

Peter Triantafillou

Benchmarking som normaliserende styringsteknologi

Anvendelse af benchmarking kan forstås som en ny, subtil form for magtudøvelse i moderne politik. Med inspiration fra Michel Foucaults forståelse af magt, styring og frihed anskues benchmarking som en form for avanceret liberal styring, der gennem produktion af normaliserende viden om det, der søges styret, fremmer selvstyring. Det kritisk-analytiske potentiale i en sådan begrebsliggørelse illustreres gennem nogle eksempler på brugen af benchmarking inden for det danske sygehusvæsen

Gennem det seneste årti har den offentlige sektor i Danmark oplevet en stærkt stigende anvendelse af benchmarking (Triantafillou et al., 2005). Kort fortalt indebærer benchmarking-analyser en systematisk måling og sammenligning af individers og organisationers aktiviteter med henblik på at fremme effektiviteten og/eller kvaliteten af disse (cf. Finansministeriet, 2000: 9). Som sådan kan benchmarking anskues som et blandt flere nye styringsværktøjer, der gennem de senere år er introduceret i den offentlige sektor med henblik på at forbedre effektiviteten og kvaliteten af dennes ydelser.

Inden for de seneste 15 år har benchmarking i varierende, men stigende grad vundet indpas i OECD-landenes sektorpolitikker. Eksempelvis har USA introduceret benchmarking inden for sundhedssektoren, infrastruktur og udliciterede serviceopgaver (Dorsch og Yasin, 1998). I England har den statslige Audit Commission igennem mere end et årti systematisk analyseret og sammenlignet kvaliteten og effektiviteten af især lokale myndigheders serviceydelser (www.audit-commission.gov.uk). I både Norge og Sverige er der ligeledes foretaget benchmarking af sundheds- og omsorgssektoren, uddannelsesområdet og kommunernes administrative effektivitet (Arbejds- og Administrationsdepartementet, 2000; Socialstyrelsen, 2001; Statskontoret, 2001).

Men hvilke effekter, om nogen, har benchmarking så haft? Såfremt man kun kigger på politiske beslutninger og enkeltstående politiske programmer, såsom SR-regeringens udspil *Danmark som foregangsland* fra 1998, så er det nærliggende at konkludere, at benchmarking kun i meget begrænset omfang har påvirket styringen af den offentlige sektor (Christiansen, 1999; Greve, 2003: 117). Kigger vi i stedet på analyser og undersøgelser, diskussioner og problematiseringer af forvaltningens effektivitet samt introduktionen af nye metoder og procedurer i statslige og kommunale institutioner, så bliver billedet af benchmarking og dets effekter noget mere broget. Denne artikel søger på ingen måde at præsentere en udtømmende diskussion af disse mangeartede effekter. I stedet fokuseres på nogle af de normaliserende effekter, der er genereret i forbindelse med benchmarking af produktiviteten på, og brugernes tilfredshed med, landets sygehuse.

En væsentlig grund til at beskæftige sig med benchmarking er, at der i Danmark synes at være en udbredt politisk støtte til brugen heraf. Alle de større politiske partier har således aktivt støttet udviklingen og anvendelsen af benchmarking. Socialistisk Folkeparti støtter også principielt brugen af benchmarking, hvis ”den laves ordentligt og i samarbejde med – eller på initiativ af personale og faglige organisationer” (Sohn og Graulund, 2004). Mens man finder megen diskussion og kritik af den specifikke udformning af konkrete benchmarking-undersøgelser, især fremført af de organisationer, som udsættes for disse, så er det endnu ikke lykkedes mig at finde nogle, der principielt er imod brugen af benchmarking. Hvis det er korrekt, at der hersker en bred normativ konsensus omkring brugen af benchmarking-analyser, er der god grund til at underkaste disse en kritisk belysning. Herunder mener jeg, at der især er behov for at belyse, hvilke (nye) former for magtudøvelse benchmarking implicerer.

Jeg argumenterer i denne artikel for, at benchmarking kan ses som led i et avanceret liberalt styringsrationale, der er karakteriseret ved at styre gennem individers og organisationers kapaciteter til at styre sig selv. En sådan begrebsliggørelse indebærer, at benchmarking anskues som blot én ud af en serie styringsteknikker, der søger at fremme og stimulere offentlige organisationers effektivitet, kvalitet og ansvarlighed. For det andet argumenterer jeg for, at benchmarking adskiller sig fra andre nyere styringsteknikker, herunder evaluering i mere snæver forstand, ved eksplicit at *synliggøre bedste praksis via normaliserende sammenligning*. Benchmarking tilskynder, om ikke tvinger de deltagende organisationer til at forholde sig til, hvordan man skal handle for at opnå den bedste praksis gennem et sæt policy-output normer og standarder, som skabes og synliggøres gennem sammenligningsprocesser. Benchmarking synes derved at skabe nye muligheder for styring gennem organisationernes styring af sig selv.

Artiklen er struktureret således: Først diskuterer og præsenterer jeg et begrebsapparat, der kan danne grundlag for kritiske analyser af de forskellige former for magt- og frihedsudøvelse, som finder sted gennem benchmarking. Dernæst analyseres en række benchmarking-undersøgelser af sygehusenes produktivitet samt nogle eksempler på tiltag til at forbedre denne. Efterfølgende analyseres nogle benchmarking-undersøgelser af brugernes (især patienternes, men også de pårørendes) tilfredshed med sygehusenes ydelser samt nogle eksempler på tiltag til at forbedre tilfredsheden med disse. Dernæst sætter jeg brugen af benchmarking på sygehuse i et bredere historisk og sundhedspolitisk perspektiv og skitserer konturerne af den styringsproblematik, avanceret liberalisme, som jeg hævder, informerer benchmarking. Endelig opsummeres resultaterne, og jeg diskuterer kort nogle moralske problemstillinger, vi som forskere må forholde os til, såfremt vi kritisk vil belyse det politiske og normaliserende spil, som benchmarking understøtter.

En kritisk forståelse og analyse af benchmarking

I det følgende skitseres en forståelse af benchmarking, som på det mest generelle niveau kan ses som en form for magtudøvelse, der afhænger af organisationers kapacitet til at styre sig selv på en passende måde. Inden jeg præcise-

rer denne forståelse nærmere, er det nok værd at kaste et blik på en del af den teoretiske litteratur om styring og selvstyring samt om forholdet mellem disse to størrelser. Formålet her er ikke på nogen måde at give et overblik over den efterhånden ganske betragtelige litteratur på dette område, men i stedet at præcisere, hvori det særegne i min begrebsliggørelse ligger. For det første mener jeg, at man kan snakke om et felt af analyser, som vi kan samle under betegnelsen *government*. Det drejer sig blandt andet, men ikke kun, om den decisionisme, som Robert Dahls position er udtryk for, dvs. at magt udøves i observerbare beslutninger. Denne magtforståelse er udkrystalliseret i sentensen: "At A får B til at gøre noget, B eller ikke ville have gjort" (Dahl, 1961). Fordelen ved denne forståelse er dels, at den er meget eksplicit, dels at magt *qua* sin observerbarhed umiddelbart kan gøres til genstand for empirisk analyse. Begrænsningerne ligger blandt andet i, at magt ansues som possessivt (noget man kan besidde), repressivt og aktørorienteret.¹ For en magtanalyse indebærer det, at forholdet mellem styring og selvstyring (autonomi) kun kan ses som et nulsumsspil: Hvor meget magt besidder den selvstyrende organisation i forhold til den styrende organisation i forhold til at realisere "egne" interesser.

