jørgen (2003a): ”Kvalitetssikring af ambulante ydelser på sygehusene og af ydelserne i speciallægepraksis”, *Ugeskrift for Læger*, Vol. 165, No. 4, p. 388.

Meyer, John W. & Rowan, Brian (1991 [1977]): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony". In Powell & DiMaggio (eds.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press. Chicago.

Meyer, Renate E. & Gerhard Hammerschmid (2006): "Changing institutional logics and executive identities. A managerial challenge to Public Administration in Austria". *American Behavioral Scientist*, Vol. 49, No. 7, pp. 1000-1014.

Miller, Peter (1996): "The Multiplying Machine", *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 22, No. 3/4, pp. 355-364.

Mouritsen, Jan; Heine Thorsgaard Larsen; Allan Hansen (2002): "'Be Critical!' Critique and Naivete – Californian and French Connections in Critical Scandinavian Accounting Research." *Critical Perspectives on Accounting*, No. 13, pp. 497-513.

Mykhalovskiy, Eric & Lorna Weir (2004): "The problem of evidence-based medicine: directions for social science". *Social Science & Medicine*, Vol. 59, No. 5, pp. 1059–1069.

Nielsen, Henriette Langstrup (2005): *Linking Healthcare – an inquiry into the changing performances of web-based technology for asthma monitoring*. Ph.D. Dissertation. Department of Organization and Industrial Sociology. CBS – Copenhagen Business School.

Nørgaard, Jan Rytter (2001): *Medicinske Fagudtryk – en klinisk ordbog med kommentarer*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København (2. udg.).

Oxman, Andrew D.; Mary Ann Thomson; David A. Davis; R. Brian Haynes (1995): "No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice". *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 153, No. 10, pp. 1423-1431.

Patton, Michael Quinn (1990 [1980]): *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications. Newsbury Park CA. 2nd edition.

Pickering, Andrew (1993): "The Mangle of Practice: Agency and Emergence in the Sociology of Science". *The American Journal of Sociology*, Vol. 99, No. 3, pp. 559-589.

Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press. Chicago.

Prior, Lindsay (2003): *Using Documents in Social Research*. Sage Publications. London.

Rasmussen, Vibeke Storm (2001): "Lægelig kvalitet", *Berlingske Tidende*, 27. april, 1. sektion, p. 18.

Robson, Keith (1992): "Accounting Numbers as 'Inscription': Action at a Distance and the Development of Accounting". *Accounting, Organizations and Society,* Vol. 17, No. 7, pp. 685-708.

Rubin, Herbert J. & Irene S. Rubin (1995): *Qualitative Interviewing*. Sage Publications. Thousand Oaks, CA.

Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne Organisasjoner: Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen-Sandviken.

Sahlin-Andersson, Kerstin (1996): "Imitating by Editing Success: The Construction of Organization Fields". In Czarniawska & Sevon (eds.) (1996): *Translating Organizational Change*. Walter de Gruyter & Co. Berlin.

Sahlin-Andersson, Kerstin (2003): "I forandringers krydsfelt: Ledelse på distance". I Borum, Finn (ed.): *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag. København.

Scott, Richard W. (2001): *Institutions and Organizations*. Sage Publications. Thousand Oaks. 2nd edition.

Sigmund, Helga (1995): *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – erfaringer fra kvalitetssikring af grå stær operationer i speciallægepraksis og på sygehuse*. DSI Rapport 95.02. Dansk Sygehus Institut. København.

Sillesen, Henrik H. & Torben V. Schroeder (2002): "Varicebehandlingen i Danmark – der er stadig plads til forbedringer", *Ugeskrift for Læger*, Vol. 164, No. 12, p. 1662.

Sismondo, Sergio (2004): *An Introduction to Science and Technology Studies*. Blackwell Publishing. Oxford.

Sognstrup, Hanne (2003): *Professionelle i afdelingsledelse*. Ph.d.-afhandling. Institut for økonomi, politik og forvaltning, Ålborg Universitet.

Star, Susan Leigh & James R. Griesemer (1989): "Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateuers and Professionals in Berkeley's Museum of Verberate Zoology, 1907-39". *Social Studies of Science*, Vol. 19, No. 3, pp. 387-420.

Sundhedsstyrelsen (1993): *Principper for udvikling, etablering og anvendelse af databaser for klinisk kvalitet*. Sundhedsstyrelsen. København.

Sundhedsstyrelsen (1999): Kliniske kvalitetsdatabaser: En statusrapport. København.

Sundhedsstyrelsen (2001): *Kliniske kvalitetsdatabaser: Status 2000*. København.

Sundhedsstyrelsen (2004): *Integrerbare kliniske kvalitetsdatabaser*. København.

Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet (1993): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen. København.

Svenningsen, Signe (2004): *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. Handelshøjskolens Forlag. København.

Thomas, William I. (1923): *The Unadjusted Girl*. Little, Brown, and Co. Boston. (Sidst lokaliseret på: http://spartan.ac.brocku.ca/~lward/Thomas/Thomas_1923/Thomas_1923_toc.html den 3. april 2007).

Timmermans, Stefan & Berg, Marc (1997): "Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols". *Social Studies of Science*, Vol. 27, No. 2, pp. 273-305.

Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003a): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press. Philadelphia.

Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003b): "The practice of medical technology". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 25, No. 3, pp. 97-114.

Vrangbæk, Karsten (1999): *Markedsorientering i sygehussektoren*. Ph.d. afhandling. Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.

