

Notat

Benchmarking af den offentlige service

Af Tanja Bruntse Ahler, Majbritt Christensen og Jeppe Sørensen

Benchmarking af den offentlige service er udarbejdet for FOKUS af Tanja Bruntse Ahler, FOKUS, Majbritt Christensen og Jeppe Sørensen, DSI med assistance fra Hans Hummelgaard og Eskil Heinesen, akf.

Netpublikation. Manuskriptet er afsluttet november 2005.

Redaktion: Line Hillersdal og Pernille Bjerrum, FOKUS-sekretariatet.

FOKUS – FOrum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i regioner og kommuner. FOKUS' publikationer om kvalitetsudvikling henvender sig til ledere og medarbejdere, som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling, men vil også være interessante for politikere i regioner og kommuner.

Parterne bag FOKUS er:

KL

Danske Regioner

DSI – Institut for Sundhedsvæsen

akf, amternes og kommunernes forskningsinstitut

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørkredsen

Regionsdirektørkredsen

De synspunkter, der bliver fremsat i notatet, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS.

FOKUS støttes økonomisk af Det Kommunale Momsfond.

Indholdsfortegnelse

SAMMENFATNING	4
1. INDLEDNING	5
BENCHMARKING.....	5
2. BENCHMARKINGMETODER.....	6
BENCHMARKINGANALYSER TRIN FOR TRIN.....	7
FORSKELLIGE TYPER AF BENCHMARKING.....	8
ENKELTSTÅENDE VS. FORTLØBENDE ANALYSER.....	12
3. BENCHMARKING I SUNDHEDSSEKTOREN	13
ENKELTSTÅENDE BENCHMARKINGANALYSER.....	13
BENCHMARKING AF KVALITETEN I SUNDHEDSVÆSENET.....	16
DRG-BASEREDE PRODUKTIVITETSANALYSER PÅ SUNDHEDSOMRÅDET.....	23
4. BENCHMARKING I DEN SOCIALE SEKTOR	26
5. BENCHMARKING PÅ BESKÆFTIGELSE SOMRÅDET	32
6. BENCHMARKING INDEN FOR UNDERVISNING OG KULTUR	38
7. BENCHMARKING PÅ MILJØ- OG TEKNIKOMRÅDET	42
8. KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER.....	44
ANBEFALINGER.....	45
9. ANVENDT LITTERATUR	46
10. OVERSIGT OVER EKSEMPLERNE.....	50

Sammenfatning

Dette notat skitserer forskellige metoder og tilgange til benchmarking af offentlige serviceydelser. Benchmarking defineres som *"systematiske sammenligninger med erfaringsudveksling og forbedring for øje"*.

Formålet med notatet er at vise variationsbredden i tilgange til benchmarking med henblik på at igangsætte relevante udviklingsprojekter. Variationsbredden kommer til udtryk ved, at der er medtaget eksempler på såvel data- som procesbenchmarking, produktivitets- som kvalitetsparametre, nationale som internationale analyser, fortløbende som enkeltstående analyser og analyser med fokus på såvel hele sektorer som enkelte enheder og specifikke ydelser.

I forhold til FOKUS' udgangspunkt, kvalitetsudvikling i den offentlige service, vurderes *fortløbende systematisk designede initiativer* generelt at rumme det største potentiale for forbedringer af den offentlige service gennem benchmarking.

Notatet opridser i alt 36 eksempler på benchmarkinginitiativer inden for sundhedssektoren, den sociale sektor, beskæftigelsesområdet, uddannelse og kultur samt miljø og teknik. Indledningsvist beskrives nogle af de gængse benchmarkingmetoder, herunder DEA (Data Envelopment Analysis), regressionsanalyser og DRG-baserede produktivitetsanalyser (DRG står for Diagnose Relaterede Grupper). Styrker og svagheder ved forskellige tilgange til benchmarking diskuteres i den forbindelse kort.

Det viser sig, at det er vanskeligt at sige noget konkret om, hvilke benchmarkingmetoder der virker bedst og hvorfor, da det i høj grad afhænger af, hvad man vil benchmarke, og hvilke data man har til rådighed. På samme måde kan man ikke umiddelbart pege på, hvilke metoder og tiltag der med fordel kan overføres fra en sektor til en anden. Derudover fremgår det, at de anvendte metoder langt fra har fundet deres endelige form, hvorfor der er behov for fortsat metodeudvikling på forskellige områder. Bl.a. er der brug for at arbejde videre med udviklingen af metoder til at takle selektionsproblemet og sikre fokus på kvalitetsaspektet.

Generelt foreslås det, at kvantitative benchmarkinginitiativer suppleres med kvalitative analyser, hvorved der er langt bedre muligheder for at sige noget om, *hvorfor* nogle enheder gør tingene bedre end andre. I kraft af kvalitative analyser kan der identificeres faktorer ved best practice, som andre kan lære af. Herved kan benchmarkinganalyser medvirke til kvalitetsudvikling i den offentlige service.

De konkrete anbefalinger til FOKUS' videre arbejde med benchmarking er herudover:

1. En kortlægning af udenlandske eksempler på benchmarkinginitiativer.
2. Iværksættelse af pilotundersøgelser på områder, hvor der mangler data til benchmarking.
3. Fortsat metodeudvikling.

1. Indledning

Notatet her forsøger at afdække, hvad der findes af metoder og tilgange til benchmarking af offentlige serviceydelser. Begrebet "*benchmarking*" skal i denne sammenhæng forstås meget bredt. Notatet omhandler benchmarking inden for de offentlige serviceområder, FOKUS beskæftiger sig med: Miljø og teknik, Uddannelse og kultur, Arbejdsmarked, Socialområdet og Sundhed.

Formålet med notatet er at vise variationsbredden i tilgange mellem de forskellige offentlige sektorer med henblik på igangsættelse af eventuelle udviklingsprojekter. Notatet skal danne udgangspunkt for en diskussion af, hvordan FOKUS kommer videre med arbejdet med benchmarking.

DSI har stået for den del af notatet, der omhandler sundhedsområdet (kapitel 3), mens FOKUS har stået for beskrivelsen af de øvrige områder. Denne arbejdsfordeling afspejler, at brugen af benchmarking er mere omfattende på sundhedsområdet end inden for de øvrige sektorer, hvorfor dette område også har overvægt i notatet.

Benchmarking

Finansministeriet udgav "*Benchmarking i den offentlige sektor – nogle metoder og erfaringer*" i marts 2000 (1). Som titlen angiver, har denne publikation det samme fokus som notatet her. Derfor tages der udgangspunkt i og bygges videre på disse erfaringer, ligesom der tages udgangspunkt i Finansministeriets definition af benchmarking og kategorisering af forskellige typer af benchmarking.

Ordet "*benchmarking*" kan frit oversættes til fiks- eller referencepunkt (1). Pointen med benchmarkinganalyser er, at et eller flere referencepunkter udvælges og holdes op imod andre sammenlignelige og målbare punkter, hvorved en organisation kan identificere forbedringspotentialer og muligheder for deres realisering. Benchmarking kan derfor defineres som "*... systematiske sammenligninger med erfaringsudveksling og forbedring for øje.*" (1, s. 10). Benchmarking handler således om at lære af de bedste. Det, der adskiller benchmarking fra andre sammenligninger, er dels den systematiske metode, dels den eksplicitte målsætning om at opnå forbedringer (1, s. 9-12).

Man kan groft tale om to former for benchmarking: Data- eller resultatbenchmarking og procesbenchmarking. Databenchmarking handler om at sammenstille nøgletal og kvantificerbare parametre for forskellige enheder, mens procesbenchmarking handler om at analysere arbejdsprocesser for at blive i stand til at forklare de observerede kvantitative forskelle (2). De mest uddybende og valide benchmarkinganalyser får man ved at kombinere de to former for benchmarking.

Inden for offentlig service har benchmarkinganalyser til formål at sammenligne enheder, fx kommuner, institutioner, lande mv. på en systematisk måde,

så succesfulde strategier inden for et givet område (fx socialt arbejde eller integrationspolitik) kan udbredes til flest mulige enheder. Fx kan man sammenligne kommuner eller EU-lande i forhold til deres succes mht. integration af indvandrere og ved uddybende undersøgelser forsøge at pege på faktorer, der kan forklare, at nogle kommuner/lande har større succes end andre. International benchmarking forudsætter i sagens natur, at der er sammenlignelige data til rådighed, hvilket ofte ikke er tilfældet. Det er vigtigt at holde sig dette for øje i internationale benchmarkinganalyser.

Benchmarkinginitiativer på det offentlige serviceområde

Inden for det offentlige serviceområde i Danmark er især de kommunale nøgletal noget, de fleste kender til. Som nævnt går man skridtet videre end blot at sammenligne nøgletal i benchmarkinganalyser, idet der her korrigeres for en række forskelle. Derfor vil sammenligninger af kommunale nøgletal ikke blive behandlet.

De fleste danske benchmarkinginitiativer retter sig mod enten produktivitets- eller kvalitetsparametre. Produktivitetsparametre handler om output, dvs. hvor meget en given enhed (fx et sygehus eller en kommune) producerer i forhold til lignende enheder, mens kvalitetsparametre snarere handler om outcome, dvs. effekterne af de leverede ydelser. En folkeskoles output er fx antallet af elever, der tager afgangseksamen, mens outcome handler om, hvordan eleverne klarer sig senere hen i kraft af de basale færdigheder, de har tilegnet sig i skolen (1, s. 101).

I det følgende gennemgås forskellige tilgange til benchmarking ud fra et fokus på de forskellige metoder, og dernæst præsenteres udvalgte eksempler på benchmarkingprojekter i sundhedssektoren, socialektoren, på arbejdsmarkedsområdet, uddannelses- og kulturområdet og miljø- og teknikområdet. Eksemplerne er udvalgt, så de viser bredden i anvendelsen af benchmarking, og omfatter således både benchmarking af kvalitet og produktivitet, data og proces samt nationale såvel som internationale sammenligninger. Det brede udvalg af eksempler er primært tænkt som inspiration til, hvor og hvordan man kan benchmarke i den offentlige sektor, og forsøger således hverken at vurdere kvaliteten i eller effekten af de beskrevne initiativer. Beskrivelserne omhandler derfor også i højere grad selve benchmarkingprocessen end resultaterne af de pågældende initiativer. Eksemplerne fokuserer på flere niveauer og tempi, idet der både ses på hele sektorer, enkelte institutioner og specifikke ydelser samt fortløbende såvel som "enkeltstående" analyser.

2. Benchmarkingmetoder

Inden de konkrete benchmarkingeksempler præsenteres, skitseres først et typisk forløb for, hvordan man kan gå frem i en benchmarkinganalyse. Dernæst gives et kort rids af de forskellige metodiske tilgange, der anvendes i benchmarkinganalyse samt en afvejning af deres styrker og svagheder.

Benchmarkinganalyser trin for trin

Første trin i en benchmarkinganalyse kan bestå i en systematisk, kvantitativt baseret sammenligning af relevante enheder, fx kommuner¹. En sammenligning bygger på graden af succes på et givent område, hvor graden af succes måles ved en eller flere centrale indikatorer, og hvor der så vidt muligt tages højde for, at kommunerne har forskellige vilkår for at få succes på det givne område. Resultatet af dette første trin kan være en eller flere benchmarkingindikatorer af kommunerne med tilhørende rangordning efter graden af succes. De højst rangordnede kommuner udgør eksempler på "best practice", som de lavere rangordnede kommuner givetvis kan lære noget af.

Andet trin i benchmarkinganalysen kan bestå i opfølgende analyser, hvor det undersøges, om der er en sammenhæng mellem graden af succes (målt ved benchmarkingindikatoren) og forskellige elementer i indsatsen. Der kan være tale om kvalitative undersøgelser i nogle få sammenlignelige kommuner, hvoraf nogle er succesfulde målt ved benchmarkingindikatoren, mens andre er mindre succesfulde. Sådanne kvalitative analyser kan fx pege på, om succesfulde enheders indsats er præget af bestemte tiltag og prioriteringer eller en særlig måde at organisere indsatsen på i forhold til mindre succesfulde enheder.

Andet trin kan også bestå af kvantitative analyser, som benytter data fra fx spørgeskemaundersøgelser om forskellige aspekter af indsatsen for et større antal kommuner. Efterfølgende kan det via statistiske metoder analyseres, om der er en sammenhæng mellem graden af succes og forskellige aspekter af indsatsen.

Forhold, man skal være opmærksom på i benchmarkinganalyser

På det første trin i benchmarkinganalysen bør man være opmærksom på:

- Det grundlæggende succeskriterium bør vælges, så det så vidt muligt afspejler de centrale mål i den indsats, man vil sammenligne kommunerne i forhold til.
- De variabler i kommunernes vilkår, der tages højde for i analysen, bør i princippet afspejle så mange af de væsentligste, udefra givne vilkår som muligt.
- Der skal til gengæld ikke tages højde for "endogene" variabler, dvs. variabler som kommunerne i vidt omfang selv kan påvirke (fx graden af anvendelse af forskellige aktiveringsordninger), da "korrektionen" af succesmålet så vil "straffe" de kommuner, der anvender succesfulde instrumenter.
- Det kan endvidere være nødvendigt kraftigt at begrænse antallet af variabler på kommuneniveau, da variationen her er begrænset, og da generelle indikatorer for fx befolknings sammensætningen i kommunen i

¹ For nemheds skyld bruges kommuner som eksempel på enheder i det følgende. En enhed kan selvfølgelig både være større og mindre, fx et land eller et AF-kontor.

virkeligheden kan afspejle andre forhold, end det man er interesseret i at korrigere for.

På det andet trin i analysen skal man yderligere notere sig:

- Foruden forskellige aspekter af indsatsen bør man i analysen være opmærksom på evt. væsentlige givne vilkår for kommunerne, som der ikke er taget højde for i første trin, enten fordi der ikke findes tilgængelige data for disse, som dækker alle kommuner, eller fordi de af en eller anden grund er blevet overset.

Når man fortolker resultaterne fra benchmarkinganalyser, bør man være opmærksom på:

- De benchmarkindikatorer, der opstilles i første trin, er ikke præcise mål for graden af succes for de forskellige enheder, men "kun" indikatorer. Indikatorerne har imidlertid en højere kvalitet end de nøgletal, der ofte benyttes til at sammenligne kommuner ud fra, netop fordi der korrigeres for væsentlige, udefra givne forskelle, som kommunerne ikke har indflydelse på.
- Hvis der i andet trin findes en sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren og forskellige aspekter af indsatsen, skal man generelt være varsom med umiddelbart at fortolke dette som en kausal sammenhæng, da der kan være bagvedliggende faktorer, som påvirker både indsatsen og graden af succes – der kan fx være tale om selektionseffekter mht. variabler, der ikke indgår i analysen.