Governance er et navn, man kan tillægge et andet felt af temmelig forskelligartede studier og teorier om politisk styring. På trods af ofte dybe uenigheder udfolder disse teorier sig alle på en eller anden måde omkring forholdet mellem styring og selvstyring (for eksempel Rhodes, 1997). Baseret på begreber som netværk, interdependens og autonomi forsøger disse studier typisk at besvare følgende problematik: Hvordan er styring muligt i et komplekst samfund, hvor statens regulerings-kapacitet presses både fra oven (af globalisering) og fra neden (af lokale interessegrupper)? Der er flere fordele ved dette felt af teorier i forhold til *government*-tilgangen. Eksempelvis ligger der (oftest implicit) en anskuelse af magt, ikke som et nulsumsspil, men som en produktiv kapacitet, der kan forme aktørernes interesser og identiteter. Endvidere reduceres magt ikke til et aktørspørgsmål, men tematiseres i stedet som en kraft, der udøves i institutionelt formede intersubjektive relationer. Der er imidlertid også et par væsentlige begrænsninger ved denne forståelse. For det første tematiseres magt sjældent som en eksplicit problematik. Det hænger efter min vurdering blandt andet sammen med, at *governance*-analyserne ofte er informeret af problemstillinger som: Hvordan kan vi styre bedre (mere effektivt og/eller legitimt) under nye komplekse samfundsmæssige betingelser? (for eksempel Kickert et al., 1997). Herved får spørgsmålet om magtudøvelse ofte en sekundær og instrumentel rolle. For det andet sker der ofte en ontologisk kortslutning, som obstruerer kritisk belysning af de rationaler, der understøtter de konkrete styringsteknologier, som er involveret i selvstyring. I den mest unuancerede facon understøttes *governance*-studier af følgende ontologiske diagnose: Vi lever i et komplekst (netværks-, polycentrisk eller videns-) samfund, hvor statens reguleringskapacitet presses både fra oven og fra neden, hvilket om ikke nødvendiggør, så fremmer nye styringsformer, såsom netværksstyring. Pointen er ikke spørgsmålet, hvorvidt denne ontologiske diagnose er sand eller falsk, men at man ved at tage denne som udgangspunkt for sin analyse ikke levner plads til at belyse, hvordan

sådanne diagnoser informerer nye styringstiltag. Sagt på en anden måde: Mange governance-studier har for kort distance til den (ontologiske) selvforståelse, som understøtter avanceret liberal styring (se nedenfor).

For det tredje har Niklas Luhmanns systemteori inspireret en række interessante analyser af politisk (selv-)styring. Her er såvel den aktør-orienterede som den intersubjektive styringsforståelse forladt til fordel for en forståelse af styring som en særlig form for kommunikation og en måde at iagttage denne kommunikation (Luhmann, 1997). Luhmanns begrebsliggørelse er således interessant, fordi den ikke reducerer spørgsmålet om magt til aktørers intentioner og realisering af disse. Når styring grundlæggende ses som et spørgsmål om kommunikation, er der imidlertid en fare for, at magt reduceres til et semantisk eller sprogligt spørgsmål. Thygesen (2004) tilbyder et svar på denne mulige begrænsning ved at introducere begrebet teknologier. Disse ses ikke som den instrumentelle realisering af A's intentioner men som kalkuler, der søger at etablere gentagelig kausalitet og derved tilbyder et løfte om minimering af forskellen mellem mål/ideal og faktisk praksis.

Mens jeg fuldt deler pointen, at ledelsesteknologier ikke kan reduceres til en instrumentel forlængelse af lederens intention, men snarere bør anskues som noget, der skaber bestemte betingelser for ledelse, så nærer jeg dog en vis skepsis over for den binære forskelslogik, som understøtter Luhmanns styringsanalyse. Jeg finder det således umiddelbart svært at se, hvordan denne åbner op for en mere nuanceret forståelse af de mange ofte modstridende praksisser og rationaler, der indgår i styring. En seriøs diskussion af de analytiske implikationer af Luhmanns forskelslogik er højst påkrævet, men ligger uden for nærværende artikels formål. Jeg vil i stedet pege på et enkelt og for denne artikel relevant eksempel på mulige konsekvenser af denne logik. Andersen og Thygesen (2004: 19) anskuer benchmarking som en styringsteknologi, der gør det muligt for organisationer at iagttage sig selv som *forskellige* fra andre (succesfulde) organisationer med udgangspunkt i et ideal om at komme til at ligne disse (*blive ens*). Igen er jeg helt enig i, at benchmarking er med til at producere normative idealer (og forskelle herfra), som understøtter selvstyring, men jeg mener ikke, at det er korrekt at anskue benchmarking som et forsøg på at ensliggøre organisationer og deres aktiviteter (jf. nedenfor). Derudover finder jeg det ikke klart, hvordan vi på baggrund af denne binære forskelslogik kan belyse, hvordan benchmarking konkret bidrager til at producere disse normative idealer. I det følgende skitseres en tilgang, som efter min vurdering kan bidrage mere adækvat til besvarelsen af dette spørgsmål.

Magt, frihed og normalisering

Sidst i sit forfatterskab valgte den franske historiker og filosof Michel Foucault eksplicit at tematisere relationen mellem magt og frihed. Denne tematisering skete gennem introduktionen af begrebet *gouvernementalité* (Foucault, 1991). Begrebet peger dels på de aktiviteter, hvormed nogle søger at handle på andres handlinger (styring af andre), dels de aktiviteter, hvormed nogle handler på sig selv (selvstyring). Foucault begyndte nu at sætte lighedstegn mellem magt og de

aktiviteter, hvormed nogle søger at handle på andres handlinger. Ved at fremhæve det relationelle aspekt søgte han at pointere, at magt bedst kan forstås i sin udøvelse, og at denne udøvelse altid er baseret på en relation mellem to eller flere subjekter: Det er altså ikke A, der udøver "sin" magt over B mod dennes vilje, men den historisk kontingente relation mellem A og B, som muliggør, at A med større eller mindre succes kan søge at forme Bs handlerum.

Foucaults forståelse af magt forudsætter dels, at den, hvis handlen forsøges påvirket, har mulighed for at udøve modstand og eventuelt vende magtrelationen, dels at denne person/gruppe har mulighed for at handle på sig selv. Idet Foucault definerer *frihed* som alle de aktiviteter, hvormed selvet reflekterer over og handler på sig selv, står det klart, at magt rent definitorisk forudsætter frihed (Foucault, 1994).² Man kan her med god grund spørge til, hvilke subjekter eller "selver" Foucaults magt-frihedsanalytik kan indfange. Foucaults analyse af frihed, dvs. selvsubjektiverende praksisser, omfattede kun konkrete individer i antikken og ikke organisationer, som primært er genstandsfeltet for benchmarking. Kan en organisation anskues som et subjekt med evne til at have et forhold til sig selv, reflektere over sig selv og handle på sig selv? Jeg ser her to generelle svarmuligheder. Enten tyr vi til mere eller mindre universalistiske og/eller essentialistiske begrebsliggørelser af subjektet, såsom at kun et menneske kan være et subjekt, fordi det besidder visse (refleksive) egenskaber, som ingen andre gør. Eller også tyr vi til det nominalistiske svar: I det omfang benchmarking – eller andre styringspraksisser – tager for givet og afhænger af, at organisationer kan agere som et subjekt og dermed subjektive/styre sig selv, så kan vi anvende Foucaults magt-frihedsanalytik. Det turde være indlysende, at en Foucauldiansk tilgang kun kan subjektivere sig selv i overensstemmelse med den sidste strategi.