Wille-Jørgensen, Peer A. & Peter C. Gøtzsche (2001): "Evidensbaseret kirurgi". *Ugeskrift for Læger*, Vol. 163, No. 6, pp. 737-740.

Winner, Langdon (1993): "Upon Opening the Black Box and Finding it Empty: Social Constructivism and the Philosophy of Technology". *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 18, No. 3, pp. 362-278.

Winthereik, Brit Ross; Irma van der Ploeg; Marc Berg (2004): "Accountability and Autonomy in GP Work: Creating Auditable Practices through means of Information Technology". In Winthereik, Brit Ross: *Connecting Practices: A study of electronic patient records at work in primary health care*. Ph.D.-dissertation. Erasmus University Rotterdam.

Zammito, John H. (2004): *A Nice Derangement of Epistemes: Post-positivism in the Study of Science from Quine to Latour*. University of Chicago Press. Chicago.

Bilag

Bilag 1: Ph.d.-projektets baggrund

KVIS-projektet

I løbet af 2002 får formanden for FAPS både bestyrelsens og repræsentantskabets opbakning til et omfattende kvalitetsudviklingsprojekt (KVIS-projektet), hvortil et udkast udvikles i samarbejde med MedConsult (et mindre konsulentfirma med speciale i sundhedsvæsenet) og Center for Virksomhedsudvikling og Ledelsesteknologi (CVL) ved Copenhagen Business School (CBS). Pengene til projektet skal komme fra Fonden til Faglig Udvikling af Speciallægepraksis, som FAS/FAPS ejer i fællesskab med Amtsrådsforeningen. Efter en del forhandlinger omkring projektets karakter enes parterne i 2002/03 om at finansiere iværksættelsen af et kvalitetsudviklingsprojekt for hele speciallægepraksissektoren[240]. Projektet, der skal køre over en 4-5-årig periode, har til formål at "…finde og igangsætte en for speciallægepraksis hensigtsmæssig måde at gennemføre en systematisk kvalitetsudvikling" (FAPS-bestyrelsens skriftlige beretning 2003).

Et ph.d.-projekt oprettes i tilknytning til KVIS

I forbindelse med at Fonden til Faglig Udvikling af Speciallægepraksis[241] bevilliger de økonomiske midler til KVIS-projektet i 2003, afsættes der midler til et samfundsvidenskabeligt ph.d.-projekt, som skal studere udviklingsprocesserne i relation til KVIS-projektets implementering. Jeg søger dette eksternt finansierede stipendiat, tildeles det, og indskrives derefter som ph.d.-studerende ved Forskerskolen i Ledelsesteknologi på CBS i 2003 med tilknytning til CVL[242].

---

[240] I den forbindelse knyttes også konsulentfirmaet Accenture til projektet.

[241] "Fonden, der er stiftet af Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), er en selvstændig og selvejende institution." (§1, stk. 3 i Fondens vedtægter)
"Fondens formål er at fremme den faglige udvikling inden for speciallægepraksis der har overenskomst på praksisområdet ved efter nærmere fastsatte regler at yde tilskud til:
a) speciallægers efteruddannelse,
b) kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsprojekter,
c) forskningsprojekter efter ansøgning fra praktiserende speciallæger, regioner, forskere eller andre,
d) og andre projekter, som fremmer den faglige udvikling inden for speciallægepraksis." (§2, stk. 1 i Fondens vedtægter.)

[242] Jeg er året forinden blevet kandidat ved Institut for Statskundskab med et speciale om indførelse af nye organisationskoncepter i hospitalsvæsenet, og arbejder på dette tidspunkt som konsulent i et mindre softwarefirma, der udvikler informationssystemer til sundhedsvæsenet.

KVIS-projektet afvikles og ph.d.-projektet reformuleres

KVIS-projektet er i sin korte levetid præget af flere kontroverser mellem de finansierende parter, og i slutningen af sommeren 2004 – lidt over et halvt år efter at projektets første fase blev afsluttet[243] – bliver projektet stoppet på grund af uenigheder om det videre forløb[244]. Denne udvikling/afvikling betød, at ph.d.-projektet måtte reformuleres. I samråd med mine vejledere besluttes det derfor, at projektet i stedet skal beskrive og analysere nogle af de konkrete kvalitetsmålingsinitiativer, som er under udvikling i speciallægepraksissektoren – nærmere bestemt initiativer, der retter sig mod indikatormålinger af den kliniske kvalitet. Dette skyldes, at der på dette tidspunkt allerede eksisterer enkelte indikatormålingsprojekter i sektoren, og at indikatormålinger er et helt centralt element i den danske kvalitetsmodel. Temaet aktualiseres yderligere, da indberetning til kliniske databaser, som noget nyt, tages op som et selvstændigt emne i overenskomsten for 2005 mellem FAS og Sygesikringen.

[243] Første fase af projektet (som altså bliver den sidste) afsluttes med udarbejdelsen af to selvstændige rapporter (CVL/Medconsult 2003, Accenture 2003).

[244] I Brahm (2004) findes en kort version forløbet set fra FAS' perspektiv. Amtsrådsforeningen/Danske Regioner har ikke officielt kommenteret på forløbet.

Bilag 2: Udtræk fra en gammel databases historie

En af de første databaser, der udviklede sig til en landsdækkende database med kvalitetsudvikling som sit primære formål, var Landsregisteret Karbase.