Forskellige typer af benchmarking

Statistiske analyser

En af de væsentligste styrker ved anvendelsen af statistiske analyser er, at der kan gennemføres benchmarkinganalyser af et stort antal (alle) enheder, fx alle kommuner i Danmark. I Danmark findes der på en række områder et internationalt set unikt registerbaseret datamateriale, der gør det muligt at gennemføre benchmarkinganalyser af høj kvalitet, fx beskæftigelsesanalyserne vedr. kontanthjælpsmodtagere og indvandrere (eksempel 21 og 22) samt analyserne på folkeskoleområdet (eksempel 31 og 32).

Derudover har valide informationer om, hvilke institutioner der gør henholdsvis en god og dårlig indsats, i sig selv meget stor værdi, da de i sig selv sætter initiativer i gang – især i de enheder, der ikke klarer sig så godt.

Et problem ved benchmarkinganalyser baseret på statistiske analyser er, at de tager udgangspunkt i historiske tal. Når succeskriteriet fx er baseret på afslutning af et kontanthjælpsforløb til beskæftigelse (eller uddannelse), kan der således i sidste del af 2004 foretages analyser, som inddrager data frem til og med 2002. Det vil sige, at de benchmarkingindikatorer, der beregnes, vedrører kommunernes succes på kontanthjælpsområdet mindst to år tidligere. For at mindske denne tidsforskydning kan man fx i tilfældet med bench-

markering af kontanthjælpsindsatsen vælge at basere succeskriteriet på, at kontanthjælpspersonerne overgår til en situation, hvor de ikke længere modtager offentlig forsørgelse. Vælges dette succeskriterium, kan tidsforskydningen i analyserne reduceres til ca. to kvartaler, da data for modtagelse af offentlig forsørgelse kan baseres på Beskæftigelsesministeriets DREAM-register, som opdateres væsentligt hurtigere end Danmarks Statistiks registre. Ulempen ved at anvende DREAM-registret er imidlertid, at man ikke ved, om en person, der forlader kontanthjælp og anden offentlig forsørgelse, faktisk kommer i beskæftigelse, eller om personen helt forlader arbejdsmarkedet. DREAM-registret indeholder således ikke oplysninger, der kan bruges til at fastlægge, om personer, der forlader offentlig forsørgelse, kommer i beskæftigelse.

Statistiske analyser kan have fokus på såvel den samlede effekt af en given indsats som på effekten af forskellige former for indsatser inden for et givet område. Der kan således fx fokuseres på, om aktivering generelt har en effekt, eller på hvorvidt forskellige typer af aktivering har forskellig effekt i forhold til at komme i beskæftigelse. Omfatter en statistisk analyse kun den samlede effekt, kan den med fordel suppleres med yderligere effektanalyser af forskellige elementer i indsatsen. Dette gælder fx for indsatsen over for kontanthjælpsmodtagere og indvandrere. Disse analyser kan fx baseres på varighedsmodeller, hvor der tages højde for, at personerne er forskellige med hensyn til karakteristika, som ikke eller kun i ringe grad er belyst i data. Et problem med varighedsanalyserne er, at de kun belyser kortsigtseffekter, fx varighed af kontanthjælp indtil beskæftigelse. Man kan forsøge at udbygge analysen til også at omfatte fx varigheden af det beskæftigelsesforløb, der efterfølger kontanthjælpsforløbet eller integrationsforløbet for indvandreres vedkommende.

En anden mulighed er at undersøge effekter på længere sigt. Som alternativ til estimation af varighedsmodeller med uobserveret heterogenitet kan det overvejes at anvende matching-teknikker. Matching-teknikker forsøger at tage højde for uobserveret heterogenitet i form af fx selektionsmekanismer. Selektionsproblematikken består i, at fx en sagsbehandler – bevidst eller ubevidst – selekterer i forhold til, hvilke tilbud han tilbyder hvilke klienter. Der kan således være en tendens til, at de "stærkeste" klienter får de bedste tilbud, hvilket har en forstærkende effekt, idet det bedste tilbud herved bliver endnu bedre. Fx har privat jobtræning vist sig at have den bedste effekt i forhold til at få arbejdsløse i beskæftigelse, hvilket til dels bunder i, at det er de mest ressourcestærke arbejdssøgende, der tilbydes denne form for aktivering. Matching-teknikker forudsætter et righoldigt datamateriale, i princippet at der er data for alle væsentlige variabler, der påvirker selektionen ind i forskellige foranstaltninger. Registrerne indeholder mange relevante variabler, så det er en mulighed at anvende matching.

Der er således flere muligheder for valg af design for opfølgende kvalitative og kvantitative analyser, der tager udgangspunkt i en statistisk benchmarkanalyse.

DEA og regressionsanalyser

De dominerende analysemetoder inden for statistiske analyser er, som det fremgår af eksemplerne i kapitel 3-7, DEA (Data Envelopment Analysis) og regressionsanalyse. En af de væsentligste forskelle på de to metoder er, at DEA fastlægger den efficiente rand ud fra de mest efficiente produktionsenheder, mens regressionsanalyser sammenligner ud fra gennemsnittet. Dette medfører, at DEA er mere følsom over for outliers. Det er vanskeligere at afsløre eventuelle irrelevante input eller output i DEA, mens disse kan afsløres i regressionsanalyserne, da denne metode kan teste to forskellige hypoteser statistisk. Regressionsanalysen giver derfor mere stabile resultater mht. produktionsenhedernes relative produktivitet.

Anvendelse af DEA-metoden forudsætter data på samme niveau som produktionsenheden, fx kommunerne. Er datagrundlaget data på individniveau, kræves det derfor, at disse først aggregeres til kommuneniveau. Herved går en del specifikke oplysninger tabt. I tilfælde, hvor man har individbaserede registerdata til rådighed, er regressionsanalysen derfor den mest hensigtsmæssige metode. Omvendt kan DEA som nævnt håndtere flere input og output, mens regressionsanalysen forudsætter, at der enten kun er et input eller et output.

DEA-metodens fleksibilitet bevirker, at den er oplagt at bruge, medmindre inputfaktorer, som er uden for produktionsenhedens kontrol (fx socioøkonomiske faktorer), spiller en dominerende rolle i produktionen. Problemet med DEA er her, at der ikke umiddelbart er nogen statistiske test, som kan afsløre, hvilke variabler der er signifikante. Det gør det svært at afgøre a priori, hvilke socioøkonomiske variabler der har betydning.

Som det fremgår, er der ikke tale om, at man kan betragte hhv. DEA eller regressionsanalysen som bedre end den anden. Der er derimod tale om to metoder med hver sine styrker og svagheder, som kan anvendes hver for sig eller kombineres. Hvordan metoderne kombineres, og hvilken metode det er mest hensigtsmæssigt at benytte, afhænger af den konkrete problemstilling og af, hvilke data der er til rådighed (24).

Kvalitative analyser

Et analysedesign med en kvalitativ opfølgning af den kvantitative del er perspektivrigt, da det kan medvirke til at afdække, om der er systematiske forskelle i organiseringen og tilrettelæggelsen af indsatsen mellem fx succesfulde og mindre succesfulde kommuner, og om forskellene skyldes interne eller eksterne faktorer. Viser det sig, at der kan identificeres interne faktorer, der synes at påvirke kommunernes succes inden for det pågældende område, vil en erfaringsudveksling kunne hjælpe de mindre succesfulde enheder til at blive bedre. Først her medvirker benchmarkinganalyser konstruktivt til kvalitetsudvikling i den offentlige service.

De enheder, der identificeres som best practice ud fra de kvantitative benchmarkinganalyser, må nødvendigvis beskrives kvalitativt, for at andre enheder

kan lære af disse. Enheder til et kvalitativt casestudie kan udvælges på baggrund af resultaterne fra benchmarkingprojektet blandt de mest succesfulde enheder.

Derudover giver et opfølgende kvalitativt studie mulighed for at uddybe nogle af de spørgsmål, som kan rejses på baggrund af det kvantitative studie. Ofte vil en kvalitativ opfølgning på den kvantitative del af en benchmarkinganalyse kunne påvise mangler eller unøjagtigheder ved den indledende analyse og kunne pege på muligheder for justeringer og mere præcise data. Den kvalitative opfølgning på en benchmarkinganalyse fungerer dermed som en form for evaluering af metoden og muliggør forbedringer.

Data

De benchmarkingmetoder, der er skitseret i notatets eksempler, vil som udgangspunkt kunne anvendes på alle offentlige serviceområder, hvis de relevante data er til rådighed. Det er de imidlertid i mange tilfælde ikke. Sundhedsområdet er et meget godt eksempel på dette. Området er karakteriseret ved at have mange registeroplysninger til rådighed og ved, at man her er meget længere fremme med benchmarking mv. end inden for de øvrige områder. Trods dette er indtrykket ud fra eksemplerne på sundhedsområdet, at der ofte indsamles spørgeskemaoplysninger som grundlag for en benchmarkinganalyse. Dette er med til at understrege behovet for indsamling af data på de andre områder.

Indsamlede spørgeskemaoplysninger kan også anvendes i statistiske analyser. Det kan være i forbindelse med et forsøg på overhovedet at muliggøre en analyse eller forbedre en registerbaseret analyse. Ved inddragelse af spørgeskemaoplysninger vil statistiske analyser endvidere kunne sige mere om årsagssammenhæng end alene ved anvendelse af registeroplysninger. Registeroplysninger omfatter fx kun data om klienter, mens det kræver en spørgeskemaundersøgelse el. lign. blandt sagsbehandlere at tilføje data om sagsbehandlernes arbejdsmetoder, holdninger osv. Herudfra kan analyseres, hvorvidt der fx er en sammenhæng mellem sagsbehandlerens indstilling til en klient og klientens succes. Statistiske analyser vil således også kunne give nogle bud på årsagssammenhænge, om end kvalitative analyser kommer længere på dette punkt.

Problemet med de manglende data gør det relevant at iværksætte pilotundersøgelser på områder, hvor der skal fremskaffes nye data til brug for benchmarking. Sådanne pilotundersøgelser skal dels pege på, hvad der er det optimale datakrav på givne områder, og i hvilket omfang disse datakrav kan koges ned til nogle få oplysninger, der indeholder det væsentlige. Formålet med sidstnævnte er at gøre det realistisk at få indsamlet de nødvendige data til benchmarkinganalyser som et naturligt led i den daglige sagsbehandling, administration mv.

Enkeltstående vs. fortløbende analyser

Enkeltstående og specialespecifikke benchmarkinginitiativer kan virke inspirerende på de involverede medarbejdere, der i flere tilfælde giver udtryk for, at selve benchmarkingprocessen (møder og etablering af kontakt med andre afdelinger, opfølgende workshop etc.) har givet værdifulde input til forbedringer i det daglige arbejde. Derudover kan de enkeltstående ad hoc benchmarkinginitiativer "skræddersyes", hvilket giver øget aktualitet og træfsikkerhed i forhold til det pågældende formål eller problem.

Styrken ved de fortløbende benchmarkinginitiativer, med identifikation af organisationernes stærke og svage sider, ligger i de informationer, de leverer om den ydede behandlingskvalitet. Sammenligning med andre tilsvarende enheder og egen udvikling over tid giver mulighed for kvalitetsudvikling. I kraft af initiativernes fortløbende karakter forbedres potentialet i denne form for benchmarking over tid, eftersom de udviklede mål, standarder og målemetoder løbende udbredes og forbedres. De "rene" produktivitetmålingers primære styrke ligger derimod i deres evne til lokalisering af enheder med relativ lav produktivitet, hvilket kan give anledning til diskussion af årsagerne, yderligere undersøgelser og/eller ændrede prioriteringer.

3. Benchmarking i sundhedssektoren

I det følgende gennemgås udvalgte eksempler på benchmarkingprojekter i sundhedssektoren. Eksemplerne er kategoriseret i tre hovedafsnit, hvor det første afsnit indeholder eksempler på enkeltstående benchmarkinginitiativer. Derefter følger eksempler på fortløbende benchmarking af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Flere af disse initiativer er relateret til, men ikke eksplicit rettet mod benchmarking per se, hvorfor afsnittet indledes med en kort introduktion til kvalitetsevaluering i sundhedssektoren. Det sidste hovedafsnit består af en beskrivelse af DRG-baserede² produktivitsanalyser i sundhedssektoren.

Enkeltstående benchmarkinganalyser

Enkeltstående benchmarkinganalyser kan variere i forhold til, hvilket niveau i sundhedsvæsenet de fokuserer på. I det følgende gennemgås først fire specialespecifikke initiativer og dernæst ét initiativ, der benchmarker hele sygehusvæsener.

Eksempel 1: International benchmarking af ortopædkirurgi, neurologi, thoraxkirurgi og onkologi på fire danske og fire udenlandske afdelinger

Initiativet blev iværksat i 1999 af Sundhedsministeriet og forløb over ca. seks måneder. Benchmarkinganalysen omfattede specialerne ortopædkirurgi, neurologi, thoraxkirurgi og onkologi på fire afdelinger i Danmark og på fire afdelinger inden for samme specialer i henholdsvis Holland, Norge, Sverige og Tyskland (3). Formålet med benchmarkingen var at sammenligne velfungerende danske afdelinger med tilsvarende udenlandske afdelinger for at få konkrete forslag til forbedringer i de danske afdelinger.

Benchmarkingen indeholdt både data- og procesanalyser og forsøgte at inddrage alle områder, der karakteriserer driftsbetingelserne for en sygehusafdeling (2). Der blev således identificeret 97 analyseparametre inden for 10 overordnede områder. Dataindsamlingen blev baseret på 274 spørgsmål og foregik via strukturerede interview og indhentning af tilgængelige data fra afdelingerne. Data blev efterfølgende opdelt i sammenlignelige præstationsparametre samt beskrivende parametre og samlet i én rapport pr. afdeling. Rapporterne blev igen samlet til en egentlig benchmarkingrapport pr. speciale, der dels blev diskuteret i workshops og dels indgik i den sammenfattende resumérapport.