I denne optik eksisterer magtrelationer kun i kraft af konkrete praksisser og handlinger, som udfoldes igennem en række konkrete værktøjer, metoder og instrumenter. Jeg benytter samlebetegnelsen *styringsteknologi* for de teknikker (værktøjer, metoder og instrumenter) og de former for viden (for eksempel organisationsteori, evalueringer, personfiler osv.), som objektiverer og former det, som teknikkerne søger at styre (Dean, 1994: 187-188). Dette er en meget inklusiv begrebsliggørelse, som i princippet også omfatter love og regler. Denne artikel fokuserer imidlertid på benchmarking, der adskiller sig fra love og regler ved eksplicit at muliggøre organisationers evne til at styre sig selv. Mens love og regler i vores samfund siden 1800-tallet på den ene side har været baseret på princippet om den vidende og ansvarlige borger (manglende kendskab til loven er ikke en gyldig undskyldning for at køre over for rødt lys), så virker de på den anden side primært gennem forbud, påbud og rettigheder, som ikke direkte er rettet mod aktiveringen af individers og/eller organisationers selvstyring. Love og regler er således afhængige i vort samfund af, at der findes et bredt sæt af andre styringsteknologier, der mere eksplicit bidrager til at skabe det, som loven tager for givet, nemlig subjekter med kapacitet til at styre sig selv.

Normalisering er et centralt begreb i Foucaults analyser af moderne magt-former (for eksempel Foucault, 1979). Foucaults grundlæggende påstand er, at magtudøvelsen i moderne samfund ikke længere primært er karakteriseret ved

forbud og påbud (sanktioneret gennem statslig suverænitet), om end disse stadig spiller en væsentlig rolle. Moderne magtudøvelse er snarere karakteriseret ved diverse mere eller mindre stabile krystalliseringer af det normale, som produceres og forandres gennem normaliserende vidensformer og teknikker. Normalisering er et navn for den proces, hvor en gruppe (re-)producerer og benytter det normale som udgangspunkt for struktureringen af deres forhandlinger og overvejelser om, hvordan de skal handle. Det normale er ikke en statisk størrelse, men reproduceres og modificeres eventuelt gennem gruppens interaktioner. Gennem de medicinske, psykologiske, sociologiske, økonomiske og andre human- og socialvidenskabers fremvækst op gennem 1800-tallet etableredes en række vidensformer og teknikker, der gjorde det muligt at beregne det normale, for eksempel ved hjælp af Gauss' normalfordelingskalkulation. Således skabtes en række normal-indekser for levealder, vægt, IQ, seksualitet, kriminalitetsrater, økonomiske vækstrater osv. (Hacking, 1990: 160-169; Ewald, 1990).

En væsentlig pointe ved interventioner baseret på normaliserende vidensformer er, at de – i det mindste i Vesteuropa og Nordamerika – grundlæggende afhænger af befolkningens kapacitet til selv at handle (Rose, 1999: 75-78; Triantafillou, 2004). Selvom der findes mange tilfælde i vores samfund på, at krystalliseringer af det normale danner udgangspunkt for tvang, så baserer normalisering sig grundlæggende på, at individer og grupper vælger at subjektivere sig selv i relation til det normale, som dermed danner udgangspunkt for deres overvejelser over, hvorvidt de har et større eller mindre behov for at forandre sig selv. Det betyder selvsagt ikke, at disse refleksioner og valg foregår autonomt, dvs. i et rum uden magtrelationer. Tværtimod: De normaliserende teknikker søger netop at påvirke individers og gruppers handlinger i relation til skiftende måder at kalkulere og producere det normale. En anden væsentlig pointe er, at normalisering ikke er det samme som standardisering eller konvergens. Normalisering refererer således ikke, i hvert fald ikke nødvendigvis, til en ensretning af vores måder at tænke eller handle, men til de processer eller praksisser, hvor det normale tages som et givent udgangspunkt for den måde, vi forsøger at gøre et fænomen til genstand for refleksion, problematisering eller for konkrete interventioner.

Vi kan nu opsummere ovenstående begrebsapparat ved at se, hvordan det anskuer benchmarking. Mens Finansministeriet definerer benchmarking som en systematisk måling og sammenligning af individers og organisationers aktiviteter med henblik på at fremme effektiviteten og/eller kvaliteten af disse (Finansministeriet, 2000: 9), kan vi med udgangspunkt i ovenfor skitserede begrebsapparat forstå benchmarking som en normaliserende styringsteknologi, der virker gennem synliggørelse og sammenligning af det objekt og/eller subjekt, som søges reguleret. Det er en mekanisme, der søger at aktivere individer og organisationer, dvs. at gøre disse til handlende subjekter med et ansvar for at styre et område eller et sæt af aktiviteter. Det normaliserende ligger i, at benchmarking er afhængig af produktionen af en specifik form for viden, der genereres gennem sammenlignende undersøgelser, hvis effekt er at producere, opdatere og eventuelt modificere det normale. Når eksempelvis to eller flere hospitalsafdelinger sammenligner deres produktivitet, så kræver sammenligningen en fælles måle-

stok og en fælles kalkulationsprocedure. Det er i denne proces, at det normale produceres. Følgelig kan vi anskue benchmarking som en styringsteknologi, der gennem produktion af normaliserende viden om det som søges styret, søger at fremme selvstyring.

Benchmarking af sygehusenes produktivitet

Sundheds- og omsorgspolitikken i almindelighed og sygehusvæsenet i særdeleshed har de seneste ti år været genstand for en ganske omfattende benchmarking-aktivitet, der således synes at være blevet en integreret del af sundhedspolitikken (Triantafillou et al., 2005). Senest – juni 2004 – har Sundhedsstyrelsen lanceret det Nationale Indikatorprojekt på Internettet (Amtsrådsforeningen, 2004; www.sundhed.dk/wps/portal), som søger at skabe en gennemgribende transparens omkring hver enkelt sygehus(-afdelings) kvalitet for derved dels at give den enkelte borger mulighed for at vurdere, hvor man kan få den bedste behandling, dels at give sygehusene et incitament til at forbedre behandlingen.

I dette afsnit fokuseres på, hvordan sygehusenes produktivitet er blevet gjort til genstand for benchmarking som led i den politiske styring af sygehusenes aktiviteter.³ Den måske første sammenlignende analyse af sygehusenes produktivitet blev offentliggjort i 1987 (Bogetoft et al., 1987). Analysen, som blev gennemført af forskere ved det daværende Odense Universitet, belyste produktivitetsforskelle mellem 96 danske somatiske sygehuse. Det var dog først i løbet af 1990'erne, man så bestræbelser på at gennemføre mere systematiske sammenlignende analyser af sygehusenes produktivitet. I 1993 foretog Sundhedsministeriet benchmarking (DRG-analyser) af danske sygehuses relative effektivitet, som viste, at produktiviteten generelt er større på små sygehuse end på store (Sundhedsministeriet, 1996). Anvendeligheden af resultaterne i denne rapport blev dog mødt af en stærk kritik af DIS, Dansk Institut for Sundhedsvæsen,⁴ og rapporten synes at have haft meget begrænsede organisatoriske konsekvenser.