I 1988/1989 oprettedes en lokal database på Rigshospitalets karkirurgiske afdeling med den hensigt at styrke både forskningen og den lægelige kvalitetssikring. Samtidigt var karkirurgiske afdelinger i andre dele af landet også begyndt at arbejde med lokale registreringer, og efter diskussioner mellem de forskellige afdelinger begyndte man i 1992 at bruge det samme (Rigshospitalets) program og registreringsskema alle steder. Registreringen skete i første omgang kun lokalt (Årsrapport for Landsregisteret Karbase 1996, p. 2), men allerede året efter blev man enige om at gå i gang med at indsamle data fra de forskellige afdelinger og udsende opgørelser over de samlede aktiviteter og infektionsfrekvenser på landsplan til afdelinger og sygehusadministratorer.

Forskningsinteressen var en central drivkraft i denne udvikling (eftersom man ved at udvide mængden af data kunne tilvejebringe et bedre statistisk grundlag for diverse forskningsprojekter), mens der ikke var planer om at foretage sammenligninger af de forskellige afdelingers aktiviteter og resultater:

"…dengang var det faktisk meget pointeret, at det måtte *ikke* bruges til, at vi sammenlignede hinanden... […] der blev simpelthen lave nogle regler om, at man ikke måtte ikke sammenligne afdelingerne. Alle var hunderædde for sammenligningen, og at den ville føre til, at en afdeling pludselig blev lukket, hvis den lå dårligere end de andre. Så det var der meget diskussion om. Vi havde også kæmpediskussioner om, man skulle registrere kirurgernes initialer eller ej. Vi blev til sidst enige om, at det skulle man […], men vi blev så også enige om, at man ikke skulle offentliggøre, hvem der havde opereret hvad og sådan noget. Så der var meget frygt".
[Interview med databaseansvarlig overlæge]

Efterhånden bevægede man sig dog i stigende grad i retning af mere komparative målinger under hensyn til "de stigende krav om synliggørelse af den medicinske kvalitetssikring" (Panduro Jensen et al. 1994: 7034) og inspireret af udviklingen i Sverige, hvor flere databaser til kvalitetssikring allerede var etableret. Dette skete ved, at man i 1996 gik i gang med at overføre alle data til en central database og samtidigt begyndte at diskutere, hvordan man kunne lave mere sammenlignelige opgørelser. Dette var dog fortsat et kontroversielt emne, idet mange af lægerne var skeptiske med hensyn til hvordan data vil blive (mis)brugt af både udenforstående og af andre deltagere:

"…det er meget et spørgsmål om tillid. Det er jo følsomme data forstået på den måde, at hvis man bare ser på, hvordan det går: Hvor mange der dør, hvor mange der få infektion osv., så vil der altid være nogen, der ligger godt, og nogen der ligger dårligt. Og fortolke det – det var de bange for at andre ikke kunne. Ja, selv inde i egen kreds var man bange for, at det ville blive misbrugt. Dengang der var afdelingerne ved at blive opbygget rundt omkring, og der var 'krig på kniven'. Men der var også krig i regionerne om, at nogle afdelinger var på vej op, og nogle afdelinger var der i forvejen osv. Og så var man simpelthen bange for, at nogle ville misbruge de data til at forsøge at få lukket nogle afdelinger. Simpelthen gå i medierne med dem – gå til politikerne med dem osv. […]
…så var det først, da vi havde kørt en årrække og for det første set, at variationen var ikke så kæmpestor, som man kunne frygte mellem afdelingerne – man gjorde nogenlunde det samme ved patienterne. Og da man så også fik tillid til

hinanden, ved at vi havde mødtes nogle gange og diskuteret, hvordan alt det her skulle være. Så løsnede det sig op, og så kunne vi gå i gang med at lave sammenligninger mellem afdelingerne."
[Interview med databaseansvarlig overlæge]

Disse sammenligner sker ved at den centrale database til hver afdeling årligt sender deres afdelingens egne resultater samt de gennemsnitlige landsresultater. Dette skal afdelingen bruge som led i en intern evaluering af kvaliteten. Hvis resultaterne er signifikant dårligere end landsgennemsnittet over en årrække, er det planen, at afdelingen selv eller eventuelt databasens ledelse kan tage initiativ til at iværksætte en ekstern audit. Samtidigt offentliggøres data, hvor afdelingsresultaterne er opgjort både på landsplan og for hver afdeling, men uden angivelse af navnene på de pågældende afdelinger (Årsrapporter fra 1997, 1998).

De komparative ambitioner krævede et stort arbejde fra database-administrationens side med at sikre kompletheden og kvaliteten af de indberettede data. En af de store udfordringer for databasens repræsentanter var at få lægerne til at registrere systematisk og fyldestgørende:

"Den [lægelige modstand] var meget udbredt i starten, og den kom til udtryk i …at de simpelthen afviste at registrere eller var meget forbeholdne over for det, fordi de data ville kunne bruges mod en selv. Hvad nu hvis man pludselig fik konstateret i løbet af et år at man havde haft seks patienter med sårinfektion og alle de andre kun havde haft to. Betød det så man blev fyret eller sat ind på en kontorstol og aldrig operere igen? Og det har været en kulturel opdragelsesproces dels at vinde folks tillid – og den vinder man ved at bruge den på den rigtige måde. Og i det her eksempel, hvis man havde en læge som har tre gange så mange sårinfektioner som andre, så er det rationelle, det er jo at gå ind og se, hvad der er ved den læge? Er det tilfældigheder, hvad det nogle gange er, og andre gange er det måske noget med noget træning, eller nogle ting vedkommende gør forkert og så forbedre det. Da det gik op for folk efterhånden, at det nok ikke handlede så meget om, at de skulle have med den nihalede pisk – at det måske mere handlede om at vi prøvede at forbedre kvaliteten hele tiden – ikke ved at skille de dårligste fra, men ved at vi alle sammen lærer af de gode eksempler – så forsvandt den efterhånden… men den er jo ikke helt væk, modstanden. Det er den i karkirurgien, der er den helt væk, der er ingen [modstand] overhovedet, der er det bare en naturlig del. Men de specialer, som stadigvæk måske ikke engang er kommet i gang endnu osv., der kan der godt være skepsis stadigvæk."
[Interview med databaseansvarlig overlæge]