Benchmarkinganalysen viste, at det på grund af undersøgelsesdesign og utilgængelige data i afdelingerne ikke var muligt at sammenligne behandlingskvaliteten mellem de forskellige afdelinger. En kvalitetsmåling på baggrund af journalstikprøver på de ortopædkirurgiske afdelinger påviste dog rum for forbedring på flere områder i den danske afdeling (3). Produktiviteten for de un-

² DRG står for Diagnose Relaterede Grupper.

dersøgte afdelinger blev belyst i forhold til anvendelsen af personaleressourcer pr. patient samt gennemsnitlige liggetider. Benchmarkingen viste bl.a., at der, bortset fra den norske afdeling, behandles flere patienter pr. læge på de danske afdelinger end på de tilsvarende udenlandske afdelinger. Med hensyn til gennemsnitlige liggetider placerer de udenlandske og de danske afdelinger sig generelt tæt på hinanden. Undersøgelsen konkluderer, at det er vanskeligt at drage præcise konklusioner på baggrund af forskelle i de gennemsnitlige liggetider, fordi de påvirkes af forskelle i patientsammensætning og andre faktorer (3).

Eksempel 2: Benchmarking af ortopædkirurgien i fire danske amter

Dette projekt blev igangsat i 1999 af det daværende EvalueringsCenter for Sygehuse (nu Center for Medicinsk Teknologivurdering – CEMTV) sammen med tre sjællandske amter. Projektet forløb over 6-8 måneder og fokuserede på i alt otte ortopædkirurgiske afdelinger i fire forskellige amter.

Analysen blev foretaget i to led, idet der først blev foretaget en benchmarking af de enkelte ortopædkirurgiske afdelinger, hvorefter resultaterne blev aggregeret til amtsniveau og sammenholdt med amternes forskellige måde at organisere ortopædkirurgien på. Benchmarkingen bestod af såvel data- som procesbenchmarking. Data til analysen blev indsamlet på afdelingsniveau og koncentrerede sig om to udvalgte patientforløb: kunstig hofte og hoftebrud. Dataindsamlingen søgte svar på, om en række ideelle mål (inden for seks forskellige områder) udarbejdet af den faglige følgegruppe var opfyldt. Et eksempel på et ideelt mål inden for området generel klinisk kvalitet lød, "Hver patient får tildelt en ansvarlig læge og en kontaktsygeplejerske", mens et af de tilknyttede spørgsmål om opfyldelse af det ideelle mål spurgte, "Har afdelingen som princip, at der udpeges en ansvarlig læge for den enkelte elektive patient?" (4, s. 92). Der blev foretaget kvalitative interview til procesbenchmarkingen, mens de kvantitative data blev forsøgt indhentet fra sygehusenes it-afdelinger.

Eksempel 3: Benchmarking af børneafdelingerne i Hillerød, Næstved, Kolding og Viborg

Benchmarkingprojektet blev udført som et samarbejde mellem aktører relateret til børneafdelingerne i henholdsvis Frederiksborg, Storstrøms, Sønderjyllands og Vejle Amt. Benchmarkingen blev indledt efteråret 2001, mens selve dataindsamlingen primært fandt sted fra efteråret 2003 til foråret 2004 (5).

Formålet med initiativet var at tilvejebringe "... en højere grad af viden om og indsigt i forholdene på de pædiatriske afdelinger, som kan gøre aktørerne i stand til at bidrage til at udvikle løsninger og løsningsmodeller på de nuværende og fremtidige problemstillinger inden for specialet. Formålet er at danne et overblik over, hvordan afdelingerne fungerer, og sammenligne ressourcetilforbrug og produktion." (5, s. 2).

Benchmarkingen spænder vidt og er dels baseret på data om de respektive børneafdelingers 1) struktur og organisation, 2) økonomi, 3) aktivitet og nøgletal (herunder DRG-værdi) og dels på forløbsbeskrivelser for udvalgte patientgrupper.

På flere områder sammenholdes afdelingernes output med deres optageområder og tilgængelige ressourcer, hvilket kan være med til at give et interessant fingerpeg om enhedernes relative produktivitet. Produktivitetssammenligninger på sundhedsområdet har traditionelt været vanskeliggjort af forskelle i patientsammensætningen i de sammenlignede enheder. Introduktionen af DRG-systemet i det danske sundhedsvæsen har givet et "groft" værktøj til justering for sådanne forskelle, hvilket forbedrer mulighederne for meningsfuld benchmarking (se i øvrigt afsnittet om DRG-baserede produktivitsanalyser, side 21-23). I det beskrevne projekt har man fx udregnet en række nøgletal, der sammenholder enhedernes producerede DRG-værdi med forbruget. Derved fremgår det, hvilken DRG-værdi de forskellige enheder har produceret, bl.a. i forhold til deres bruttoudgifter og personalenormering. Der er stadig betydelige forskelle i registreringspraksis, hvorfor DRG-systemet heller ikke er perfekt til justering af forskelle i patientsammensætning. Det giver dog et bedre grundlag for overordnede sammenligninger end hidtil, og dets anvendelighed vil vokse, efterhånden som registreringspraksisserne forbedres og ensrettes.

Forløbsbeskrivelserne i benchmarkingen samler sig om følgende fire patientgrupper: Diabetes, neonatologi, astma samt generel akut behandling. Sammenligningerne tager udgangspunkt i afdelingernes egne beskrivelser af behandlingsmåde og struktureres under overskrifterne: Afgrænsning af patientgrupper, undersøgelser, behandling, efterbehandling og afsluttende kriterier. Forløbsbeskrivelserne benyttes ikke til egentlig vurdering af de kliniske behandlingsstrategier, men til inspiration og perspektivering af den øvrige del af benchmarkingen.

Eksempel 4: Voksenpsykiatri og Børne- og Ungdomspsykiatri

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1995 "Målsætning for kvalitet i voksenpsykiatri" og i 1998 en tilsvarende "Målsætning for kvalitet i Børne- og Ungdomspsykiatri". I efteråret 2003 blev der på foranledning af Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemført en landsdækkende evaluering af målopfyldelsen for kvaliteten i de to specialer ved hjælp af spørgeskemaer udsendt til amtsforvaltningerne og samtlige sygehusafdelinger i Danmark (6 og 7). Formålet var ikke at sammenligne den ene afdeling med den anden eller det ene amt med det andet, men at præsentere en status, hvor hvert enkelt amt/afdeling kan se sine egne resultater og eventuelt identificere områder, hvor der er mulighed for forbedring af kvaliteten. Samtidig blev data offentliggjort for de enkelte amter og aggregeret for hele landet, hvilket naturligvis giver lejlighed til sammenligning, selvom det ikke var den oprindelige hensigt. Undersøgelsen indeholdt tillige en kvalitativ del med mulighed for amterne/afdelingerne til at anføre særlige kvalitetsinitiativer, de kunne ønske at fremhæve. Denne del af status gav god mulighed for, at de enkelte afdelinger/amter kunne lære af

hinanden. Statusundersøgelsen skal efterfølgende udgøre et grundlag for at revidere de fælles målsætninger for de to specialer.

Eksempel 5: International benchmarking af den danske sygehussektor i forhold til udvalgte vesteuropæiske lande og New Zealand

I foråret 1998 igangsatte Sundhedsministeriet en større international benchmarking af den danske sygehussektor, der blev udgivet i 1999 i form af publikationen "Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning" (8). Benchmarkingen bestod af en sammenligning af det danske sygehusvæsen med sygehusvæsenene i Belgien, England, Frankrig, Holland, New Zealand, Norge, Sverige og Tyskland. Formålet med benchmarkingen var bl.a. at undersøge, hvilke faktorer der kan bidrage til at forene en effektiv udgiftsstyring med et højt kapacitets- og præstationsniveau. Idet benchmarkingen sammenlignede nationale sundhedsvæsen med hinanden, fokuserede de udvalgte indikatorer også på det overordnede niveau. Indikatorerne kan inddeles i to hovedgrupper, hvor den første er udgjort af beskrivende variable som organisering og finansiering, der i undersøgelsen relateres til den anden gruppe af variable bestående af mål for kapacitet, ressourceforbrug, produktion, produktivitet og ventetider. Benchmarkingen forsøgte på den måde at afdække, i hvilke grad udgifter og præstationer kan henføres til et sundhedsvæsens strukturelle karakteristika mht. organisering og finansiering.

Analysen gjorde bl.a. brug af antallet af udskrivninger, antal sengedage og antallet af ambulante besøg som benchmarkingparametre i analysen. De udvalgte parametre relaterer sig i de fleste tilfælde til sygehusvæsenernes output, idet det vurderes, at det ikke er muligt at måle selve kvaliteten (outcome) – hverken inden for de enkelte lande eller på tværs af disse. Behandlingskvaliteten betragtes således som en konstant i benchmarkinganalysen. OECD's sundhedsdatabase blev benyttet som primær datakilde for analysen. Det blev endvidere forsøgt at indhente yderligere information fra de enkelte lande, hvor de fleste dog ikke så sig i stand til at svare på de stillede spørgsmål.

Benchmarking af kvaliteten i sundhedsvæsenet

Kvalitetsevalueringer forudsætter eksistensen af følgende elementer:

1. En institution, aktivitet, funktion eller person, der skal evalueres.
2. Et eksplicit grundlag for evalueringen, fx i form af standarder, kriterier, servicemål osv.
3. Metoder til evaluering; kvantitative målinger (data, indikatorer, produktionsstatistik osv.) og/eller kvalitative vurderinger (audit, fokusgruppeinterview osv.).
4. Instanser/organisationer, der foretager eksterne evalueringer.

Kvalitetsevaluering kan foretages internt af medarbejdere i organisationen med ansvar for udførelse af de sundhedsfaglige ydelser (selvevaluering). Evalueringen kan også foretages af en ekstern uafhængig instans, der gennemgår institutionens struktur, proces og resultater af den sundhedsfaglige ydelse.

I såvel selvevaluering som ekstern evaluering anvendes en række målemetoder. Indikatorer, servicemål, produktivitetstal og hyppigheden af utilsigtede hændelser er eksempler på forskellige typer af kvalitetsmålinger. Det er imidlertid ikke alle aspekter ved den sundhedsfaglige ydelse, der kan gøres til genstand for kvantitativ måling. Metoder som patienttilfredshedsundersøgelser, audit, fokusgruppeinterview og inspektion har derfor en funktion ved vurdering af de mere kvalitative aspekter ved de sundhedsfaglige ydelser. I forbindelse med evaluering af kvaliteten udarbejdes der ofte rapporter. Disse kan være det endelige produkt af evalueringen eller have til formål at danne grundlag for videreudvikling af kvaliteten. Rapporterne kan have til formål at dokumentere de leverede ydelser og disses kvalitet, formidle information, afstemme forventninger samt skabe tillid i forhold til kunder/patienter, offentligheden, ejerne, finansieringskilder, ledelser eller producenterne af sundhedsydelser. Rapporterne kan også benyttes til sammenligning af resultater over tid (monitorering) eller til benchmarking i form af sammenligninger imellem sundhedsinstitutioner.

Den overordnede ramme for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet blev fastlagt med Sundhedsstyrelsens nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet fra 1993 udarbejdet i samarbejde med bl.a. Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og Københavns og Frederiksberg Kommune. Baggrunden for at formulere en strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet var sikring af sammenhæng i arbejdet med kvalitet. Denne strategi er efterfølgende revideret i foråret 2002.

I det følgende gives eksempler på fortløbende benchmarking af kvaliteten i sundhedssektoren.

Eksempel 6: Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet

Kvalitetsmodellen, der er under udarbejdelse, udspringer af økonomiaftalen for 2002 og 2003 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen/H:S og omfatter i første omgang alle danske offentlige sygehuse. Kvalitetsmodellen er et nationalt program, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløbene i sundhedsvæsenet gennem måling og vurdering af kvaliteten og ved at synliggøre sammenlignelige informationer om kvaliteten. Modellen (programmet) udstikker følgende rammer for benchmarking:

- Programmet skal være et samlet, integreret og fælles system til kvalitetsvurdering af ydelser og aktiviteter, der har væsentlig betydning for kvalitet og sikkerhed i sundhedsvæsenet.
- Programmet skal baseres på et fælles vurderingsgrundlag bestående af fælles danske standarder med tilhørende indikatorer og vurderinger.
- Programmet omfatter akkreditering med udenlandske og danske auditorer hvert tredje år.

Modellen skal i første omgang fokusere på kvaliteten inden for 37 temaer bestående af generelle forløbstemaer, sygdomsspecifikke grupper og organisatoriske temaer. Modellen skal inddrage de eksisterende landsdækkende kvali-

tetsprojekter som Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) og Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA). Målet er, at de danske hospitaler skal have påbegyndt en akkrediteringsproces efter modellen inden udgangen af 2005.

Eksempel 7: Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

NIP er et kvalitetsmålingsprojekt, der beskæftiger sig med udvikling og afprøvning af indikatorer for kvaliteten af sygehusenes kerneydelser ("resultatkvalitet" og "klinisk kvalitet"). De evidensbaserede indikatorer er beregnet til intern brug i sundhedsinstitutionerne og til ekstern brug i offentligheden, bl.a. med henblik på understøttelse af "frit sygehusvalg". I projektet indgår tillige implementeringen og anvendelse af indikatorerne. Indtil videre er der udviklet indikatorer inden for følgende seks områder: lungecancer, akut mave-tarm-kirurgi, skizofreni, hoftenære frakturer, apopleksi og hjerteinsufficiens. Indikatorerne er diagnose- og sygdomsgruppespecifikke og kan benyttes både ved kvalitetsudvikling og ved kvalitetskontrol. Projektet drives af amterne. Der sker månedlig tilbagemelding på indrapporterede data og halvårlig til årlig tilbagemelding på analyserede data. Foreløbig er der i 2004 offentliggjort data fra områderne apopleksi, lungekræft, hoftenære frakturer og skizofreni. Resultaterne kan ses på www.sundhed.dk. Resultaterne offentliggøres på lands-, amts- og afdelingsniveau og omfatter for hver indikator information om, hvorvidt standarden er opfyldt samt fagpersonernes kommentarer til resultaterne.

Den seneste offentliggørelse er fra 27. januar 2005 og omhandler resultater for kvaliteten i behandlingen af mavesår for perioden februar 2003 til august 2004. Kvaliteten måles på grundlag af 12 indikatorer. Projektledelsen har ved databehandlingen konstateret en række begrænsninger forbundet med indsamlingen og tager derfor forbehold for de offentliggjorte tal. Fx anføres der usikkerhed om, hvorvidt alle patienter er blevet registreret i dataindsamlingen, ligesom der kan være fejlkilder ved registreringen. Dette kan dels skyldes, at personalet på sygehusene skal indarbejde nye rutiner og registreringspraksis, og at der eksisterer forskellig registreringspraksis. Det anføres dog, at de offentliggjorte resultater giver et retvisende og brugbart billede af behandlingskvaliteten. I forbindelse med dataopgørelsen blev en detaljeret auditrapport for akut mave-tarmkirurgi offentliggjort i november 2004 til brug for det sundhedsfaglige personale. Objektivt set er udgivelse af tidstro data et problem for NIP, ligesom det er tilfældet med mange andre kvalitets- og benchmarkingprojekter. De sidste data er indgået medio august 2004 og offentliggøres først 27. januar 2005.