Et par år senere foretog Finansministeriet en mere anvendelig benchmarking-analyse af sygehusenes effektivitet, idet den ikke blot indeholdt en kvantitativ undersøgelse af forholdet mellem ressourceforbrug og ”produktion” af sundhed, men også en kvalitativ undersøgelse (interview) med de syv mest effektive sygehuse (Finansministeriet, 1998: kap. 3). Formålet med den kvalitative undersøgelse var at præcisere de organisatoriske og ledelsesmæssige betingelser for at opnå høj effektivitet, herunder organisationsstruktur, personale og ledelse, arbejds tilrettælgelse, medicinsk teknologi og økonomistyring. Under disse brede overskrifter formulerede Finansministeriet en række tiltag, der søgte at fremme tilvejebringelsen af disse betingelser på sygehusene (Finansministeriet, 1998). Det følgende år offentliggjorde Sundhedsministeriet en ny benchmarking-analyse af sygehusenes effektivitet (Sundhedsministeriet, 1999a). Analysen omfattede dels en international benchmarking af sygehussektoren, dels en undersøgelse af sygehusstrukturen i Danmark med fokus på sygehusenes patientunderlag inden for de enkelte specialer og for de døgndækkende vagtberedskaber. Undersøgelsen forsøgte dog ikke at analysere aktiviteterne på afdelingsniveau og var

derfor ikke særlig anvendelig for ledelsen på sygehusene (og i disse afdelinger) i bestræbelserne på at forbedre produktiviteten.

I 2000 gennemførte EvalueringsCenter for Sygehuse, som etableredes i 1999, tre større benchmarking-analyser af: klinisk og organisatorisk kvalitet på ti øjenafdelinger, ortopædkirurgiske afdelingers effektivitet og kvalitet og kvaliteten af brystkræftbehandling på danske sygehuse (EvalueringsCenter for Sygehuse, 2000a, 2000b, 2000c). Analyserne fokuserede på de processer og betingelser, der ligger til grund for variationer i afdelingernes output, og som følge heraf var disse analyser også mere konkrete end tidligere analyser i deres handlingssanvisninger.

Endelig har Sundhedsstyrelsens DRG-enhed gennem de senere år intensivt arbejdet med at skabe et adækvat datagrundlag for en systematisk sammenligning af sygehusenes omkostninger ved behandling af forskellige patientgrupper (Sundhedsstyrelsen, 2001). Den grundlæggende fordel ved DRG-systemet er, at det tager udgangspunkt i forskellige patientgrupper og dermed indfanger forskelle i de omkostningsniveauer, som behandlingen af disse grupper er forbundet med. Imidlertid gennemfører Sundhedsstyrelsen endnu ikke systematiske sammenlignende produktivetsanalyser af sygehusene, fordi datagrundlaget endnu ikke anses for tilstrækkeligt udviklet (Rigsrevisionen, 2005: pkt. 12; telefoninterview med Anette Søberg Roed). Mens de hidtidige forbedringer i datagrundlaget i et vist omfang muliggør sammenlignende produktivetsanalyser af den ambulante aktivitet (for eksempel Olesen et al., 2002; Olesen, 2004), så vil der endnu gå et stykke tid, før gennemførelsen af mere adækvate produktivetsanalyser på afdelingsniveau bliver mulige.

Dette betyder dog ikke, at bestræbelserne på at benchmarke sygehusene er suspenderet. Tværtimod har flere sygehuse i de senere år taget initiativ til at gennemføre sammenlignende produktivetsundersøgelser. Der foreligger, så vidt jeg ved, ikke noget overblik over disse aktiviteter, men en hurtig søgning på sygehusenes hjemmesider viser, at det ikke er noget helt sjældent fænomen. Jeg vil her kun give et enkelt eksempel fra Sygehus Fyn, som illustrerer, hvordan (selv-)styring i amtet og på sygehusene foregår på trods af fraværet af en direkte central (statslig) styring. Sygehusudvalget i Fyns Amt besluttede i august 2003 at iværksætte en analyse af det fynske sygehusvæsens omkostningseffektivitet på baggrund af nogle tidligere analyser fra DSI og Sundhedsstyrelsen (<http://bilag.fyns-amt.dk/sy03/SUS/sus4novpaabil1.pdf>), der indikerede, at omkostningsniveauet i det fynske sygehusvæsen var væsentligt (8 pct.) højere end landsgennemsnittet (<http://www.fyns-amt.dk/wm139704&catid=253&type=referat&bilagsid=86>). Den nye analyse viste, at de fynske medicinske og ortopædkirurgiske afdelinger havde en lavere produktivitet end de tilsvarende afdelinger i Århus Amt, mens der ikke var nogen forskelle for de organkirurgiske afdelinger. På denne baggrund besluttede Sundhedsudvalget i Fyns Amt i januar 2004, at Sygehus Fyn udviklede en handlingsplan med henblik på at få bragt produktiviteten på de fynske sygehuse op på landsgennemsnittet. Ledelsen på Sygehus Fyn gennemførte i de følgende måneder en række tiltag for at forbedre produktiviteten (<http://www.sygehusfyn.dk/wm126200,149047>). Disse ændringer førte dog ikke

til de ønskede resultater, idet en ny undersøgelse iværksat af Amtsrådet i Fyns Amt i foråret 2005 vurderede, at Sygehus Fyn havde et produktivitetsefterslæb på omkring 6 pct. (Fyns Amt, 2005). Undersøgelsen, som indebar en sammenligning mellem Sygehus Fyn og Randers Centralsygehus, førte til nye overvejelser om organisatoriske og ledelsesmæssige ændringer på sygehuset ("Sygehus Fyn foran ny hestekur", *Fyns Stiftstidende*, 04.05.2005). Senest har Sygehusudvalget i Fyns Amt på et møde 17.05.2005 peget på behovet for, at Sygehus Fyns ledelse selv reducerer ressourceforbruget på en række områder, hvor der "er markante forskelle mellem Randers Centralsygehus og Sygehus Fyn" (<http://www.fynsamt.dk>).

Dette eksempel tillader i sig selv naturligvis ikke mere generaliserende konklusioner, men det illustrerer alligevel, at benchmarking ikke udelukkende er noget, der gennemføres på initiativ af staten og presses ned over hovedet på amterne/sygehusene/afdelingerne. Mens der tydeligvis gøres store bestræbelser fra statsligt hold (især Sundhedsstyrelsen) for at skabe de videnskabelige og tekniske betingelser for gennemførelsen af systematiske og adækvate sammenlignende analyser, så står de ikke alene i dette arbejde, idet sygehusene – ofte i samarbejde med hinanden – selv tager initiativ til at gennemføre sammenlignende analyser. Dernæst antyder eksemplet, at når sammenligningen først er foretaget, sættes der en nærmest automatisk mekanisme i gang: Sammenligningen bidrager til, at de organisationer, som er objekt for sammenligningen, begynder at handle. De bliver til subjekter, der selv iværksætter mere præcise handlingsrettede undersøgelser og på baggrund heraf i mange tilfælde selv iværksætter konkrete organisatoriske og proceduremæssige forandringer. Når de nye undersøgelser viser, at de iværksatte ændringer ikke resulterede i de ønskede mål, giver dette anledning til en ny serie organisatoriske tiltag og sammenlignende undersøgelser.