Bilag 3: Undersøgelsens analytiske spørgsmål

I kapitel 2 blev der redegjort for, hvordan ANT har bidraget til at forme projektets problemformulering og analytisk-deskriptive tilgang. I dette bilag vil jeg udfolde artikulation af afhandlingens analytiske blik yderligere via en præsentation af de specifikke forskningsspørgsmål, som jeg arbejdede med i forbindelse med datagenerering og dataanalyse. Spørgsmålene (som ikke er at forveksle med interviewspørgsmål) tog udgangspunkt i en interesse for de problematiseringer, udfordringer, indrulleringsteknikker og indrulleringseffekter, der kunne spores i databaseforløbene:

1. Teknologiens associerede problematiseringer

Hvilken rolle tildeles de kliniske databaser rolle af de aktører som promoverer dem? Hvilke idéer og hvilke forventninger knyttes der til databaserne? Hvilke problemer siges databaserne at være løsningen på? Hvordan artikuleres relevansen af de enkelte kliniske databaser for speciallægepraksis? Hvordan definerer de promoverende aktører deres egne mål/interesser, og hvordan definerer de, de praktiserende speciallægers mål/interesser?

2. Forsøget på at indrullere de praktiserende speciallæger

Hvilke interessement-teknikker tages i anvendelse for at sikre indrulleringen af de praktiserende speciallæger? Hvordan forholder de praktiserende speciallæger sig til forsøgene på at interessere og indrullere dem? Hvilke forestillinger, forventninger og bekymringer artikulerer de praktiserende speciallæger i denne forbindelse? Hvordan ser de forskellige aktører på relationerne mellem databasernes handlingsprogrammer og den eksisterende kliniske praksis? Hvilke implikationer for speciallægepraksis har arbejdet med at "fodre" databaserne og hvilke implikationer har mødet med speciallægepraksis for den pågældende kliniske database? Hvilke forhandlinger om databasernes funktionalitet og indhold afstedkommer forsøget på at indrullere de praktiserende speciallæger? Et af de spørgsmål, jeg især fokuserede på i denne sammenhæng, var (med inspiration fra Berg 1997): Hvilke slags data kræver de kliniske databaser, og hvilke krav stilles der til den måde data produceres på? Produceres disse data allerede i speciallægepraksis "på den rigtige måde"? – og hvis ikke, hvad så? Endelig var jeg også (jf. afsnit 9.3.) interesseret i spørgsmålet om, hvilke slags implikationer indrulleringen i en klinisk database kan have for de praktiserende speciallægers autonomi?

Bilag 4: Klinisk Vene Database år 2006 – formål, organisation og design

Dette er en kort præsentation af Venebasen, som den fremtræder i begyndelsen af 2006.

Formål

Det officielle formål med Klinisk Vene Database (KVD) (også kaldet Venedatabasen eller Venebasen)[245] er at forbedre kvaliteten af åreknudebehandlingen i Danmark ved at nedsætte antallet af recidiver og post-operative komplikationer. Dette skal ske i forbindelse med en løbende registrering af informationer om de enkelte patientforløb, som har til hensigt at skabe overblik over de anvendte udrednings- og behandlingsmetoder og deres forbindelse til databasens resultatindikatorer.

Kvalitetsindikatorer

Venebasens officielle kvalitetsindikatorer, knytter tæt an til fokusområderne fra Sundhedsstyrelsens referenceprogram fra 1998, idet man har valgt at arbejde med følgende indikatorer:

1. Recidiv (resultatindikator): Databasens centrale kvalitetsindikator. Målsætningen/standarden er at nedsætte recidivraten til 15 % efter fire til fem år. Indikatoren henviser til behandlingskrævende genkomst af varicer.
2. Post-operative komplikationer (resultatindikator): Målsætningen/standarden er at nedsætte komplikationsraten til 5 % efter tre år. Indikatoren henviser til behandlingskrævende komplikationer som f.eks. infektion, blødning og nerveskade.
3. Efterundersøgelser (procesindikator): Målsætningen/standarden er at 80 % af patienterne skal være efterundersøgt ambulant inden seks måneder.