Eksempel 8: Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)

Med udgangspunkt i en publikation fra 1995 udgivet af Dansk Selskab for Intern Medicin

har projektet stået for udvikling af standarder (evalueringsgrundlag) for det intern medicinske speciale. Standarderne er udviklet med tilhørende indikatorer (kvalitetsmålinger), fortrinsvis af "proces"-typen. Fokuseringen i projektet er på patientforløb og på den "kliniske kvalitet". Projektet er altovervejende

tilstræbt at være udviklingsbefordrende for den enkelte afdeling. Endvidere arbejdes der med gentagne tværsnitsundersøgelser med det formål at muliggøre sammenligninger imellem afdelinger og for de enkelte afdelinger over tid.

Fra 2000 har DGMA haft status af nationalt projekt. Der er udarbejdet og implementeret standarder og indikatorer for områderne: "Henvisning og visitation", "Planlægning under indlæggelse", "Medicinering", "Ernæring", "Genoptræning", "Patientinformation", "Udskrivelse", "Kontinuitet og koordination" samt "Det ambulante forløb".

Projektet DGMA har gennemført tre tværsnitsundersøgelser i 1998, 2000 og 2003/2004. Deltagelsen er frivillig, og i 2003/2004-undersøgelsen, der fokuserede på "Planlægning under akut indlæggelse", "Medicinering" og "Udskrivelse", indgik 70 sengeafsnit fra 48 medicinske afdelinger. Hvert afsnit gennemgik 50 patient- og sygeplejefejljournaler med henblik på målopfyldelse for delstandarderne. Resultaterne af undersøgelsen er publiceret på DGMA's hjemmeside. Her kan hver afdeling se, hvor de ligger i forhold til de øvrige afdelinger på de undersøgte indikatorer. Et problem ved tværsnitsundersøgelserne er, at det ikke er samme temaer, der måles på fra gang til gang. Det er således ikke muligt at iagttage en afdelings kvalitetsudvikling over tid. Et andet problem ved konceptet er, at det endnu ikke har undergået en ekstern evaluering.

Eksempel 9: Landsdækkende og regionale patienttilfredshedsundersøgelser

Beskæftiger sig med patienttilfredshedsundersøgelser, der er gældende for alle sygehusfunktioner i hele landet. Der er tale om måling af proceskvalitet og delvis af resultat-kvalitet. Undersøgelserne skal muliggøre sammenligninger af den patientoplevede kvalitet på sygehusniveau. Undersøgelserne er ikke afdelings-, speciale- eller funktionsspecifikke. Formålet med patienttilfredshedsundersøgelserne er dels understøttelse af "frit sygehusvalg", dels understøttelse af amternes/H:S' arbejde med udvikling af servicemål og den faglige kvalitet. Der fokuseres på helhed i patientforløb. Den første undersøgelse blev gennemført i 2000, og undersøgelsen for 2002 er netop afsluttet. Undersøgelsen er en anonym spørgeskemaundersøgelse og omfatter 32.000 patienter. Projektet, der udspringer af aftalen om amternes økonomi for 2000, gennemføres i et samarbejde mellem Amtsrådsforeningen, H:S og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. I forhold til den praktiske anvendelighed er de landsdækkende undersøgelser med deres fokus på sygehusniveauet og overordnede temaer ikke optimale, idet undersøgelserne ikke anviser, hvor på sygehusene der eventuelt bør sættes ind for at forbedre resultaterne.

Regionale eller lokale patienttilfredshedsundersøgelser giver i den forbindelse bedre mulighed for at lokalisere områder med rum for forbedring. Århus Amt har siden 1999 anvendt et standardkoncept i undersøgelserne og er p.t. ved at gennemføre tredje runde af detaljerede patienttilfredshedsundersøgelser på

amtets somatiske sygehuse. Pr. februar 2003 var 72.500 patienter således blevet spurgt om deres oplevelser med det århusianske sundhedsvæsen, og der var udarbejdet 224 rapporter til henholdsvis sengeafdelinger, ambulatorier og dagafsnit, 14 rapporter til sygehuse i Århus Amt og 2 oversigtsrapporter over hele amtet (9). Målingerne af patienttilfredsheden i Århus Amt har haft til formål at give: 1) systematisk viden om patienttilfredshedens udvikling over tid på afsnits-, afdelings-, sygehus- og amtsniveau, 2) sygehusafdelingerne et redskab til forbedring af patienttilfredsheden og 3) den enkelte afdeling mulighed for at sammenligne sig med andre afdelinger (10). I kraft af undersøgelsernes fortløbende og systematiske karakter er fokus løbende blevet skærpet undervejs, så redskabet i stadig højere grad kan benyttes af de enkelte afdelinger til egentlig kvalitetsforbedring. Dette er bl.a. sket gennem specifikt fokus på udvalgte organisatoriske under- og patientgrupper og på særligt problematiske områder.

Eksempel 10: Kliniske databaser

De eksisterende kliniske databaser indeholder en lang række måleresultater, fortrinsvis af proces- og resultatindikatorer. Den generelle fokusering er på klinisk kvalitet og kun i begrænset omfang på organisatorisk kvalitet. De kliniske databaser er bygget op omkring de enkelte specialer og subspecialer eller er fokuseret på enkelte sygdomsgrupper eller diagnoser. Databaserne er fortrinsvis beregnet til internt brug i kvalitetsudviklingen på den enkelte afdeling og kan kun i begrænset omfang bruges til ekstern sammenligning imellem afdelinger.

For at fremme udviklingen af de kliniske kvalitetsdatabaser vedtog amterne og H:S i juni 2000 en solidarisk finansieringsmodel for de kliniske databaser. Denne model har medført, at der afsættes 15 mio. kr. årligt til udvikling, drift og vedligeholdelse af kliniske databaser. I forbindelse med sygehusejernes nye organisering af arbejdet med kliniske databaser blev der oprettet en række regionale kompetencecentre for kliniske databaser til epidemiologisk, biostatistisk, og it-mæssig understøttelse.

Der er ved sidste opgørelse 57 kliniske kvalitetsdatabaser i drift. En klinisk kvalitetsdatabase karakteriseres som landsdækkende, når den har en dækningsgrad for den relevante patientpopulation på 90-100 %. Ifølge opgørelser fra Sundhedsstyrelsen er der 17 landsdækkende databaser. De kendteste er: Karbasen, DBCG (Danish Breast Cancer Cooperative Group), Den landsdækkende kliniske database for patienter i aktiv behandling for kronisk nyresvigt, Dansk Herniebase og Dansk Hoftealloplastik Register og fælles for disse er, at de har medført dokumenterede forbedringer inden for deres diagnoseområde. Der bliver udsendt årsberetninger fra en række af disse databaser; heraf kan "Karbasen" fremhæves. I disse årsberetninger kan den enkelte afdeling se, hvordan de ligger i forhold til andre afdelinger på en række indikatorer.

Eksempel 11: Danske erfaringer med systemer til ekstern kvalitetsvurdering

De næste to eksempler (forskellige udgaver af akkreditering) er ikke udviklet specielt mhp. benchmarking, men medtages, da de kommer til at spille en stor rolle inden for fremtidens sundhedsvæsen, som det allerede er tilfældet i udlandet. Selvom akkreditering i sig selv ikke gennemføres mhp. benchmarking, kan det ikke undgås, at akkrediteringsresultaterne kommer til at indgå i sammenligninger sygehuse imellem, særlig når implementering af den danske kvalitetsmodel bliver en realitet med kvalitetsmåling efter fælles standarder.

H:S Akkreditering – Joint Commission International

Hospitalerne i H:S blev som de første i Danmark akkrediteret ved Joint Commission International Accreditation (JCIA) i 2002. Der er tale om et system til ekstern kvalitetsevaluering, hvor der benyttes et internationalt evalueringsgrundlag (internationale standarder), der dog er adapterede til danske forhold og oversat til dansk. Der stilles krav om brug af kvalitetsmålinger (indikatorer, produktionsstatistik, patienttilfredshedsundersøgelser), og der benyttes fastlagte inspektionsmetoder (surveys) og vurderingsmetoder (audit, interview, fokusgruppeinterview m.m.). Evalueringen resulterer i udarbejdelsen af en rapport og evt. tildeling af en akkrediteringsstatus, der offentliggøres. Som led i forberedelsen til akkreditering yder evalueringsorganisationen rådgivning til sygehusene. Evalueringsgrundlaget omfatter hele sygehusets drift med vægt på strukturer og processer og kun delvist på resultater. Evalueringen belyser overvejende organisatorisk kvalitet og i et vist omfang patientoplevelen og klinisk kvalitet. Der fokuseres på patientsikkerhed, medicinering, patientrettigheder/information og på hygiejne. Systemet tilstræber både at fremme kvalitetsudvikling og samtidig sikring af kvaliteten (kontrolfunktion). H:S brugte to års forberedelse til akkrediteringen og gennemførte efter akkrediteringen en ekstern evaluering af forløbet. 1.053 ansatte blev interviewet pr. telefon, og der blev gennemført 12 gruppeinterview.

Sønderjyllands Amts Kings Fund Accreditation

En række hospitaler og enkelte almene praksis i Sønderjylland har gennemgået en akkrediteringsproces ved Health Quality Services Accreditation (HQS). HQS er et nyt akkrediteringssystem udsprunget af det britiske Kings Fund og er udviklet til sygehuse i det engelske National Health Service (NHS). Der er, som i de andre akkrediteringssystemer, tale om et system til ekstern kvalitetsevaluering baseret på en række standarder (evalueringsgrundlag), der omhandler alle aspekter af sygehusenes drift. Vægten i evalueringen ligger på strukturer og processer, belysende den organisatoriske kvalitet. Der er dog også et vist fokus på klinisk og patientoplevelen kvalitet. Patientsikkerhed, patientforløb, hygiejne og medicinering er ligeledes væsentlige fokuseringsområder. Systemet tilstræber både at fremme kvalitetsudvikling og sikre kvalitetskontrol. Rapporten er p.t. under udsendelse.

Eksempel 12: Medarbejdernes og ledernes tolkninger på fire medicinske afsnit tilmeldt DGMA

Der findes meget begrænset viden om, hvordan benchmarking og benchmarking-relaterede initiativer egentlig finder anvendelse i hverdagen på de enkelte afdelinger, hvorfor det i denne sammenhæng er relevant at inddrage et projekt, der netop søger at belyse samspillet mellem udviklingen af den faglige kvalitet på sygehusafdelinger og de organisatoriske betingelser herfor (11). Projektet foregår på fire forskellige sengeafdelinger, der er tilknyttet DGMA (Den Gode Medicinske Afdeling, der her er et initiativ, der støtter kvalitetsudviklingen på afdelingerne - se eksempel 8), og indeholder interview med afdelingsledelser, repræsentanter for afsnitsledelser, lægegruppen og plejepersonalet.

Undersøgelsen gør rede for, hvordan både ledere og medarbejdere ser en stærk sammenhæng mellem deres respektive professioner og forbedring af faglig kvalitet - ofte knyttet til fænomener som evidens, retningslinjer og konsensusrapporter. Dette optræder i kombination med bevidstheden, om at den faglige kvalitet i høj grad er en funktion af de erfaringer og de samarbejdsrelationer, der findes - eller eventuelt ikke findes - på den enkelte afdeling.

Lægernes syn på DGMA

Samlet set er DGMA ikke blevet adopteret og integreret i det eksisterende lægelige praksisfællesskab om faglig kvalitet på de fire medicinske afsnit. Lægerne tolker ikke DGMA's indikatorer som umiddelbart indlysende og relevante i forhold til den lokale praksis om faglig kvalitet; fx er indikatorerne ikke rettet mod subspecialerne, som det er tilfældet med evidensbaseret viden, der i langt højere grad er accepteret af lægerne og en integreret del af lægernes opfattelse af faglig kvalitet. Noget af lægernes skepsis vedr. DGMA er, at opgørelserne baserer sig på journalnotater, hvor det anføres, at journalnotaterne ikke altid afspejler de handlinger, der er blevet udført. Hvis lægerne skulle udarbejde mere omfattende journalnotater, ville det tage tid fra patientbehandlingen. Fra lægernes synspunkt er der altså ofte tale om et nødvendigt kompromis mellem at dokumentere og handle.

Plejepersonalets syn på DGMA

Hos plejepersonalet adopteres DGMA heller ikke uden videre, idet DGMA lader nogle væsentlige aspekter ved det plejefaglige arbejde ude af fokus. Sammenfattende synes plejepersonalet dog i højere grad end lægerne at anvende DGMA's opgørelser som et led i en læreproces inden for prioriterede områder. Fx har plejepersonalet på alle fire afdelinger arbejdet med nogle af de områder, hvor de har scoret lavt i DGMA-opgørelserne. Plejepersonalet anfører også det problematiske i, at plejeloggen er grundlag for kvalitetsregistrering - men afdelingssygeplejersken på en af afdelingerne har på baggrund af dokumentationsproblemer taget initiativ til nedsættelse af en dokumentationsgruppe på tværs af afsnittene med udarbejdelse af nye papirer til plejeloggen til følge.

Afdelingsledelsernes holdning til DGMA

Afdelingsledelserne på tværs af de fire afsnit har været meget lidt engageret i DGMA-projektet, der drives af lokale ankerpersoner. Der er delte meninger om kvalitetsparametrene, idet kun to af afdelingsledelserne mener, at indikatorerne som udgangspunkt er relevante. De to andre afdelingsledelser er skeptiske. Samlet set er DGMA som initiativ ikke blevet fuldt ud adopteret i afdelingsledelsernes arbejde med faglig kvalitet, men DGMA har inspireret til at arbejde med specifikke indikatorer, der er relevante for de patientgrupper, de enkelte afdelinger beskæftiger sig med. Det er dermed den sekundære effekt af DGMA's opgørelser, som afdelingsledelsen finder værdifuld.

Problemer ved anvendelse af benchmarking af kvalitet i sundhedsvæsenet

Der er kun få, der har undersøgt, hvordan benchmarkingresultater bliver modtaget og brugt af fagfolk, politikere, administratorer og patienter, og i hvor høj grad offentliggørelsen af resultater af benchmarking tager højde for forskellige målgruppers behov og forventninger. De data, der offentliggøres på basis af benchmarking, skal opfylde de samme krav, som der stilles i andre forskningssammenhænge. De skal:

- være baseret på en tilstrækkelig datamængde for at opnå statistisk signifikans,
- være baseret på valid dataindsamling og analysemetode,
- omfatte risikojustering, hvor det er relevant,
- verificeres gennem årlig ekstern audit, hvis den baseres på selvoplyste data,
- baseres på indikatorer, der opdateres regelmæssigt, så de er i overensstemmelse med nyeste viden,
- funderes på rettidige data,
- tage højde for potentielle uhensigtsmæssige effekter af offentliggørelsen.