Et andet eksempel fra Viborg Amt illustrerer, at benchmarking-analyser kan have effekter, selvom de ikke medfører organisatoriske eller proceduremæssige ændringer. I forbindelse med EvalueringsCenter for Sygehuses benchmarking af danske øjenafdelinger i 2000 (se ovenfor) bemærkede Sundhedsudvalget i Viborg Amt, at produktiviteten ved øjenafdelingen på Nykøbing-Thisted Sygehus var lav. Udvalget anmodede følgelig sygehuset om: "At overveje, hvilke initiativer man vil tage på baggrund af rapporten, herunder mulighed for en reduktion i plejeindsatsen til et niveau svarende til de øvrige afdelinger i evalueringen" (Viborg Amt, 2000). Sygehuset oplyste, at det overvejede at etablere en patient-hotelfunktion (Viborg Amt, 2000), men der blev ikke foretaget nogen markante organisatoriske ændringer på øjenafdelingen, idet ledelsen her efter at have vurderet undersøgelsens opfølgelsesmetoder og resultater bestred, at disse påviste, at afdelingen havde en lavere produktivitet (telefoninterview med Jørgen Vigstrup). Det interessante ved eksemplet er, at selvom benchmarking-undersøgelsen ikke førte til organisatoriske eller proceduremæssige forandringer, så var øjenafdelingen nødt til at forholde sig til undersøgelsens grundlag simpelthen for at kritisere dette. Gennem denne kritik blev afdelingen tvunget til at anskue sine aktiviteter med udgangspunkt i de mål og normer, som benchmarking-undersø-

gelsen opererede med. I det omfang disse mål og normer ikke blev anset for acceptable, måtte afdelingen opdatere eller modificere disse med henblik på at fremstille en ”mere korrekt” vurdering af produktiviteten af afdelingens aktiviteter. Benchmarking-undersøgelsen havde således normaliserende effekter, på trods af at den ikke medførte organisatoriske eller proceduremæssige forandringer.

Benchmarking af brugertilfredshed med sygehusene

De danske sygehuse begyndte at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser tilbage i midten af 1980’erne (for eksempel Dansk Markedsanalyse, 1986), og i løbet af 1990’erne gennemførte flere af landets amter mere regelmæssige og systematiske undersøgelser af brugernes tilfredshed med sygehusene (Københavns Sundhedsvæsen, 1994; Ringkjøbing Amt, 1994; Fyns Amt, 1999).

Det var imidlertid først i 2000, at der påbegyndtes en systematisk sammenlignende undersøgelse af patienttilfredsheden på landets sygehuse. På initiativ af Amdsrådsforeningen stiftedes dette år Enheden for Brugerundersøgelser med det formål at foretage regelmæssige sammenlignende undersøgelser af udviklingen i patienternes tilfredshed med sygehusenes ydelser. Formålet med undersøgelserne var dels at etablere et bedre grundlag for patientens mulighed for at sammenligne kvalitet og service på tværs af sygehuse og amter, dels at skabe mulighed for at vurdere, hvorvidt amterne lever op til en række af de målsætninger, der indgår i økonomiaftalen (Enheden for Brugerundersøgelser, 2001: 10). I 2004 gennemførte Enheden for Brugerundersøgelser en spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 sygehuspatienter om deres oplevelser i forbindelse med indlæggelse.

”Det er målet, at amterne/H:S og sygehusledelserne vil bruge resultaterne af LUP [Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser] til at iværksætte tiltag, som skal fastholde eller forbedre kvaliteten på sygehusene. Dette kan eksempelvis ske ved, at amterne/H:S eller sygehusene gennemfører nogle mere detaljerede undersøgelser inden for de temaer, hvor det pågældende sygehus opnår dårlige resultater i forhold til andre sygehuse” (Enheden for Brugerundersøgelser, 2005a: 57).

På baggrund af de landsdækkende sammenlignende undersøgelser har flere sygehuse selv iværksat mere specifikke undersøgelser af kvalitet og brugertilfredshed. H:S, Københavns, Roskilde, Vejle og Nordjyllands amter har således rekvireret undersøgelser af brugernes tilfredshed med de enkelte afdelinger på sygehusene i deres amter (<http://www.efb.kbhamt.dk/index.asp?id=236&sub1=213>, 20. maj 2005). Formålet var at fremme kvalitetsforbedringer ved at måle forandringer i brugertilfredshed over tid. Derudover har Roskilde Amt, Storstrøms Amt, Sønderjyllands Amt, Vejle Amt og Vestsjællands Amt gennemført en tvær-amtslig sammenlignende undersøgelse (Enheden for Brugerundersøgelser, 2005b). Formålet med denne undersøgelse var at tegne et overbliksbillede af forskelle i patienters oplevelser på afdelingsniveau inden for specialer på sygehusene i de fem amter. De konstaterede forskelle skulle derpå danne grundlag for, at de enkelte afdelinger på sygehusene selv kan tage initiativ til forbedringer.

Der findes ikke nogle systematiske opgørelser over, hvilke organisatoriske og proceduremæssige forandringer brugerundersøgelserne har afstedkommet ude i de enkelte afdelinger på sygehusene. En rundspørge foretaget i 2001 af Enheden for Brugerundersøgelser viste, at samtlige amter havde gennemført tiltag for at forbedre patienttilfredsheden på baggrund af den landsdækkende patienttilfredsundersøgelse (Freil, 2001). Mens undersøgelsen ikke giver belæg for at påvise mere præcise institutionelle forandringer som følge af brugerundersøgelserne, så er der ifølge afdelingsleder ved Enheden for Brugerundersøgelser Morten Freil gennem de seneste fem år sket betydelige ændringer i flere af sygehusenes organisatoriske design og arbejdsprocedurer med henblik på at fremme patienttilfredsheden (telefoninterview Morten Freil). Imidlertid bør det understreges, at der er tale om en noget ujævn indsats, hvor nogle hospitaler (afdelinger) har foretaget ganske omfattende initiativer, mens andre kun har foretaget meget begrænsede tiltag. På trods af manglende systematisk opgørelse er det dog klart, at sygehusene faktisk har iværksat en række forskelligartede initiativer med henblik på at forbedre patienttilfredsheden (Enheden for Brugerundersøgelser, 2003). Flere af disse tiltag var dog i et vist omfang påbegyndt allerede et par år før den første landsdækkende patienttilfredsundersøgelse i 2000 og de efterfølgende mere detaljerede undersøgelser på de enkelte sygehuse (telefoninterview med Stig Hvidtfelt; Enheden for Brugerundersøgelser, 2003: 16). Det er således klart, at organisatoriske og proceduremæssige tiltag til at forbedre kvalitet og brugertilfredshed ikke er noget, som blev ”opfundet” i forbindelse med de landsdækkende, sammenlignende brugerundersøgelser.

Imidlertid findes der dog også eksempler på, at de landsdækkende brugerundersøgelser har haft direkte konsekvenser for tiltagene på de enkelte hospitaler. Efter at have konstateret, at Gentofte Amtssygehus på flere punkter ”scorer lavt i undersøgelsen [den landsdækkende brugerundersøgelse 2004] – utilfredsstillende lavt”, iværksatte sygehusets ledelse i efteråret 2004 en ny og mere detaljeret undersøgelse, der skulle belyse årsagerne til de dårlige resultater (Gentofte Amtssygehuse, 2005). Gennem samtaler med tidligere patienter søgte man at skabe et klarere billede af, hvilke problemer der optrådte på de forskellige afdelinger eller: ”.. se hvilke afdelinger, der scorer højt, og hvilke, der kan lære noget af andre afdelinger” (Gentofte Amtssygehuse, 2005). På denne baggrund aftalte den centrale sygehusledelse dernæst med ledelsen i hver enkelt afdeling, hvilke konkrete tiltag der skulle foretages. De væsentligste tiltag omfattede:

- En fast kontaktperson (læge og sygeplejerske) tilknyttet hver patient gennem hele forløbet
- Handlingsorienteret arbejde med patientforløb
- Yderligere forbedring af information og kommunikation til og med patienterne og pårørende
- Sikre at samtlige indlagte patienter får en afsluttende samtale før udskrivelse (Gentofte Amtssygehuse, 2005).