Brugergrænseflade

Venebasens elektroniske registreringsflade består af tre grundskærmbilleder, som "følger patientforløbet" (se også databasens skærmbilleder nedenfor):

1. "Præ-operativt": Her registreres oplysninger vedrørende anamnese, undersøgelsesmetode, undersøgelsesfund (er der fundet reflux og hvor henne?). Desuden er der mulighed for at indtaste flere Præ-operative data i et sub-skema kaldet "Udvidet anamnese og objektivt". Der er i databassen relativt mange informationsfelter knyttet til undersøgelsen for reflux i

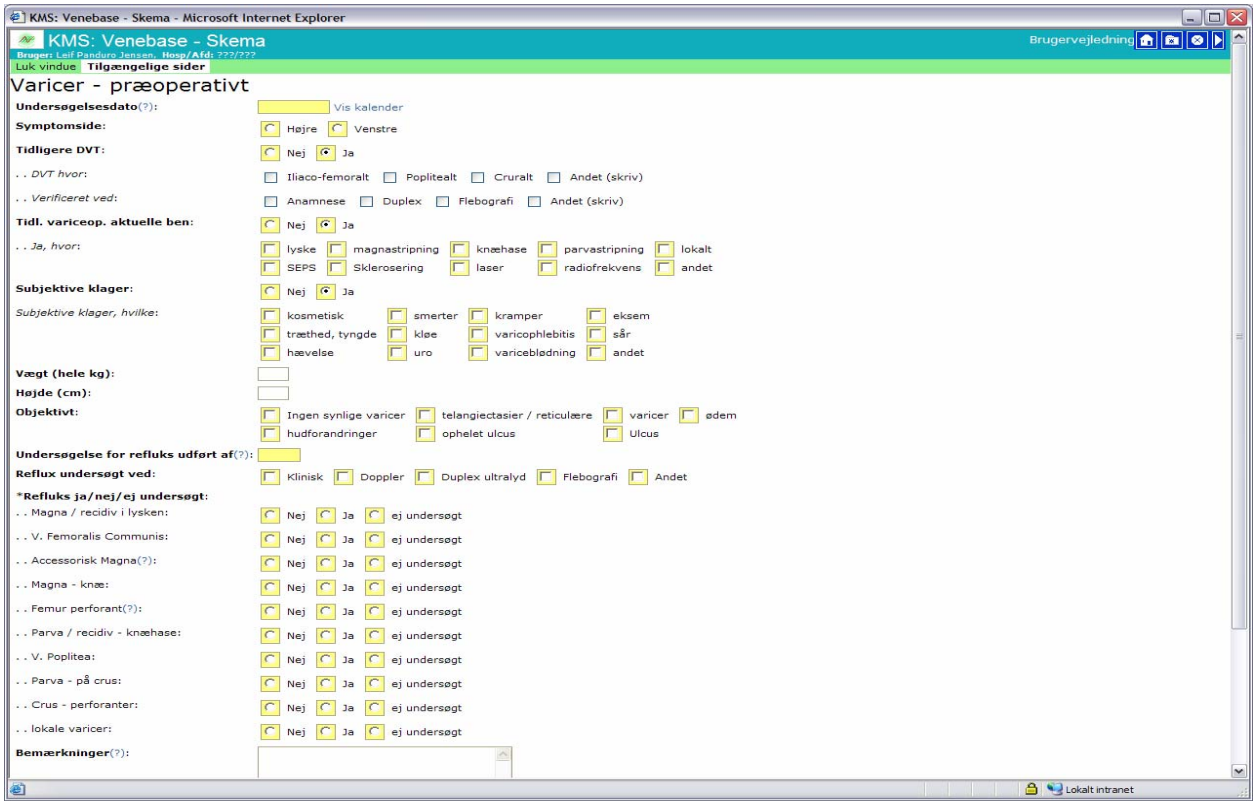
[245] Et mere præcist navn ville vel være Klinisk Varice Database. Ifølge administrator er det lidt upræcise navn opstået som følge af en misforståelse i kommunikationen med en af de bevilligende myndigheder (Sundhedsstyrelsen eller Amtsrådsforeningen).

benet, som skal medvirke til at producere et detaljeret indblik i, hvordan lægerne undersøger patienterne. Registreringen skal bl.a. bruges til at håndtere de udfordringer, der er knyttet til recidivindikatoren, som bl.a. består i at genkomst af åreknuder kan skyldes tilstedeværelsen af reflux flere forskellige steder i benet og både kan henføres til insufficient diagnostik og/eller insufficient kirurgi. Idéen med den detaljerede registrering er, at databasen kan sammenholde de registrerede patienters cpr-numre og finde de patienter, som er blevet behandlet mere en gang på samme ben og derefter tjekke for, om de har reflux på det samme sted.