DRG-baserede produktivitetsanalyser på sundhedsområdet

I nogle af de ovennævnte enkeltstående benchmarkinginitiativer indgik produktivitet i analyserne, hvor den bl.a. blev målt på liggetider og ressourceforbrug. Produktivitetsanalyser kan imidlertid også anskues som en selvstændig disciplin med indbyggede muligheder for benchmarking af de analyserede enheder. I det følgende beskrives DRG-baserede produktivitetsanalyser som en metode til benchmarking i sundhedssektoren. DRG-baserede produktivitetsanalyser er anvendt flere gange i konkrete, sammenlignende studier af sygehus og afdelingers relative produktivitet (5 og 12-15).

DRG-systemet og DRG-takster

For at kunne opgøre en enheds produktivitet er det nødvendigt at have opgørelser over input såvel som output. Mens det er relativt nemt at opgøre input (fx i form af det samlede ressourceforbrug eller antal personaletimer), er det langt vanskeligere at opgøre sundhedssektorens output. Traditionelt har man

anvendt antallet af producerede sengedage og antallet af behandlede patienter som mål for produktionen. To sygehuse med samme ressourceforbrug kan imidlertid godt producere lige mange sengedage og behandle lige mange patienter uden at være lige produktive. Det skyldes, at nogle patienter er langt mere ressourcekrævende end andre, hvorfor de vurderede enheders patientsammensætning også spiller en central rolle i opgørelsen af produktivitet (16). De fleste nyere produktivitsopgørelser af sundhedssektoren benytter derfor det såkaldte DRG-system. DRG står for "Diagnose Relaterede Grupper" og er et "casemix-system", et patientsammensætningssystem, der benyttes til at kategorisere patienterne i 1) klinisk meningsfulde og 2) ressourcehomogene grupper. Det betyder, at patienter i samme DRG-gruppe skal have nogenlunde ensartede sygdoms- og behandlingsmønstre samt påføre sygehusene omtrent samme udgifter (17). De forskellige DRG-gruppers relative omkostningstyngde omregnes til en såkaldt DRG-vægt, hvor den landsgennemsnitlige udskrivning har vægten 1. Hvis behandlingen af patienter i en DRG-gruppe i gennemsnit andrager halvt så mange udgifter som den gennemsnitlige patient, får den pågældende gruppe altså vægten 0,5. DRG-taksten for hver af de 561 diagnoserelaterede grupper fås herefter ved at gange DRG-vægten med den gennemsnitlige udgift pr. udskrivning (17 og 18). Ved hjælp af DRG-taksterne er det muligt at inddrage patienternes varierende tyngde i opgørelsen af en enheds produktionsværdi, hvilket igen baner vejen for mere retvisende sammenlignende produktivitsanalyser. I et benchmarkingsperspektiv rummer DRG-systemet således store muligheder i og med, at det kan bidrage til at nedbringe nogle af de traditionelle metodiske barrierer. Et af de største metodiske problemer har således været, at man i vidt omfang ikke vidste, om de sammenlignede enheders produktion rent faktisk var sammenlignelige, fordi der sjældent var klarhed over, hvorvidt man behandlede samme typer patienter og leverede samme ydelser. DRG-systemet giver ideelt mulighed for at justere for disse forskelle via koblingen mellem behandlingskoder og de gennemsnitlige behandlingsomkostninger for de respektive behandlinger. DRG-systemets anvendelighed afhænger naturligvis i denne sammenhæng af datakvalitet og ensartethed i afdelingernes registreringer, hvorfor der stadig er lang vej, før DRG-systemet uden videre kan anvendes som benchmarkingværktøj. Introduktionen af aktivitetsbaseret finansiering i sundhedsvæsenet har imidlertid været medvirkende til øget fokus på korrekte registreringer, hvilket kan være med til at øge DRG-systemets anvendelighed over tid – ikke mindst i forhold til benchmarking.

Eksempel 13: DRG-baserede produktivitsanalyser

Der er blevet foretaget adskillige sammenlignende produktivitsanalyser baseret på DRG-systemet. Den første større analyse blev foretaget af Sundhedsministeriet og udkom i 1996 (12). Analysen sammenlignede produktiviteten opgjort vha. DRG-systemet på samtlige danske somatiske sygehuse og benyttede sygehusenes tilrettede regnskabstal som mål for input (12), hvorved det blev muligt at beregne, om de respektive sygehuses produktivitet lå over eller under landsgennemsnittet. Et af problemerne ved overordnede produktivitsanalyser er imidlertid, at de ikke giver nogen forklaring på de observerede variationer i produktivitet. Lignende produktivitsanalyser er derfor også fo-

retaget på afdelingsniveau, hvilket giver en bedre mulighed for udpegning af mulige problemområder med lav produktivitet (15).

De seneste par år er de traditionelle nøgletals- og DRG-baserede produktivitsanalyser blevet suppleret af en ny metode til produktivitsmåling – DEA-metoden (Data Envelop-ment Analysis). Hvor produktivitsanalyser baseret på regressionsanalyser benytter gennemsnittet af alle sygehusenes resultater som sammenligningsgrundlag, vurderer DEA-metoden i stedet produktiviteten i forhold til de relativt mest produktive sygehuse. Begge metoder sammenligner de analyserede enheders relative effektivitet, hvilket gør dem oplagte til benchmarking. Det betyder dog også, at resultaterne ikke siger noget om de undersøgte enheders absolutte effektivitet, hvorfor den relativt bedste enhed i en produktivitsanalyse godt kan have potentiale for yderligere forbedringer. DEA-metoden har både været anvendt til sammenligning af produktivitet mellem amter, mellem sygehuse og mellem enkelte afdelinger (13, 14, 19 og 20). Der er flere eksempler på benchmarking ud fra DEA-metoden i de næste afsnit.

4. Benchmarking i den sociale sektor

På socialområdet er der foretaget en række benchmarkinganalyser inden for bl.a. ældreomsorg, førtidspension og dagtilbud. Kapitlet her skitserer først et eksempel på en international benchmarkinganalyse af den sociale sektor generelt, dernæst gives tre eksempler på DEA-analyser, alle inden for ældreområdet. At benchmarking også kan bruges som overvågningsredskab er Den Sociale Ankestyrelses benchmarking af kommunernes førtidspensionsindsats et eksempel på. Det sidste eksempel på benchmarking på det sociale område er en kommunes interne benchmarking af dens institutioner på dagtilbudsområdet.

Eksempel 14: Social samhørighed - Lissabonprocessen og Danmark

Den Europæiske Union vedtog på Det Europæiske Råds møde i Lissabon 2000, at europæerne inden år 2010 skal leve i den mest konkurrencedygtige og dynamiske vidensbaserede økonomi i verden med flere og bedre job og større social samhørighed. For at opnå dette mål vedtog Det Europæiske Råd en plan, som opstiller mål, mobiliserer og bundter ressourcer og indeholder en klar tidsplan. Som led i forsøget på at opnå disse mål er der opstillet prioriterede områder og benchmarks, og der er vedtaget en afrapporteringsprocedure med indikatorer til overvågning af fremskridt, informations- og erfaringsudveksling og peer review af medlemsstaternes indsats. Dette skal medføre konkurrence imellem medlemsstaterne om deres uddannelsespolitik og -praksis, idet de tilskyndes til at handle på områder, hvor de er bagud i forhold til deres modparter (21).

Et af de prioriterede områder er "social samhørighed". Her ligger Danmark i top tre på næsten halvdelen af de strukturelle indikatorer, bl.a. inden for uligheden af indkomstfordelingen, risikoen for vedvarende fattigdom og langtidsarbejdsløshed. Men ser man på udviklingen over tid, er en del af indikatorerne gået den forkerte vej. Indkomstforskellen mellem den 20 procent rigeste og den 20 procent fattigste dansker er steget fra en faktor 3,1 til 3,2. Samtidig er andelen af fattige (målt efter indkomstoverførsler) og andelen af unge, der forlader skolen tidligt, steget. Selvom en del af de seneste indikatorer er nogle år gamle, er udviklingen formentlig fortsat. Dette er et eksempel på, at Danmark kan ligge på et flot niveau i EU-sammenhæng, uden at vi nødvendigvis er inde i en positiv udvikling. Med andre ord er det relevante benchmark for Danmark i mange tilfælde os selv, da vi ellers kan blive lullet i søvn af de rosende sammenligninger fra EU (22).

Eksempel 15: Fritvalgsdatabasen

På ældreområdet har indførelsen af det frie leverandørvalg medført et krav om, at den kommunale myndighed udarbejder klare og entydige kvalitetskrav til leverandøren af hjemmehjælpsydelsen og har fuld indsigt i omkostningerne ved at levere disse ydelser. Derudover skal der være fuld offentlighed og gennemsigtighed i de kommunale kvalitets- og priskrav på tværs af kommunegrænser. I praksis foregår dette ved kommunernes indberetning af kvalitets-

og priskrav til Socialministeriets "Fritvalgsdatabase". Fritvalgsdatabasen kan betragtes som et simpelt benchmarkingredskab, som de kommunale myndigheder kan bruge til at sammenligne deres service- og omkostningsniveau.

Eksempel 16: Kommunernes effektivitet på ældreområdet

I Finansministeriets budgetredegørelse for 1997 sammenlignes kommunernes effektivitet på ældreområdet ved hjælp af DEA-metoden (1). DEA-metoden (Data Envelopment Analysis) sammenligner hver komponent i analysen (fx hver afdeling/kommune) med "best practice" på området. Grundbetragtningen er, at hver producent skal producere mest muligt output ved brug af mindst muligt input. Man kan enten måle, hvor meget en enhed kan reducere ressourceanvendelsen uden at reducere produktionen (input-orienteret analyse), eller man kan måle, hvor meget enheden kan øge produktionen med den samme mængde input (output-orienteret analyse). En DEA-analyse opstiller således benchmark for enten input eller output og vurderer herudfra, hvor meget de enkelte enheder i analysen har mulighed for at forbedre sig (23 og 24).

I Finansministeriets budgetredegørelse er der på baggrund af DEA-analysen udvalgt en række "best practice"-kommuner, som er blevet interviewet med henblik på at belyse, hvilke faktorer der kan forklare disse kommuners gode præstationer – til inspiration for de kommuner, der klarer sig mindre godt i sammenligningen (1) s. 92.

Sammen med regressionsanalyser er DEA den dominerende analyseform inden for statistiske analyser. En af fordelene ved DEA-metoden er, at den kan håndtere flere input og output, mens simpel regressionsanalyse normalt forudsætter, at der enten kun er et input eller et output (24)³.

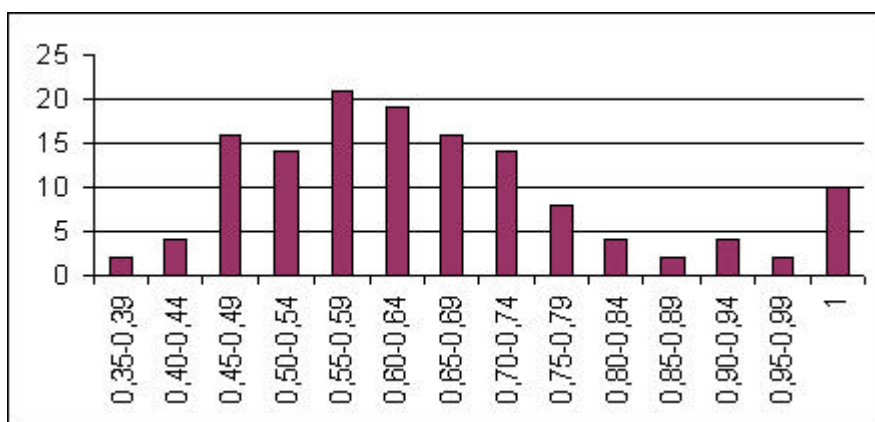
Eksempel 17: Produktivitetsforskelle i kommunerne og over tid

I 2001 udarbejdede Socialministeriet en DEA-analyse på ældreområdet. Formålet med denne analyse var dels at få overblik over produktivitetsforskelle i kommunerne, dels at undersøge produktiviteten i kommunerne over tid, nemlig udviklingen i produktiviteten fra 1995 til 2000. De data, der blev benyttet, var på inputsiden kommunernes nettoudgifter og på outputsiden antal hjemmehjælpstimer, antal pladser i plejehjem/plejeboliger m.v., antal pladser på daghjem og antal dagcenterpladser. Analyserne er foretaget på baggrund af tal fra 136 kommuner, for hvem det var muligt at lave en konsistent analyse over tid.

Analysen viste, at produktiviteten i kommunerne stort set er uændret fra 1995 til 2000, men at der til gengæld er stor spredning i produktiviteten i den kommunale ældreomsorg. Ti kommuner opnåede en DEA-score på 1 og kan dermed betragtes som eksempler på best practice inden for området. De re-

³ Se i øvrigt kapitel 1 for gennemgang af analysemetoder i benchmarking.

sterende 126 kommuner har et teoretisk forbedringspotentiale. Figur 1 giver et overblik over kommunernes DEA-score.



Figur 1: Kommuner fordelt efter DEA-produktivitetsgrad (25).

42% af kommunerne opnår en DEA-score på under 0,6, hvilket kan tolkes som, at disse kommuner kun fremstiller 60% af de ydelser, som de burde i forhold til deres udgifter på området. Der skal dog tages det forbehold, at forskelle i kommunernes produktivitet på området til dels kan skyldes en bevidst prioritering af et højere serviceniveau. Fx kan kommuner, der bevidst vælger en højere normering på plejehjem fremstå som uproduktive, idet de herved bruger flere ressourcer pr. plejehjemsplads.

Det er væsentligt at bemærke om DEA-metoden generelt, at den udpeger de kommuner, der gør det bedst på det pågældende område, men ikke siger noget om, hvorvidt de bedste gør det godt nok (25). I forhold til Socialministeriets undersøgelse er DEA-analysen i sig selv ikke tilstrækkelig i forhold til at kunne forbedre kvaliteten af kommunernes praksis på området, da den kun medtager kvantitative variabler. For at finde ud af, hvad de ti best practice-kommuner gør anderledes end de øvrige, er det væsentligt at supplere DEA-analysen med kvalitative analyser.