Det var ledelsens erklærede hensigt, at disse tiltag skulle føre til så markante og hurtige forbedringer i brugertilfredsheden på hver enkelt afdeling, således at Gentofte Amtssygehus ville markere sig bedre i den kommende amtslige tilfredshedsundersøgelse, der gennemføres i efteråret 2005 (Gentofte Amtssygehuse, 2005). Selvom ovennævnte tiltag ikke udelukkende kan tilskrives de sammenlignende (landsdækkende og amtslige) patienttilfredshedsundersøgelser, men også må ses på baggrund af det akkrediteringsarbejde, der foregår på alle landets sygehuse, så kan der næppe være tvivl om, at de sammenlignende tilfredshedsundersøgelser, i hvert fald i dette tilfælde, spillede en ganske afgørende rolle for de tiltag, der foregår helt ned i den enkelte sygehusafdeling.

Liberala styringsproblematikker og sundhedspolitik

Efter at have fokuseret på nogle udvalgte eksempler på brugen af benchmarking i nutidens danske sygehusvæsen vil jeg søge at placere disse i en lidt bredere historisk og sundhedspolitisk sammenhæng. Min grundlæggende tese, som jeg ikke kan argumentere fyldestgørende for her, er, at benchmarking er stærkt informeret af en historisk særegen styringsproblematik, avanceret liberalisme, der har informeret mange, men ikke alle reformtiltag i den offentlige sektor gennem de seneste par årtier. Med henblik på at tydeliggøre det særegne ved en avanceret liberale styringsproblematik skitserer jeg først ganske kort to andre styringsproblematikker, som har informeret sundhedspolitikken i Danmark – og de fleste andre vesteuropæiske samfund – de seneste 200 år, nemlig liberalisme og social-liberalisme (se Triantafillou og Frandsen, 2006). Det skal understreges, at der er tale om karikerede idealtyper, og at de tre styringsproblematikker i praksis har spillet sammen med hinanden og med andre måder at problematisere sundhedspolitikken.

Liberalisme anskues her hverken som en partiideologi eller en politisk-filosofisk doktrin, men i stedet som en særegen problematisering af styring. Essensen i denne problematik er faren ved overdreven (statslig) styring (Gordon, 1991: 14-23). Civilsamfundet, der af den liberale styringstænkning ses som en naturlig og delvis autonom sfære, bør i videst mulig omfang overlades til sine egne selvregulerende kræfter. For den tidlige liberalisme, som den kom til udtryk i især Storbritannien fra starten af 1800-tallet, gjaldt det på den ene side om at sætte grænser for statens interventioner, og på den anden side om at sikre, at individer, grupper og organisationer var frie til at handle på den rette måde. Det betyder ikke, at staten bør være indifferent i forhold til befolkningens velfærd. Men i forhold til sundhedspolitikken indebærer det, at denne bør foregå på en vis distance og tilvejebringe et rum for udfoldelsen af individers og gruppers evne til at tage vare på sig selv og deres helbred. Liberal sundhedspolitik søger følgelig at fremme vores sundhed ikke ved at bestemme, hvordan vi skal handle, men som et bevidst ”biprodukt” af diverse politiske interventioner (Osborne, 1997: 182). Det indebærer typisk en fokusering på at tilvejebringe en infrastruktur og et miljø, der kan fremme sundhed, for eksempel ved at sikre adgang til rent drikkevand, etablering af kloakering, affaldsbehandling og en offentlig reguleret (men ikke nødvendigvis offentlig drevet) lægestand (Osborne, 1997: 182).

Informeret af en række nye forståelser af det sociale, som er inspireret blandt andet af Durkheims teori om solidaritet og det sociale, fremkommer der fra slutningen af 1800-tallet en række innovationer og opgør om end ikke egentlige brud med den liberalt baserede sundhedspolitik. Denne nye social-liberale styringsproblematik informerer den ekspansion af sociale forsikringsteknikker og institutioner, der tilsammen søger at etablere et socialt sikkerhedsregime (Donzelot, 1988). Det drejer sig om ulykkesforsikring, sygesikring, arbejdsløshedsunderstøttelse og kollektive pensionsordninger. Der er naturligvis betydelige variationer i udformningen af disse sikkerhedsordninger: Nogle er frivillige, andre tvungne; nogle er private, andre offentlige. De har dog det til fælles, at de alle er kollektive og søger at socialisere risici, der ses som immanente i det fremspirende kapitalistiske samfund. Det er således karakteristisk, at disse teknologier baserer sig på en forsikringsteknik, hvor man ved ulykke eller sygdom kompenseres for manglende eller tabt økonomisk indtjeningssevne på baggrund af en administrativt fastlagt kalkule for compensation, og ikke på baggrund af et juridisk spørgsmål om individuel skyld. På trods af disse særegenheder fokuserer social-liberal sundhedspolitik, ligesom den liberale, på delegering af magt til kurerende medicinske autoriteter og i mindre grad på proaktive, præventive tiltag såsom eugeniske tiltag.⁵

I den sidste tredjedel af det 20. århundrede ses fremvæksten af en sundhedspolitik, der er informeret af en ny styringsproblematik, nemlig hvad man kan kalde avanceret liberalisme. Denne starter med det samme problem som liberalismen: Hvordan undgå overdreven statslig styring og dermed en nedbrydning af (civil)samfundets selvregulerende kræfter, samtidig med at vi sikrer befolkningens sundhed? Svaret er dog anderledes, idet det baserer sig på en styringsmæssig aktivisme og konstruktivisme (Burchell, 1996: 27-30). Mens den liberale styringsproblematik så det som sin opgave at sikre civilsamfundets (herunder markedets) naturlige selvregulerende kræfter gennem diverse former for indirekte styring, så ser den avancerede liberale styringsproblematik det som sin opgave aktivt at muliggøre såvel private som offentlige individers og organisationers entreprenør-kapacitet (Burchell, 1996: 29).

Den avanceret liberale sundhedspolitik kan ideal-typisk karakteriseres ved, i modsætning til liberale styring, at konstruere de rette betingelser for en effektiv sundhedspolitik på en langt mere direkte facon (Osborne, 1997: 185). På den ene side indebærer denne form for styring – typisk under overskriften livsstilsændringer – en øget ansvarliggørelse af individet for dennes egen sundhed gennem en lang række styringstiltag rettet mod hjemmet, arbejdspladsen, skolen, foreninger, kvarterscentre, som bliver inddraget og aktiveret i forsøget på at gøre individer og grupper bedre i stand at vælge en sundere livsstil (Triantafillou og Frandsen, 2006). Det er værd at bemærke, at den avancerede liberale sundhedspolitik øgede vægt på forebyggelse hverken indebærer, at kurerende tilgange forlades, eller at statslige interventioner i større grad baserer sig på interventioner, der kortslutter individers selvstyring.⁶ På den anden side har den avancerede liberale styringsproblematik informeret konstruktionen af en række ”surrogat”-variable, der står i stedet for ellers abstrakte ideer om sundhed. Det drejer sig især om mål vedrørende finansiering, økonomisk effektivitet, medicinering, rekonvalescens-

rater, antal operationer per læge og ventelistetider, der fungerer som normative rammer for aktiv selvstyring (Osborne, 1997: 185). Benchmarking kan ses som én blandt mange styringsteknologier, der bidrager til skabelsen af disse surrogatvariable, der indgår i en form for styring rettet mod den række af sundhedspolitiske frontinstitutioner (den praktiserende læge, sundhedsplejersken, sygehuse, apotekerne osv.), der mere direkte søger at bidrage til borgernes sundhed. I det omfang benchmarking søger at stimulere diverse offentlige institutioner, herunder sygehuse, til selv at tage initiativ til at fremme effektiviteten og kvaliteten af deres ydelser, mener jeg, at denne kan forstås som en styringsteknologi, der grundlæggende er informeret af en avanceret liberal styringsproblematik.