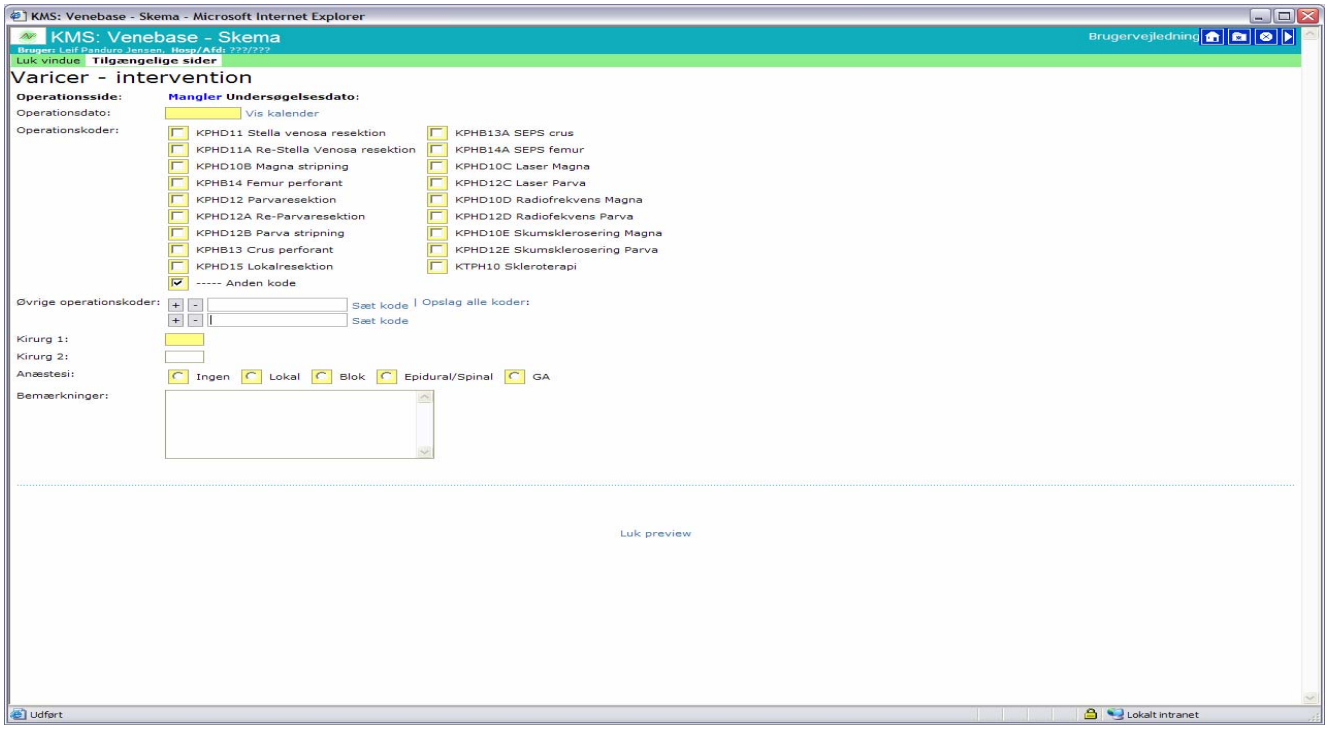
2. "Intervention": Her registreres oplysninger vedrørende operationstype og bedøvelsestype.
3. "Follow up": Her registreres oplysninger knyttet til efterundersøgelsen (patientens og lægens vurderinger af patientens post-operative tilstand, herunder komplikationer).

Skærmprint af Venedatabasens elektroniske registreringsskemaer:

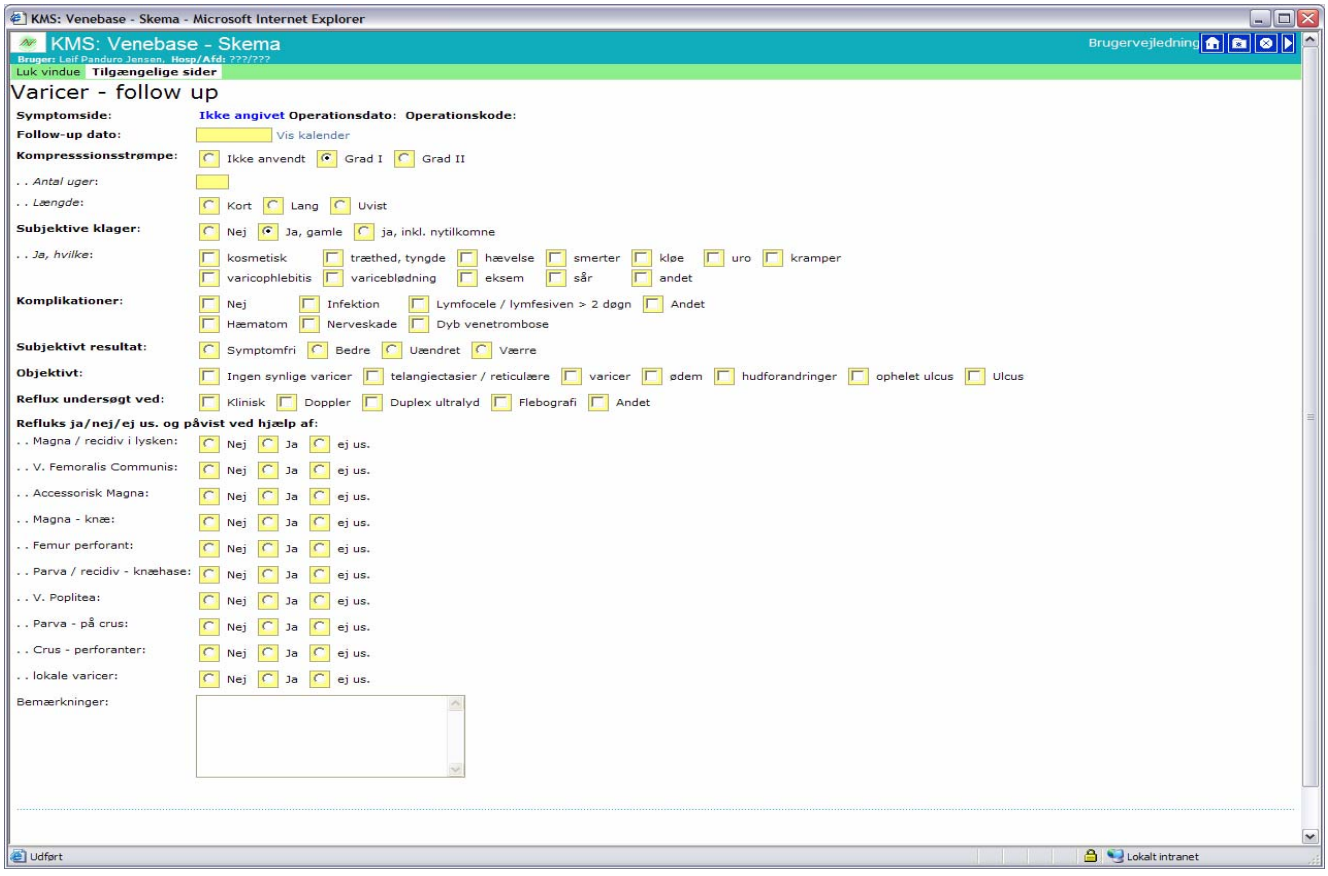
A. Registreringsskema "Præoperativt".