Eksempel 18: Forbedringsmuligheder inden for dansk ældrepleje

En nyere undersøgelse fra 2004 sammenligner kommunernes ressourceanvendelse inden for ældreplejen og ser på de forskellige kommuners forbedringsmuligheder. Analysen ser udelukkende på muligheden for kvantitative forbedringer og medtager ikke kvalitative forskelle i kommunernes serviceydelser. De tilgængelige data er aggregeret, hvilket betyder, at det praktisk talt er umuligt at allokere udgifterne på specifikke ydelser.

Undersøgelsens metodiske udgangspunkt er en DEA-analyse, der suppleres med en MEA-analyse (Multi-directional Efficiency Analysis). MEA kan betragtes som et redskab, der fokuserer på "lokale" (decentrale) forbedringsmuligheder, mens DEA normalt betragtes som et redskab, der fokuserer på centrale forbedringsmuligheder. Eftersom de analyserede enheder er danske kommuner, er MEA-analysen mest hensigtsmæssig, da den fokuserer på decentrale

forbedringsmuligheder – hvad den enkelte kommune kan gøre bedre – frem for på det centrale forbedringspotentiale, hvad staten kan gøre bedre.

MEA-analysen muliggør således en vurdering af det relative forbedringspotentiale for de specifikke input. I den konkrete analyse peges på betydelige forbedringsmuligheder for samtlige input. De væsentligste besparelser er at hente blandt det administrative personale (26).

Eksempel 19: Benchmarking af kommunernes førtidspensionsindsats

Igenem 1990'erne er der sket en løbende decentralisering af kompetencen til at afgøre førtidspensionssager fra de sociale nævn til kommunerne. Dette har medført bekymringer for, at decentraliseringen skulle medføre øgede geografiske forskelle i afgørelsespraksis. For at følge og forebygge denne udvikling har Den Sociale Ankestyrelse siden 1994 haft en praksisovervågningsforpligtelse i forhold til kommunernes afgørelse i sager om førtidspension. Målet med Ankestyrelsens arbejde er at sikre, at afgørelserne i de enkelte kommuner er så ensartede som muligt.

Der udgives hvert år en statistisk opgørelse af afgørelser i sager om førtidspension. Sammen med årsstatistikken udgives resultater fra en benchmarkingmodel, hvor antallet af tilkendegivelser sammenlignes med det forventede antal tilkendegivelser. Det forventede antal tilkendegivelser beregnes ud fra en regressionsanalyse.

I en regressionsanalyse udnyttes de individbaserede registeroplysninger, vi i Danmark har adgang til via vores personregister. Regressionsanalyser giver mere stabile resultater end DEA-analyser, hvad angår kommunernes relative produktivitet. Derudover kan der inddrages et stort antal variabler i regressionsanalyser, hvilket også er en begrænsning ved DEA. Regressionsanalysen af kommunernes førtidspensionsindsats udnytter dette og kontrollerer for en række forhold, der har betydning for, at en person får tilkendt førtidspension, fx kommunens alderssammensætning, erhvervsstruktur og befolkningens sammensætning mht. erhvervsuddannelse.

Modellen blev revideret og udbygget i 2000, så den nu bl.a. inddrager udviklingen i afgørelsespraksis i den enkelte kommune over tid (27).

Der er foretaget en benchmarkinganalyse af, om styrelsens praksisundersøgelse har en adfærdsændrende effekt på de kommunale aktører. Hvis dette er tilfældet, burde det vise sig ved, at kommunens afgørelsespraksis ændrer sig i tiden efter, at Ankestyrelsen har gennemført en praksisundersøgelse og i forbindelse hermed givet kommunen råd og vejledning om, hvordan uheldige elementer af kommunens hidtidige afgørelsespraksis kan korrigeres.

Undersøgelsen bestod i en kombination af en kvantitativ og en kvalitativ analyse. Den kvantitative del fokuserede på praksisundersøgelserne, mens den

kvalitative del bestod af en række kvalitative interview med nøglepersoner i udvalgte nævn og kommunale socialforvaltninger. Konklusionen på undersøgelsen var, at der kunne påvises en ganske svag effekt af Ankestyrelsens praksisundersøgelse i kommunernes adfærd på området (28).

Eksempel 20: Benchmarking på dagtilbudsområdet - Skovbo Kommune

Der er de senere år sat fokus på kvalitetsudvikling inden for dagtilbudsområdet. Foruden benchmarking anvendes fx Balanced Scorecard som redskab til struktureret opfølgning og resultatvurdering.

"Balanced Scorecard" er et styrings- og ledelsesværktøj. Det tager udgangspunkt i en struktur og fremgangsmåde, som sigter mod at omfatte alle aspekter i økonomistyringen – også de aspekter som ikke er økonomiske i snæver forstand. Grundtanken i "Balanced Scorecard" er, at balancen mellem økonomiske og ikke-økonomiske resultater skal være synlig og gøres til genstand for debat. "Balanced Scorecard" lægger op til, at man fokuserer på fem aspekter – økonomi og effekt, kvalitet og brugere, processer, personale samt udvikling og læring – og på sammenhængene mellem disse fem aspekter. "Balanced Scorecard" bygger endvidere på, at det på forhånd er fastlagt, hvordan der skal følges op, og hvad succeskriteriet er. Med andre ord, hvornår vil der være tale om et stærkt kritisk resultat, hvornår er der tale om en afvigelse, som kræver opmærksomhed, og hvornår lykkes man? (29).

Skovbo Kommune indgik for nogle år siden – som den første kommune i landet – en aftale med ISS om drift af en daginstitution (og siden en mere). Kommunen indgik bl.a. aftalen for at styrke kvalitetsudviklingen på dagtilbudsområdet. Som endnu et nyt led i kvalitetsudviklingen er kommunen ved at udvikle benchmarkingværktøjer. Udgangspunktet for den "første version" af benchmarkingundersøgelsen er et ønske om at undersøge, om puljeinstitutionerne bliver drevet på samme vilkår og med samme kvalitet som de kommunale, eller om der evt. var en større "opbakning" og kvalitet i de privatdrevne institutioners organisatoriske bagland.

Benchmarkingværktøjerne bruges i første omgang til at rette fokus mod tidsforbruget i institutionerne. Der er blevet foretaget en undersøgelse af tidsforbruget, ved at lederen og souschefen i hver af de to private og to kommunale referenceinstitutioner er blevet bedt om at registrere deres tidsforbrug ved fire funktioner: Pædagogiske, administrative, andre ledelsesfunktioner samt øvrige funktioner. Samtidig skulle der tidsregistreres konkrete arbejdsopgaver.

Den konkrete undersøgelse af de to private institutioner i forhold til to kommunale referenceinstitutioner tyder bl.a. på, at der i den ene private, integrerede institution bruges færre ressourcer på administrations- og ledelsestid og mere på børnetid end i de kommunale. I den anden private børnehave (der

er en nyere institution, som har været præget af en række opstartsproblemer) var billedet noget mere utydeligt.

Kommunen understregede, at samarbejdet med den private leverandør vedr. benchmarkingundersøgelsen blev brugt som "eksperimentarium" for kvalitetsudvikling og -sikring af kommunens dagtilbud (30).

5. Benchmarking på beskæftigelsesområdet

Også på beskæftigelsesområdet er der gennemført forskellige benchmarkinganalyser, bl.a. af arbejdstilsynet, arbejdsformidlingen og arbejdsløshedskasserne (1). Senest har akf og SFI gennemført en række benchmarkinganalyser på beskæftigelsesområdet. De udvalgte eksempler omfatter statistiske analyser og effektanalyser af indsatsen over for kontanthjælpsmodtagere og indvandrere. Der er tale om databenchmarking, der dog indeholder oplagte muligheder for at foretage uddybende analyser i form af procesbenchmarking.

Beskæftigelsesområdet er karakteriseret ved, at der i stort omfang er adgang til individbaserede registeroplysninger. Derfor er det på dette område oplagt at foretage regressionsanalyser frem for DEA.

Eksempel 21: Statistiske analyser af kommunernes indsats med at få kontanthjælpsmodtagere i beskæftigelse

Akf har i to omgange gennemført statistiske analyser af kommunernes indsats med at få kontanthjælpsmodtagere i beskæftigelse. Succeskriteriet i analyserne var, hvor hurtigt kontanthjælpsmodtagere påbegynder ordinær beskæftigelse eller uddannelse. Analyserne, der tager højde for kommunale forskelle mht. kontanthjælpsmodtagernes karakteristika og lokale arbejdsmarkedsforhold, er baseret på data frem til 1999. De peger bl.a. på store forskelle i kommunernes resultater i forhold til kontanthjælpsmodtagerne. Det ser ud til, at kommunerne prioriterer beskæftigelsesindsatsen meget forskelligt, ligesom medarbejdernes (og ledelsens) incitamenter til at få arbejdsduelige kontanthjælpsmodtagere beskæftiget er meget forskellige.

Ved anvendelse af samme metoder kan der med et opdateret datagrundlag gennemføres tilsvarende analyser frem til 2002. Desuden kan der følges op med dyberegående kvalitative undersøgelser til udvalgte kommuner (nogle, som ser ud til at have stor succes med indsatsen ifølge indikatoren, og andre, som ser ud til at have mindre succes) eller mere kvantitativt orienterede spørgeskemaundersøgelser til et større antal kommuner. Formålet med dette analysedesign er at afdække, om der er systematiske forskelle i organiseringen og tilrettelæggelsen af indsatsen mellem henholdsvis succesfulde og mindre succesfulde kommuner (31).

Eksempel 22: Analyser af kommunernes indsats med at få udlændinge i beskæftigelse

Benchmarking af kommunernes integrationsindsats har en væsentlig højere kvalitet end de nøgletal, der ofte bruges i sammenligninger af kommunerne, fordi der tages højde for en række væsentlige forskelle i kommunernes vilkår. Der foretages korrektioner, som så vidt muligt tager højde for, at gruppen af indvandrere har forskellige karakteristika i forskellige kommuner, og at kommunernes generelle vilkår er forskellige.

Akf har gennemført flere forskellige benchmarkinganalyser af kommunernes integrationsindsats over for udlændinge omfattet af integrationsloven. To af disse har som succeskriterium, hvor hurtigt indvandrere påbegynder ordinær beskæftigelse eller uddannelse. Den ene analyse vedrører perioden 1999-2001 (32), den anden vedrører perioden 1999-2002 (33). De bygger begge på registerdata for alle personer omfattet af integrationsloven.

Et problem i disse to undersøgelser er, at registerdata til bestemmelse af beskæftigelse har en ret stor forsinkelse, hvorfor man fx i 2004 kun har adgang til data frem til 2001. Før at få en analyse af nyere tal på området har akf gennemført en tilsvarende analyse, men denne gang med registerdata for modtagelse af offentlig forsørgelse (34). Succeskriteriet i denne analyse er således selvforsørgelse (eller fraværet af offentlig forsørgelse, bortset fra SU) i stedet for beskæftigelse. Analysen dækker perioden 1999 til 2003 og bygger på registerdata og data fra Beskæftigelsesministeriets DREAM-register, som opdateres hurtigere end de registre, der indeholder oplysninger om beskæftigelse. I modsætning til de første analyser omfatter denne kun de indvandrere, der modtog introduktionsydelse fra omkring det tidspunkt, de fik opholdstilladelse. Årsagen til dette er, at personer, der ikke modtager introduktionsydelse, er selvforsørgende fra starten. Typisk er de fx forsørget af den person, de er familiesammenført med. Afgrænsningen til personer, der modtager introduktionsydelse, er samtidig en afgrænsning til de personer, som kommunerne i særlig grad har en integrationsforpligtelse over for. Den anden analyse er desuden mere udbygget end den første, idet den tager højde for flere forskelle i indvandrernes karakteristika og det lokale arbejdsmarked.

De tre analyser viser store forskelle i kommunernes resultater med hensyn til at få flygtninge hurtigt i arbejde, og de opstillede benchmarkingindikatorer er blevet brugt som udgangspunkt for videre analyser af kommunale forskelle i integrationsindsatsen. Der er foretaget to opfølgende analyser. Den ene er en kvantitativ analyse af sammenhængen mellem kommunernes integrationssucces målt ved benchmarkingindikatoren og forskellige aspekter af kommunernes integrationsindsats (35). Den anden er en kvalitativ undersøgelse af seks kommuner, tre med en høj værdi af benchmarkingindikatoren og tre med en lav. Denne analyse har til formål at afdække, hvilke forhold der kan forklare forskellene i indikatorværdier, herunder forhold vedrørende kommunernes organisering og prioritering (36). De opfølgende analyser viser bl.a., at sagsbehandlernes holdninger har stor indflydelse på integrationsindsatsen i kommunerne.

En mulig videre opfølgning på disse analyser kunne være at foretage en spørgeskemaundersøgelse blandt et større antal kommuner, der kunne afdække yderligere elementer i kommunernes organisering og differentiering af indsatsen og inddrage forhold relateret til sagsbehandleradfærd. I relation til kommunalstrukturaspektet kan et sådant undersøgelsesdesign fx belyse en hypotese om, at større kommuner, som udnytter deres størrelse til at implementere en relativt specialiseret og differentieret integrationsindsats, har større succes med indsatsen.

Eksempel 23: Effektanalyser af aktivering af kontanthjælpsmodtagere

Som led i en større evaluering af den aktive socialpolitik foretog SFI i 2001 en analyse af effekterne ved aktivering af kontanthjælpsmodtagere. Formålet med analysen var at måle, om aktivering øger kontanthjælpsmodtagernes mulighed for at komme i beskæftigelse.

Der er taget udgangspunkt i fire overordnede aktiveringstyper: offentlig jobtræning, privat jobtræning, uddannelsesaktivering og anden aktivering. Analyserne er foretaget med baggrund i et registerbaseret datamateriale, der omfatter 10% af den danske befolkning mellem 18 og 66 år, og der tages udgangspunkt i aktiveringstilbud, som er afsluttet i perioden 1995-1998. Da registeroplysninger omkring beskæftigelse er begrænsede og samtidig forholdsvis upræcise, måles der i stedet på, om kontanthjælpsmodtagerne modtager offentlig forsørgelse i mindre omfang efter aktiveringsforløbets afslutning, end de gjorde inden aktiveringen. Undersøgelsen viser bl.a., at især aktivering i privat jobtræning har en mærkbar effekt – det samme gør sig gældende for dagpengemodtagere. Den anvendte benchmarkingmetode har flere ulemper, som varighedsmodeller ikke har, og som betyder, at der er en tendens til, at de estimerede effekter af aktivering er mere positive, jo senere i ledighedsperioden aktiveringen iværksættes – uanset om det faktisk er tilfældet (37).