Konklusion

Ovenfor har jeg præsenteret nogle begrebslige og analytiske overvejelser over brugen af benchmarking i den offentlige sektor. Jeg argumenterede grundlæggende for, at benchmarking kan opfattes som en styringsteknologi, der søger at styre offentlige organisationers handlen ved at stimulere disse til selv at tage initiativ til at forbedre deres ydelser og aktiviteter. Derudover er det karakteristisk at benchmarking søger at muliggøre selvstyring gennem normaliserende sammenligning, idet den viden, som genereres gennem de sammenlignende undersøgelser, bidrager til at producere det normale som udgangspunkt for diskussioner, refleksioner, modstand og i visse tilfælde organisatoriske og proceduremæssige ændringer.

Med udgangspunkt i nogle eksempler fra styringen af danske sygehuse har jeg forsøgt at vise, at de sammenlignende undersøgelser bidrager til at sygehuse/sygehusafdelingerne, som er objektet for sammenligningen, begynder at handle. Gennem sammenligningen tilskyndes de til at agere som subjekter, der selv iværksætter mere præcise handlingsrettede undersøgelser og på baggrund heraf iværksætter konkrete organisatoriske og proceduremæssige forandringer. Når de nye undersøgelser viser, at de iværksatte ændringer ikke resulterede i de ønskede mål, skaber dette en tilskyndelse til en ny serie af organisatoriske tiltag og sammenlignende undersøgelser. Pointen er, at denne cyklus i princippet er uendelig. For selvom det skulle lykkes sygehuset at forbedre sig, således at produktiviteten eller tilfredsheden med dens ydelser overstiger landsgennemsnittet, eller hvad der nu og her fremstilles som det normale, så forhindrer dette jo ikke, at man bliver endnu bedre. Det er en pointe, som især Finansministeriet ynder at understrege. I den forbindelse er det nok banalt, men alligevel ikke uvæsentligt at konstatere, at man næppe finder eksempler på sygehuse, der reducerer produktivetsniveauet ud fra den begrundelse, at man ligger over niveauet for dem, man sammenligner sig med.

Mens jeg i denne artikel har forsøgt at kaste et kritisk blik på benchmarking, så vil jeg understrege, at jeg ikke ser nogen grund til at dæmonisere denne styringsteknologi. Jeg mener således, at det er helt legitimt at forsøge at forbedre effektiviteten og/eller kvaliteten af forskellige politikker, ikke mindst sundhedspolitikken. Det skyldes, at sundhed efter min mening ikke kan defineres absolut. Mens der således er mange mere eller mindre konsistente bud på, hvornår et menneske er

sygt, så er der mig bekendt endnu ingen som har opstillet nogle absolutte mål for, hvornår et menneske er sundt og raskt. Vi kan i princippet altid være mere rørige, mere aktive, mere virile osv., og derfor er behovet for sundhedsfremmende tiltag i princippet uendeligt.

I det hele taget er det svært at være imod benchmarking som princip, hvilket i sig selv er grund nok til at analysere og problematisere denne styringsteknologis effekter. Og her er det ikke nok at forlange teknisk set mere ”korrekte”, repræsentative eller relevante benchmarking-analyser. Selvom sådanne krav naturligvis er rimelige og bør tages seriøst af enhver, som praktiserer og benytter sig af benchmarking som grundlag for politiske anbefalinger eller interventioner, så er de i sig selv utilstrækkelige. Vi som forskere må vælge, hvordan vi forholder os til dette politiske og normaliserende spil. I første instans: Vil vi overhovedet acceptere de normative præmisser, som benchmarking-analyserne tager for givne, eller vil vi snarere søge at problematisere disse præmisser med henblik på at belyse, hvilke praksisser og styringstiltag de informerer? I anden instans: Hvis evalueringspraksissernes normative præmisser accepteres som udgangspunkt for vores analyse, vil vi da træde ind på de nationale myndigheders side og søge at identificere de (nødvendige og/eller tilstrækkelige) betingelser for den statslige metastyring af et felt, eller vil vi snarere søge at identificere de muligheder, der ligger hos lokale myndigheder og eventuelt andre lokale aktører for at gøre modstand mod den statslige metastyring? Der findes ingen givne svar på disse spørgsmål. Det er ganske simpelt et moralsk valg, som den enkelte forsker må træffe.

Noter

1. Den repressive magtforståelse genfindes i to andre af magtens ansigter: agenda-kontrol (Bachrach og Baratz, 1962) og interesse-manipulation (Lukes, 1974).
2. Her ligger Foucaults begrebsliggørelse af forholdet mellem styring og selvstyring tæt på Luhmanns.
3. Følgende dataindsamlingsstrategi er benyttet i de to empiriske analyseafsnit: 1) Dagbladsdatabasen Infomedia (1985-2005); 2) interview med nøgleinformanter i Sundhedsstyrelsen og sygehusene; 3) www.google.com; 4) hjemmesider hos: Finans- og Sundhedsministeriets, Sundhedsstyrelsens (CEMTV, DRG), Amtsrådsforeningens, Enheden for Brugerundersøgelser Københavns Amt samt enkelte sygehuses hjemmesider (Sygehus Fyn, Gentofte, Frederiksberg, Rigshospitalet); 5) Det Kongelige Biblioteks database REX.
4. DSI, Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 med det formål at forbedre grundlaget for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende sundhedsmyndigheder.
5. I modsætning til Osborne (1997: 184) betragter jeg ikke statslige tiltag rettet direkte mod befolkningens sundhed (såsom tvangssterilisering) som en socialiseret (social-liberal) styring, men snarere som *autoritær* styring, der kortslutter individers og grupperes evne til selv at tage vare på deres sundhed.
6. I den aktuelle debat om de genteknologiske muligheder for forebyggelse og eventuelt helt udryddelse af diverse genetisk betingede folkesygdomme er det karakteristisk, at det i mindre grad er staten og i højere den enkelte borger, der gøres ansvarlig for at vælge, hvorvidt og hvordan sidstnævntes helbred forvaltes i relation til gældende normer om sundhed og sygdom.