B. Registreringsskema ”Intervention”.



C. Registreringsskema ”Follow up”.



Organisation mm.

Databasen gik officielt i drift i 2006 med økonomisk støtte[246] fra Sygehusejernes fælles databasepulje. Databasen skal derfor søge leve op til den række af sundhedsfaglige, organisatoriske, formidlingsmæssige og informatiske basiskrav til kliniske databaser, som fællespuljen arbejder med. Uden at gå i detaljer kan det i den forbindelse bl.a. nævnes, at nogle af konsekvenserne af dette har været:

1. At databasen er blevet tilknyttet Kompetencecenter for landsdækkende kliniske databaser (region Øst), som skal forsyne databasen med informationsteknologisk[247], statistisk og epidemiologisk kompetence.
2. At der som led i overgangen til formel drift er blevet oprettet en officiel styregruppe. (I begyndelsen bestod styregruppen af repræsentanter for henholdsvis Dansk Karkirugisk Selskab, Dansk Kirurgisk Selskab, Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi (de praktiserende kirurgers faglige selskab). Efterfølgende indtræder også en repræsentant for kompetencecenteret og værtsregionen i styregruppen.
3. At databasen har forpligtiget sig til at offentliggøre data om kvalitetsniveauet og til at kontakte de enheder, der afviger væsentligt (negativt) i opgørelserne over kvalitetsniveauet med henblik på kvalitetsforbedrende tiltag.

[246] Databasens budget for 2005 var på 357.000 kr. Dette beløb indeholder udgifter til den kliniske projektledelse og administration, kompetencecenterets statistiske og epidemiologiske ydelser samt licenser til IT-systemet.

[247] Databasen er ligesom en række andre af kompetencecenterets databaser baseret på Klinisk Målesystem (KMS). Kompetencecenteret beskriver KMS som "et generelt klinisk databasesystem til registrering af kliniske data med henblik på måling af sundhedsfaglig kvalitet. KMS anvender generelle skabeloner som muliggør opbygning af nye databaser relativt hurtigt og billigt. KMS bygger endvidere på en sikker web-baseret teknologi som tillader brugere at indtaste data via enhver PC tilsluttet sundhedsdatanettet, hvorfor de tekniske krav til de enkelte afdelinger er overkommelige. Indtastede data valideres (klinikeren får advarsler/kan rette fejlindtastninger med det samme) og transmitteres til en central databaseserver". (http://www.kliniskedatabaser.dk/itkms.asp?m=3).
KMS indeholder ud over *skemadesignmodulet*, et *administratormodul* (hvor man kan styre brugeradgangen), et *databaseservermodul* (til datalagring med "mulighed for samkøring af data fra forskellige specialer og fra andre inddateringssystemer, eksempelvis Landspatientregisteret, CPR registeret og patientadministrative systemer") samt et *analysemodul* (Analyseportalen) som "giver muligheder for automatiseret og løbende feedback til de relevante afdelinger og standardrapporter fx kontroldiagrammer og sammenligningsdiagrammer", og for at de indberettende enheder til eget brug kan "få egne data retur i et standardiseret format". (Ibid.)

Bilag 5: Venedatabasens hårde fødsel

Arbejdet med at udvikle og etablere databasen beskrives af konstruktørerne som langvarigt og besværligt. Processen begynder i løbet af 2000, men databasen er først klar til at gå i drift på landsplan i 2006. At det skulle tage så lang tid at gøre databasen driftsklar – og at det skulle vise sig at blive så besværligt, som udviklerne har oplevet det, var det nok de færreste af de involverede aktører, der havde forestillet sig tilbage i 1998, hvor idéen om databasen tager form. Den langvarige og til tider anstrengende proces tilskrives flere forhold:

For det første designes databasen af to overlæger, som begge har travlt med klinisk og administrativt arbejde. Dette forsinkede især programmeringen af den elektroniske brugergrænseflade.

For det andet har udviklerne haft en del problemer med den informationsteknologiske infrastruktur, bl.a. har der været problemer med at tilgå den centrale database, som er lokaliseret på Rigshopitalet. Her er der både en firewall, som skal beskytte hospitalets intranet og en server, som prioriterer den interne trafik højere end den eksterne. Problemerne med den elektroniske dataregistrering bliver stort set løst i løbet af 2006 (selv om brugerne stadig i 2007 kan opleve tidspunkter, hvor databasen "er nede"). Men i 2007 er der stadigvæk store problemer med at generere rapporter fra databasen. Dette skyldes bl.a. at det fælles IT-system for de kliniske databaser i Kompetencecenter Øst, Klinisk Målesystem (KMS) har haft vanskeligt ved at håndtere det stigende antal brugere, som systemet har fået siden sin fødsel.