Eksempel 24: Kommunal aktivering

SFI har også foretaget en analyse af kommunal aktivering i 2004. Formålet med denne analyse var dels at undersøge produktiviteten af kommunernes administration af den kommunale aktivering, dels hvilke faktorer der har indflydelse på kommunernes produktivitet, specielt om der er nogen sammenhæng mellem kommunernes størrelse og deres produktivitet. Der er således foretaget en undersøgelse af det nuværende omfang af aktivering af kontanthjælpsmodtagerne i kommunerne for derved at prøve at få sat en størrelsesorden på deres forbedringspotentialer.

Analysen finder først frem til en række benchmarkingkommuner (efficiente), som de øvrige (inefficiente) kommuner holdes op imod ved hjælp af en MEA-analyse (Multi-directional Efficiency Analysis). Herved kommer man frem til de enkelte kommuners forbedringspotentialer for hver af de seks typer aktivering, der indgår i analysen: *jobtræning*, *individuel jobtræning*, *kompetencegivende uddannelser* (AMU, VUC, handelsskoler, tekniske skoler mv.), *andre uddannelser* (produktionsskoler, daghøjskoler, sprogskoler mv.), *beskæftigelsesprojekter/særligt tilrettelagte forløb* samt *andre foranstaltninger*. Ved hjælp af regressionsanalyser undersøges det efterfølgende, hvilke faktorer der har indflydelse på kommunernes forbedringspotentialer inden for de forskellige typer af aktivering.

Hvad angår kommunernes størrelse, så viser analysen, at denne har en signifikant indflydelse på kommunernes relative forbedringspotentiale inden for to af de seks aktiveringstyper, nemlig kompetencegivende uddannelser og andre

foranstaltninger. Her viser analysen bl.a., at kommuner med færre end 16.000 indbyggere generelt har et større forbedringspotentiale end kommuner med flere indbyggere. For de fire øvrige aktiveringstyper har kommunernes størrelse ikke signifikant indflydelse på kommunernes forbedringspotentiale. SFI's analyser siger ikke noget om, hvor gode kommunerne er til at få kontanthjælpsmodtagere i arbejde, altså effekten af den kommunale aktivering, og heller ikke noget om, hvorvidt én form for aktivering er bedre end andre. Der ses udelukkende på kommunernes forbedringspotentiale i forhold til benchmarkkommunerne (38).

Eksempel 25: Benchmarking af kommunernes arbejdsmarkedsrettede indsats

Finansministeriet har foretaget en analyse af kommunernes arbejdsmarkedsrettede indsats. Udgangspunktet for undersøgelsen var en konstatering af en betydelig variation i kommunernes beskæftigelsesfrekvens, altså at der var stor forskel på, hvor mange personer i den erhvervsaktive alder der var i beskæftigelse i forskellige kommuner. Formålet med analysen var i første omgang at undersøge, om der var grundlag for at vurdere, om der er en forskel i *effektiviteten* af indsatsen på tværs af kommuner.

Forskellen mellem faktisk og forventet andel af modtagere af langvarig kontanthjælp er blevet analyseret ud fra en regressionsmodel. Det viser sig umiddelbart, at der er forskel på kommunernes indsats i forhold til at få nedbragt antallet af modtagere af langvarig kontanthjælp, også når der tages højde for strukturelle forskelle kommunerne imellem. Blandt de kommuner, som har en højere aktiverings- og revalideringsgrad end landsgennemsnittet, forekommer der en overvægt af kommuner med færre modtagere af langvarig kontanthjælp end forventet.

Som supplement til regressionsmodellen er kommunerne blevet opdelt i en række homogene delgrupper, inden for hvilke kommunerne bedre kan sammenlignes indbyrdes. Opdelingen af kommunerne er foretaget på baggrund af en "klyngeanalyse". Som kriterievariabler for klyngeanalysen anvendes de forklarende variabler i regressionsmodellen. Inden for hver af klyngerne ses en betydelig spredning i andelen af modtagere af langvarig kontanthjælp. Der synes derfor at være grundlag for at konkludere, at der er forskel på effektiviteten af kommunernes indsats i forhold til at nedbringe andelen af modtagere af langvarig kontanthjælp. Konklusionen motiveres både af, at der kan konstateres en betydelig variation i forskellen mellem den faktiske og forventede andel af modtagere af langvarig kontanthjælp, ligesom der kan konstateres en betydelig spredning inden for forholdsvis sammenlignelige delgrupper af kommuner (39).

Eksempel 26: Benchmarking af kommunernes integrationsindsats

Integrationen af udlændinge på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet fungerer som en indikator på vellykket integration. Derfor måles kommunernes integrationsindsats i Finansministeriets benchmarkinganalyse på, i hvor

høj grad det er lykkedes at integrere udlændinge på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet. Undersøgelsen består i en logistisk regressionsanalyse, som bygger på data fra den registerbaserede arbejdsmarkedsstatistik fra 1999. Der er brugt data på individniveau, hvilket øger robustheden og præcisionen af regressionsanalysen. Analysen har til formål at identificere, hvilke forhold der har betydning for indvandrere og efterkommeres integration på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet.

Analysen viser, at bl.a. indvandrernes køn, opholdstid, uddannelse taget i Danmark og national oprindelse er af stor betydning for integration. Hvad angår kommunernes integration af udlændinge, viser analysen betydelige forskelle. Baggrunden for dette kan blandt andet være, at der er forskelle i sammensætningen af udlændingegruppen i de forskellige kommuner. Derfor foretages der i analysen en korrektion for forskelle i kommunernes udlændingesammensætning. Det viser sig, at der efter denne korrektion fortsat er forskelle.

En del af forskellene kan forklares med forskelle i den generelle beskæftigelsessituation i kommunerne. Gruppen af udlændinge er således generelt bedre integreret i kommuner, hvor den generelle ledighed er relativ lav, end i kommuner, hvor den generelle ledighed er relativ høj. Derimod synes det ikke at spille nogen rolle for den enkelte indvandrers sandsynlighed for at være i beskæftigelse eller under uddannelse, om vedkommende bor i en kommune med relativt mange indvandrere. Baggrunden for dette kan blandt andet tænkes at være, at integrationen af indvandrere får særlig stor kommunal bevågenhed i kommuner med en stor andel indvandrere.

Analysen peger således på, at udlændingesammensætningen og den generelle beskæftigelsessituation bidrager til at forklare forskellene mellem kommunerne i indvandrernes integration, men at disse faktorer ikke fuldt ud kan forklare disse forskelle. Den kommunale indsats synes således også at spille en rolle. Flere undersøgelser af den kommunale integrationsindsats fremhæver, at tæt kontakt til det lokale erhvervsliv samt en målrettet aktiveringsindsats bidrager positivt til integration af gruppen. Danskundskaber fremhæves også som en betydelig faktor, hvilket understreger betydningen af omfanget og kvaliteten af danskundervisningen i kommunerne (40).

Eksempel 27: Beskæftigelsesområdet - Lissabonprocessen og Danmark

Det Europæiske Råds plan for Europa, som blev vedtaget i Lissabon i 2000, er allerede omtalt under eksempel 14. Beskæftigelse gennem læring, gennem bedre uddannelseskvalitet, udgør kernen i denne plan. Der er en tydelig forbindelse mellem uddannelsesniveau og beskæftigelsesmuligheder, og der er etableret en ramme for europæisk erhvervsuddannelsespolitik med henblik på at forbedre systemerne, lette adgangen til læring og højne kvalifikationsniveauet (21).

I benchmarkingen af medlemslandene på beskæftigelsesområdet ligger Danmark flot. Vi ligger i top tre med hensyn til beskæftigelsesgraden for både kvinder, mænd og ældre. Ser man på beskæftigelsen i Danmark over tid, har vi også oplevet en positiv udvikling i beskæftigelsesgraderne. Danmarks beskæftigelsesgrad er altså positiv – uanset om man ser på udviklingen over tid – eller i en sammenligning med EU-gennemsnittet. Men ser man på nogle af de andre indikatorer for beskæftigelsen, falmer billedet lidt. Lønforskellen imellem mænd og kvinder er steget og nærmer sig EU-gennemsnittet, andelen af voksne under uddannelse eller træning er faldet, og antallet af arbejdsskader er steget (dog ikke antallet med dødelig udgang). Men på trods af den negative udvikling ligger Danmark i top tre med hensyn til livslang læring og arbejdsulykker for mænd. Dette er – ligesom det var tilfældet på det sociale område – et eksempel på, at Danmark kan ligge på et flot niveau i EU-sammenhæng, uden at være inde i en positiv udvikling (22).

6. Benchmarking inden for undervisning og kultur

Sammenholdt med de allerede gennemgåede områder gennemføres der på uddannelsesområdet særdeles mange *internationale* benchmarkinganalyser, hvor danskernes uddannelsesmæssige færdigheder sammenlignes med andre nationaliteters. Danmarks deltagelse i internationale sammenligninger og undersøgelser på uddannelsesområdet er koncentreret om samarbejdet i de internationale samarbejdsfora, IEA og OECD (41). Derudover gennemfører Danmarks Evalueringsinstitut, EVA, en række analyser på uddannelses- og kulturområdet med international sammenligning for øje.

EVA beskæftiger sig med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af uddannelser og undervisning. Den centrale opgave er at evaluere uddannelser og undervisning, mens der er mindre vægt på evaluering af institutioner og deres samlede drift. Det kvalitetsudviklende kommer til udtryk ved, at EVA skal udvikle metoder til evaluering og stille denne viden til rådighed for institutionerne. EVA er således også et centralt videncenter på evalueringsområdet med internationale kontakter. I forhold til at sikre bedre uddannelseskvalitet repræsenterer EVA en eksternt part med alle uddannelsesområder som sit virkefelt. Institutioner, der har medvirket i EVA-evaluering, fx gennem en selvevaluering, er forpligtet til at forholde sig til rapporternes anbefalinger og offentliggøre en opfølgingsplan på deres hjemmeside (42).

De første tre eksempler nedenfor præsenterer EVA's arbejde og giver eksempler på nogle af de evalueringer, der kan betragtes som benchmarking. Herefter gives et par eksempler på benchmarking af folkeskolen.

Det er småt med benchmarkinganalyser på kulturområdet. Der er dog bl.a. foretaget benchmarking af folkebiblioteker med henblik på at belyse faktorer, som er medvirkende til at skabe effektive biblioteker ud fra en identificering af "best practice" (1, s. 94).

Eksempel 28: Brugen af benchmarking i uddannelsesverdenen

EVA har været med til at udarbejde en rapport om benchmarking som metode (43). Rapporten er udgivet af ENQA, det europæiske netværk for evaluering og kvalitetsudvikling på de videregående uddannelser.

Rapporten diskuterer benchmarking som metode og kommer ind på spørgsmål som: Hvad betyder benchmarking? Hvordan udøves det? Og hvad er styrkerne og svaghederne ved metoden? Den er et forsøg på at operationalisere begrebet benchmarking og at give et overblik over, hvordan begrebet bliver brugt forskellige steder i uddannelsesverdenen. Rapporten samler op på en diskussion om principperne for benchmarking og kommer frem til en række punkter, der karakteriserer god brug af metoden. Benchmarking skal bl.a. altid rumme et element af sammenligning. Den skal indeholde et bærende element af læring og ønsket om at kvalitetsudvikle egen praksis. Der skal skabes ejerskab over benchmarkingprocessen for at styrke elementet af læring. Og der skal

være enighed om og gennemsigtighed i procedurerne og kriterierne i projektet. Rapporten konkluderer, at benchmarking ikke er en entydig størrelse, men opfattes som flere forskellige ting – både hvad angår definition og praktisk udmøntning (44).

Rapporten indeholder en række konkrete eksempler på brugen af benchmarking som evalueringsmetode, bl.a. et par danske. Det drejer sig om en beskrivelse af forskellige benchmarkingprojekter på Handelshøjskolen i København og om EVA's evaluering af agronomuddannelsen på fire europæiske universiteter.

Eksempel 29: Institutionel evaluering af Danmarks Tekniske Universitet (DTU)

Som led i handlingsplanen for 2003 besluttede EVA at gennemføre en institutionel evaluering af et fakultet eller et monofakultært universitet. Instituttet indbød alle fakulteter og monofakultære universiteter til at deltage i evalueringen, og Danmarks Tekniske Universitet (DTU) tog imod opfordringen og besluttede at deltage.

DTU ønskede at knytte evalueringsprocessen sammen med universitetets egen ambition om at etablere et sammenhængende kvalitetssystem for uddannelse, forskning og innovation. Kvalitetssystemet skal gøre det muligt at dokumentere resultaterne og kvaliteten af universitetets aktiviteter og skal samtidig være et redskab til det løbende arbejde med kvalitetssikring og -udvikling på alle organisatoriske niveauer. Regelmæssig benchmarking med internationalt anerkendte institutioner skal være en hjørnesten i kvalitetssystemet.

I auditeringen af DTU anbefales det bl.a., at der udvikles et koncept for international benchmarking af institutternes forskning og forskningsresultater med sammenligning af både resultat- og procesorienterede forhold og et koncept for kvantitativ og kvalitativ benchmarking af de forskellige institutters innovation og resultaterne heraf (45).

Eksempel 30: Benchmarking af de klassiske konservatorieuddannelser

EVA har på opdrag af Kulturministeriet foretaget en undersøgelse af kvaliteten af de klassiske uddannelser på konservatorierne. Formålet med undersøgelsen var at opnå overblik over styrker og svagheder ved konservatorierne og samtidig identificere eventuelle kvalitetsproblemer. Undersøgelsen bygger på en sammenligning mellem de klassiske uddannelser i Danmark og lignende uddannelser i udlandet.

Hovedkonklusioner på den internationale benchmarking af de klassiske uddannelser på konservatorierne er, at de fem musikkonservatorier, som er med i undersøgelsen, tilbyder uddannelse inden for klassisk musik på et klart tilfredsstillende niveau. Samtlige konservatorier vurderes at være velfungerende uddannelsesinstitutioner med stor betydning for kulturlivet og den musikalske

udvikling på regionalt og nationalt niveau. De små konservatorier har meget stor betydning for det regionale musikliv, men deres beskedne størrelse giver begrænsede muligheder for et dynamisk studiemiljø (46).