Litteratur

- Amtsrådsforeningen (2004). "Tjek dit sygehus på nettet", artikel 30.06. på www.arf.dk.
- Andersen, Niels Åkerstrøm og Niels Thyge Thygesen (2004). "Styringsteknologier i den selvudsatte organisation", *GRUS*, nr. 73, pp. 8-29.
- Arbejds- og Administrationsdepartementet (2000). *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurrence?* Norges Offentlige Utredninger, 2000:19. Oslo.
- Bachrach, Peter og Morton Baratz (1962). "The two faces of power", 56. årgang, nr. 4, pp. 947-952.
- Bogetoft, Peter, Ole Bent Olesen og Niels Christian Petersen (1987). "Produktivitetsevaluering af 96 danske sygehuse: En præsentation af DEA-metoden og et eksempel på dens anvendelse", *Ledelse og Erhvervsøkonomi*, 51. årgang, nr. 2, pp. 67-81.
- Burchell, G. (1996). "Liberal government and techniques of the self", pp. 19-36 in A. Barry, T. Osborne and N. Rose (eds.), *Foucault and Political Reason*, London: UCL Press.
- Christiansen, P.M. (1999). "Eksempelland: en hul kærlighedserklæring til Danmark, *Information*, 04.08.
- Dahl, Robert (1961). *Who Governs?*, New Haven: Yale University Press.
- Dansk Markedsanalyse (1986). *Patienters vurdering af service på sygehusene*, Sygehusvæsenet, Århus Amtskommune.
- Dean, Mitchell (1994). *Critical and Effective Histories*, London: Routledge.
- Donzelot, Jacques (1988). "The promotion of the social", *Economy and Society*, Vol. 17, No. 3, pp. 395-427.
- Dorsch, Jeffrey and Mahmoud Yasin (1998). "A framework for benchmarking in the public sector", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 11, No. 2/3, pp. 91-115.
- Enheden for Brugerundersøgelser (2001). *Patienters vurdering af landets sygehuse 2000*, København: Enheden for Brugerundersøgelser.
- Enheden for Brugerundersøgelser (2003). *Historier bag tallene. Patienttilfredshedsundersøgelsen 2002*, København: Enheden for Brugerundersøgelser.
- Enheden for Brugerundersøgelser (2005a). *Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004*, København: Enheden for Brugerundersøgelser.
- Enheden for Brugerundersøgelser (2005b). *Patienters oplevelser på sygehusafdelinger i fem amter*, København: Enheden for Brugerundersøgelser.
- EvalueringsCenter for Sygehuse (2000a). *Evaluering af 10 danske øjenafdelinger*, København: Evalueringscenter for Sygehuse.
- EvalueringsCenter for Sygehuse (2000b). *Benchmarking af ortopædkirurgiske afdelinger i 4 amter*, København: Evalueringscenter for Sygehuse.
- EvalueringsCenter for Sygehuse (2000c). *Brystkræftbehandling på danske sygehuse*, København: Evalueringscenter for Sygehuse.
- Ewald, Francois. (1990). "Norms, Discipline, and the Law", *Representations*, Vol. 30, pp. 138-161.
- Finansministeriet (1998). *Budgetredegørelse 98*, København: Finansministeriet.
- Finansministeriet (2000). *Benchmarking i den offentlige sektor*, København: Finansministeriet.
- Foucault, Michel (1979). *Discipline and Punish*, New York: Vintage.
- Foucault, Michel (1991). "Governmentality", pp. 87-104 in G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, London: Harvester Wheatsheaf.
- Foucault, Michel (1994). "The ethic of care of the self as a practice of freedom", pp. 1-20 in J. Bernauer and D. Rasmussen (eds.), *The final Foucault*, Cambridge, MA and London: The MIT Press.
- Freil, Morten (2001). "Rundspørge blandt amterne om iværksatte og planlagte initiativer som opfølgning på Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse 2000", publiceret arbejdsnotat.

- Fyns Amt (1999). Rapport om patienttilfredshed på de fynske sygehuse, Odense: Fyns Amt.
- Fyns Amt (2005). *Analyse af Sygehus Fyns produktions- og omkostningsstruktur*, Odense: Sundhedssekretariatet, Fyns Amt.
- Gentofte Amtssygehus (2005). http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1920?_ARTIKEL_ID_=1020050303111739&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1020031208104440, 20. maj 2005.
- Gordon, C. (1991). "Governmental Rationality: An Introduction", pp. 1-52 in G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds.), *The Foucault Effect*, London: Harvester Wheatsheaf.
- Greve, Carsten (2003). *Offentlig ledelse. Teorier og temaer i et politologisk perspektiv*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Hacking, Ian (1990). *The taming of chance*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Kickert, Walter J.M., Erik-Hans Klijn and Joop F.M. Koppenjan (eds.) (1997). *Managing complex networks. Strategies for the public sector*, London: Sage.
- Københavns Sundhedsvæsen (1994). *Brugerundersøgelser på hospitalsafdelinger – en vejledning*.
- Luhmann, Niklas (1997). "Limits of Steering", *Theory, Culture & Society*, Vol. 14, No. 1, pp. 41-57.
- Lukes, Steven (1974). *Power: A Radical View*, London: MacMillan.
- Olesen, Ole Bent (2004). *Anvendelse af Data Envelopment Analysis til produktivitevaluering af danske sygehuse for perioden 2000-2002*. 45 pp. Rapport. (<http://www.sdu.dk/Adm/Nyheder/Andre/DEA-rapport/>, 2804.).
- Olesen, Ole Bent, Anni Ankjær-Jensen og Anders Rud Svenning (2002). "DRG til produktivitebsanalyser på afdelingsniveau – anvendelse af DEA", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 9. årgang, pp. 329-335.
- Osborne, Thomas. (1997). "Of health and statecraft", pp. 173-188 in A. Petersen and R. Bunton (eds.), *Foucault, Health and Medicine*, London: Routledge.
- Rhodes, Rod (1997). *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Buckingham: Open University Press.
- Rigsrevisionen (2004). *Notat til statsrevisorerne om den fortsatte udvikling i sagerne om H:S økonomi og aktiviteter 1995-1998 (beretning nr. 4/99) og H:S styring (beretning nr. 10/99)*. RN A201/04, København: Rigsrevisionen.
- Ringkjøbing Amt. (1994). *Undersøgelser om patienttilfredshed – en brugsbog*.
- Rose, Nikolas (1999). *Powers of Freedom*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Socialministeriet (2002). *DEA-analyse på ældreområdet*, København:
- Socialstyrelsen (2001). *Øvergripende kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården*. Artikelnr. 2001-110-1, Stockholm.
- Sohn, Ove og Nis Graulund (2004). *Det røde alternativ – SF's 2010-plan*. <http://www.sf.dk/index.php?article=4134>. 02.03.
- Statskontoret (2001). *Kvalitetsjämförelser inom utbildning och arbetsförmedling*. Rapport 2001:3, Stockholm.
- Sundhedsministeriet (1996). *Måling af danske sygehuses produktivitet*, København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (1999a). "Sundhedsvæsenet – en dansk og international sammenligning", *Skriftserie om sundhedsanalyser*, nr. 7. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (1999b). *Status for udviklingen af DRG-metoden. Delrapport 1*, København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2001). http://drg.sst.dk/info/Undervisningspakken/Opdatering%20nov%202001/Download%20nov2001/DRG_generelt_word.doc
- Thygesen, Niels Thygesen. (2004). "Hvordan styringsteknologi gør ledelse mulig", pp. 137-158 i Dorthe Pedersen (red.), *Offentlig ledelse i managementstaten*, Frederiksberg: Samfundslitteratur.

- Triantafillou, Peter (2004). "Addressing network governance through the concepts of governmentality and normalization", *Administrative Theory & Praxis*, Vol. 26, No. 4, pp. 489-508.
- Triantafillou, Peter, Anders Christensen og Thomas Hansen (2005). "Benchmarking i den offentlige sektor i Danmark", *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 86. årgang, nr. 2, pp. 132-150.
- Triantafillou, Peter og M. Frandsen (2006). "Biopower, advanced liberal government and the re-invigoration of Danish society", in H. Gottweis and K. Braun (eds.), *Mapping biopolitics*, London: Routledge (forthcoming).
- Viborg Amt (2000). *Orienteringssag for Viborg Amts Sundhedsudvalg*, NR. 255. J.nr. 2-51-20-98.

Telefoninterview

- Morten Freil, afdelingsleder ved Enheden for Brugerundersøgelser. 13.05.2005.
- Stig Hvidtfeldt, direktør for Frederiksberg Hospital. 20.05.2005.
- Annette Søberg Roed (2005), chefkonsulent i DRG-enheden, Sundhedsstyrelsen. 24.05.2005.
- Jørgen Vigstrup, ledende overlæge ved Nykøbing-Thisted Sygehus øjenafdeling. 24.05.2005.