For det tredje kommer, at processen med at søge økonomisk støtte til udvikling og drift af databasen hos myndighederne strækker sig over flere år – en proces udviklerne oplever som frustrerende, idet man til tider føler sig klemt i et bureaukratisk ansøgningssystem. Bestræbelserne på at opnå støtte vanskeliggøres af, at databasens udviklingsperiode inkluderer det tidsrum, hvor overgangen fra værtsamtsmodellen til fællespuljemodellen finder sted: Efter at styregruppen har ventet på de nye reglers ikrafttræden, får databasen ikke tildelt driftsmidler i den første ansøgningsrunde under den nye ordning, eftersom de etablerede databaser først skal tilgodeses. Om ansøgningsprocessen siger den databaseansvarlige overlæge, O1, bl.a.:

"…der var nogle puljer, der skulle gøres op først, og der fik vi altså stop, og der var vi faktisk ved at give fuldstændigt op. Så det har været en tung opgave, det har været op ad bakke hele vejen, det har godt nok været tungt. Jamen, jeg har været ved at opgive det flere gange, men nu er jeg optimist igen..." [Interview]

Optimismen skyldes, at det senere lykkedes at opnå tilsagn om støtte fra fællespuljen, men problemerne er en påmindelse om at udviklingen af databasen – på trods af et relativt godt samarbejde blandt arbejdsgruppens læger om databasens kliniske indhold og på trods af den større

soliditet, som databasen i dag ser ud til at have fået – var et skrøbeligt foretagende, som kunne være faldet fra hinanden flere gange undervejs. Den nuværende Venedatabase er altså et produkt af heterogent arbejde på mange fronter, hvor databasen simultant indrullerer – og indrulleres i – en række allerede eksisterende aktør-netværk.

Bilag 6: Datamaterialet til de 3 cases

Datamateriale, Case: DMK

Mødeobservationer:

- Observationer af to faglige møder i DMK-databasens regi, hvor repræsentanter for de deltagende afdelinger mødtes for at diskutere databasen og det sygdomsområde, som databasen relaterer til.
- Observationer af to møder i gruppen af praktiserende speciallæger. De to møder blev afholdt med ca. et halvt års mellemrum.

Interviews:

- Interview med den databaseansvarlige overlæge,
- Interview – og telefonsamtaler – med en af de praktiserende speciallæger.

Andet:

- Dokumenter om DMK's indhold, DMK's hjemmeside, DMK's brugergrænseflade (cd-rom).
- Uformelle samtaler med nogle af mødedeltagerne, eksempelvis i frokostpausen.

Datamateriale, Case: Herniedatabasen

Interviews:

- Interview med en af de databaseadministrerende overlæger.
- Interview med syv praktiserende kirurger (seks af disse kirurger opererede også varicer, hvorfor udvælgelsen af disse skete indirekte. Den sidste blev udvalgt tilfældigt med udgangspunkt i de offentliggjorte resultattabeller fra databasen). I 2005 var der 21 praksisklinikker tilknyttet Herniedatabasen ifølge de offentliggjorte resultatdata på hjemmesiden.

Dokumenter:

- Årsrapporter, møderefererater, registreringsskema fundet på www.herniedatabasen.dk
- Artikler fra Ugeskrift for Læger (se referencer i teksten).

Datamateriale, Case: Venedatabasen

Mødeobservationer:

- Observation ved møde i Ambulant Kirurgisk Selskab, hvor Venedatabasen præsenteres for de praktiserende speciallæger[248].
- Observation ved Venedatabasens 1. repræsentantskabsmøde (stiftende generalforsamling). Åbent for alle afdelinger og speciallægepraksisser.
- Observation ved to møder i Venedatabasens styregruppe. Styregruppen bestod i perioden af tre overlæger, to praktiserende speciallæger samt en repræsentant for henholdsvis Kompetencecenter Øst og Region Hovedstaden. Hovedparten af gruppens medlemmer deltog hver gang.
- Observation ved Venedatabasens 2. repræsentantskabsmøde. Åbent for alle afdelinger og speciallægepraksisser.

Interviews:

- 3 interviews med formanden for fra styregruppen (overlæge)
- Interviews med de 2 praktiserende speciallæger fra styregruppen
- Interviews med 10 praktiserende speciallæger uden for styregruppen

Dokumenter:

- Sundhedsstyrelsens referenceprogram om behandling af åreknuder fra 1998.
- Artikler og debatindlæg i Ugeskrift for Læger, samt nyhedsartikler og debatindlæg i aviser (se referencer i teksten).
- Referater fra styregruppens møder, styregruppens korrespondance med andre aktører, databasens budgetter, ansøgninger om støtte, formandsberetningen.

Andet:

- Telefonsamtaler og e-mail korrespondance med repræsentanter fra Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner[249].
- Observation af variceoperation i speciallægepraksis (for at få en bedre fornemmelse af sygdomsområdet og af de udrednings- og behandlingsteknikker, der knyttede sig til det).

[248] Ambulant Kirurgisk Selskab er stiftet af en gruppe praktiserende speciallæger med henblik på at understøtte den faglige udvikling i speciallægepraksis. Selskabet afholder med jævne mellemrum møder med forskellige former for fagligt indhold.

[249] Mine henvendelser handlede primært om at skaffe yderligere information om emner vedrørende formelle regler, forhandlingerne om honorering og offentliggørelse dvs. om de regulative rammer for databasernes virke og forhandlingerne om disse.