Eksempel 31: Folkeskoleområdet

På nationalt plan har FOKUS tidligere beskæftiget sig med benchmarking på folkeskoleområdet i kraft af minipjecen "Standardisering af brugerundersøgelser i folkeskolen". Her nævner Thomas Rafn, at de undersøgelser, der hidtil er gennemført lokalt, er kendetegnet ved at være ukoordinerede og enkeltstående, hvorfor de ikke har kunnet bruges til sammenligninger med andre kommuner. KL's introduktion af KL-Kompasset – et benchmarkingkoncept, der omfatter alle aspekter af en måling af brugernes tilfredshed med den kommunale service, og som kommunerne kan bruge til sådanne undersøgelser – giver dog mulighed for benchmarking både på landsplan, mellem kommunetyper, enkeltkommuner og skoler. Ved at sammenligne kvaliteten af kommuner og skoler kan der udvælges eksempler på best practice på forskellige områder, så skolerne kan lære af hinanden (47).

Der er også foretaget benchmarkinganalyser på folkeskoleområdet ud fra DEA og regressionsanalyser, som der er blevet fulgt op på med kvalitative interview. Herudfra er karakteristika for "best practice"-kommuner blevet beskrevet. Akf har for Finansministeriet fulgt op på den omkostningsorienterede benchmarkinganalyse med en effektanalyse af, hvorledes de enkelte elevers videre forløb påvirkes af forskellene mellem kommunerne (1), s. 88.

Eksempel 32: PISA

Den mest omtalte benchmarking på folkeskoleområdet er givetvis Danmarks deltagelse i OECD's PISA-undersøgelse. PISA står for "*Programme for International Student Assessment*" og er en international evaluering af elever på folkeskoleniveau. 32 lande deltager i undersøgelsen. Formålet med projektet er at måle, hvor godt eleverne er rustet til at møde udfordringerne i dagens informationssamfund. Undersøgelsen gennemføres i tre runder, hvoraf de første to har fundet sted, nemlig i 2000 og i 2003. Den sidste skal finde sted i 2006. Hensigten med at gennemføre undersøgelsen i tre runder er, at myndighederne i de deltagende lande ikke blot kan bedømme deres eget uddannelsessystem i forhold til andre landes, men også får et indtryk af udviklingen over tid. Herigennem vil de kunne se, om satsninger på bestemte områder undervejs i forløbet giver udslag i kraft af bedre resultater.

Undersøgelsen fokuserer på elevernes færdigheder inden for tre faglige områder; læsning, matematik og naturfag. Derudover omfatter undersøgelsen målinger af elevernes personlige og sociale kompetencer. Der tages højde for elevernes socioøkonomiske forskelle m.m. Undersøgelsen bygger på data fra faglige test og spørgeskemaer.

De dele af undersøgelsen, der allerede er gennemført, viser bl.a., at danske elever ligger under gennemsnittet, hvad angår de faglige kundskaber i læs-

ning, matematik og naturvidenskab. Til gengæld er de danske elever rigtig glade for at gå i skole. Det mest nedslående i undersøgelsen var, at den danske grundskole er dårlig til at bryde den sociale arv (48).

Akf har videreført PISA-undersøgelsen i en undersøgelse af alle elever i 9. klasse i Københavns Kommune. Denne undersøgelse viser ingen betydelig forskel i forhold til resultaterne for de københavnske skoler, som deltog i PISA2000. Til gengæld viser forskellen mellem de københavnske grundskoler sig at være meget stor. Ud fra en antagelse af, at der er en sammenhæng mellem de faglige testresultater og skoledemografiske forhold, er det bl.a. undersøgt, om der er en sammenhæng mellem undersøgelsens resultater og henholdsvis skolestørrelse og klassestørrelserne. En sådan sammenhæng kan dog ikke påvises (49).

Akf er gået endnu et skridt videre med en analyse af, om der kan siges noget om sammenhængen mellem læseresultater og koncentration af tosprogede elever. Denne undersøgelse påviser, at elevernes socioøkonomiske baggrund kan forklare op mod 50% af forskellene i de målte færdigheder, mens skoleeffekter kan forklare yderligere 15%. Dette tyder på, at skoleforhold og elevsammensætningen på skolerne kan være én af forklaringerne bag forskellen i de gennemsnitlige færdigheder blandt danske elever og elever med indvandrerbaggrund (50).

Organisationerne bag de danske PISA-undersøgelser har gennemført yderligere benchmarkinganalyser, hvor man med udgangspunkt i elevernes karakterer har identificeret de skoler, hvor eleverne klarer sig særlig godt, når der korrigeres for deres sociale baggrund. Herudfra har man identificeret en række "gode eksempler", hvis særlige karakteristika er forsøgt kortlagt, så andre kan lære af dem. Formålet er at mindske gruppen af unge, der forlader folkeskolen med utilstrækkelige færdigheder i forhold til videre uddannelse og arbejdsmarkedets krav. Projektet sigter dermed også på at anviser tiltag i folkeskolen, som kan være med til at bryde den negative sociale arv og øge skolerne effektivitet (51).

7. Benchmarking på miljø- og teknikområdet

Inden for miljø- og teknikområdet er der foretaget benchmarkinganalyser i form af omkostnings/effektivitetsanalyser, DEA-analyser og nøgletalsanalyser. Nedenfor skitseres to eksempler på benchmarking i form af DEA-analyser, hhv. for elforsyningsselskaber og fjernvarmeværker, et eksempel på international benchmarking af miljøområdet, og en pilotbenchmarking af miljøtilsynet. Der er desuden tidligere foretaget benchmarkinganalyser af kommunal affaldshåndtering (1) s. 92.

Eksempel 33: Benchmarking af elforsyningsselskaberne

Energitilsynet foretager årligt en benchmarkinganalyse af, hvordan forsyningspligtselskaber og netselskaber fungerer. Resultaterne af Energitilsynets benchmarking er blevet analyseret i akf. Analysen omfatter 50 forsyningspligtselskaber og 77 netselskaber. Med hensyn til effektiviteten af netselskaberne er det mest effektive ifølge analysen 2-3 gange mere effektivt end det mindst effektive. Analysen konkluderer forsigtigt, at kommunale selskaber er mindre efficiente end ikke-kommunale. Derimod viser analysen ikke dokumenterbare stordriftsfordele (52).

Energitilsynets benchmarkingmodel er blevet brugt som redskab til at presse de mindre effektive netselskaber. På grund af problemer med modellen er denne anvendelse indtil videre opgivet (53).

Eksempel 34: Benchmarking i kraft-varme-produktionen

I et forskningsprojekt gennemført med støtte fra Energiforskningsprogrammet sammenlignes aktiviteterne hos 320 selskaber organiseret under Danske Fjernvarmeværkers Forening. Analyserne er baseret på regnskabsrapporter for 1999/2000 og ser på 126 variabler. Hovedsigtet med projektet er at afdække, hvor stort et besparelspotentiale der er at finde, hvis de enkelte værker sammenlignes med de mest effektive i sektoren. Analyserne finder besparelspotentialer for hele sektoren varierende fra 5% til 60% svarende til mellem 150 mio. kr. og 3,4 mia. kr. afhængigt af, hvilke fleksibilitetsforventninger der er lagt ind over de enkelte selskaber (23 og 54).

Det viser sig imidlertid, at værkernes effektivitet og indbyrdes rangorden i høj grad afhænger af, hvilken model der anvendes. Værker, der opnår den højeste effektivitetsscore med den ene analysemodel, dumper ned i klassementet, når man anvender den anden model. Og omvendt, vil valg af anden model føre til, at ineffektive værker kan blive de mest effektive! (53). Derfor konkluderes det, at der ikke er den store gevinst ved at anvende benchmarking, som der lægges op til i Varmeforsyningsloven. Benchmarkingmetoden har desuden den svaghed, at den kun er i stand til at udpege de bedste selskaber, men ikke til at vurdere, om disse er gode nok. I den sammenhæng er det relevant at lave internationale analyser for at finde ud af, om det nationale effektivitetsniveau nu også er højt nok. International benchmarking af elsektoren gennemføres fx i Norge (55).

Eksempel 35: Miljøområdet - Lissabonprocessen og Danmark

Også på miljøområdet er Danmark blevet sammenlignet med andre europæiske lande ud fra Det Europæiske Råds benchmarks. For miljøindikatorerne har udviklingen i de fleste lande været positiv over de sidste fem år. Danmark ligger rimeligt gennemsnitligt i EU med hensyn til miljøindikatorer. Vi har fx et relativt lille område beskyttet under habitatdirektivet i forhold til EU i gennemsnit. Til gengæld har vi et betydeligt større areal udlagt som beskyttede områder til fugle (22).

Eksempel 36: Pilotbenchmarking af miljøtilsynet

Miljøstyrelsen har gennemført et pilotprojekt, hvor tilsynsadministrationen benchmarkes. Projektet skal bidrage til udviklingen af en benchmarkingmetode, som kan anvendes til benchmarking af miljøtilsynene i hele landet. Formålet med dette skulle være at undgå forskelligartet tilsynspraksis og derudover medvirke til større gennemsigtighed, ensartethed og effektivitet i tilsynspraksisen i hele landet.

I pilotprojektet afprøves den benchmarkingmodel, der er udviklet til formålet. Det bygger på data fra 5 amter og 11 kommuner. På baggrund af projektet er udarbejdet en række anbefalinger vedrørende måleparametre til benchmarking af kommunal og amtskommunal miljøadministration (56).

8. Konklusioner og anbefalinger

En af de væsentligste forudsætninger for vellykkede benchmarkinganalyser er, at der er opstillet veldefinerede mål og målemetoder på det område, man ønsker at benchmarke. De seneste års udvikling af nationale kvalitetsprojekter har betydet, at fokus er blevet løftet fra de helt lokale projekter til nationale modeller, hvilket har givet forøget systematik og konsistens i kvalitetsarbejdet. Det har samtidig sat gang i udviklingen af eksplicitte kvalitetsmål og veldefinerede målemetoder baseret på fælles standarder og indikatorer, der gør det nemmere at foretage meningsfulde sammenligninger på tværs af tid og enheder, jf. fx KL-Kompasset (eksempel 31).

De gennemgåede eksempler kan give et indtryk af, hvilke benchmarkinginitiativer der finder sted inden for det offentlige serviceområde. Eksemplerne omfatter både nationale og internationale initiativer, fortløbende såvel som enkeltstående initiativer og initiativer med udgangspunkt i både kvalitets- og produktivitetsparametre. Der er desuden eksempler på benchmarking af forskellige niveauer, således fx både enkelte afdelinger eller institutioner, kommuner eller amter, hele sektorer eller specifikke ydelser. I mange af eksemplerne er databenchmarking suppleret med procesbenchmarking. I de eksempler, der ikke omfatter procesbenchmarking, er der i mange tilfælde oplagte muligheder for videre analyser.

Flere af de gennemgåede eksempler handler om ret omfattende benchmarkinganalyser, der kræver enorme datamængder, men der er også eksempler på benchmarking helt ned på afdelingsniveau, fx Skovbo Kommunes benchmarking på dagtilbudsområdet ved hjælp af Balanced Scorecard (eksempel 20), eller kvalitetsevalueringer i form af selvevaluering på sundhedsområdet. Og det er på dette niveau, de enkelte enheder selv kan tage fat og kaste sig ud i benchmarking. Eksemplerne i dette notat illustrerer, hvor bredt begrebet benchmarkinganalyser dækker – fra omfattende videnskabelige, nationale eller internationale analyser til mindre lokale initiativer. Er man endnu ikke involveret i benchmarkinginitiativer, kan man starte i det små og måske i første omgang gennemføre en benchmarkinganalyse internt i organisationen.

I forhold til notatets fokus på kvalitetsudvikling inden for den offentlige service ses det, at det på de fleste områder endnu ikke er lykkedes at benchmarke kvaliteten af de leverede ydelser. Selvom en enhed fx vurderes at være relativt omkostningseffektiv i sammenligning med andre sammenlignelige enheder, så siger vurderingen ingenting om effekten, fx hvor en patient får den bedste behandling. Også her er der oplagte muligheder for videre analyser.

Gennemgangen af benchmarkinginitiativer og -metoder viser, at benchmarking og benchmarkingrelaterede initiativer finder sted inden for de gennemgåede sektorer, men også at der er store udsving, hvad angår type, omfang og udbredelse af benchmarking på de forskellige områder.

Mens det er relativt nemt at kortlægge, hvilke former for benchmarking der finder sted i den offentlige sektor, er det sværere at vurdere hensigtsmæssigheden og effekten af initiativerne. Der foretages sjældent evalueringer af selve benchmarkingmetoden, der på sin vis selv udgør en form for evaluering. Derfor eksisterer der også kun begrænset viden om, hvilke former for benchmarking der virker og hvorfor. Derudover ligger der mange forskellige interesser og motivationer bag arbejdet med ressourceforbrug og udvikling af kvaliteten i den offentlige sektor. Dette gør det vanskeligt at pege på, hvilke metoder og tiltag der med fordel kan overføres fra en sektor til en anden.

Hvad angår notatets fokus på kvalitetsudvikling inden for den offentlige service synes det umiddelbart at være de *fortløbende systematisk designede initiativer*, frem for de enkeltstående initiativer, der rummer det største potentiale for forbedringer af den offentlige service gennem benchmarking.

Anbefalinger

Dette notat er ment som et første skridt i arbejdet med at opruste med hensyn til gennemførelse af benchmarkinganalyser omhandlende kvalitetsudvikling i den offentlige servicesektor. For at få gennemført et så effektivt og givtigt udviklingsarbejde som muligt vil det være værdifuldt at supplere notatet her med en kortlægning af udenlandske erfaringer med benchmarking inden for de pågældende områder. I en sådan kortlægning vil det også være væsentligt at undersøge, hvordan man takler problemet med at fremskaffe de nødvendige data.

Som det fremgår af flere af eksemplerne, er der stor variation i de metoder, der anvendes ved benchmarkinganalyser, og de har langtfra fundet deres endelige form, hvorfor der er behov for fortsat metodeudvikling på forskellige områder. Formålet hermed skulle bl.a. være:

- at systematisere de centrale valg, der skal træffes ved gennemførelse af benchmarkinganalyser,
- at udvikle nogle generelle kriterier for, hvordan forskellige dele af analysen specificeres mest hensigtsmæssigt,
- at præcisere generelle muligheder og begrænsninger mht. fortolkningen af resultaterne,
- at arbejde videre med udvikling af metoder til at takle selektionsproblemet.

På baggrund af notatet anbefales således:

1. En kortlægning af udenlandske eksempler på benchmarkinginitiativer.
2. Iværksættelse af pilotundersøgelser på områder, hvor der mangler data til benchmarking.
3. Fortsat metodeudvikling, særligt med henblik på at sikre kvalitetsdimensionen i benchmarkinganalyser.

9. Anvendt litteratur

- 1) Finansministeriet: "Benchmarking i den offentlige sektor – nogle metoder og erfaringer", Finansministeriet, 2000.
- 2) Christiansen L, Hansen A, Aagaard L: "Benchmarking i sygehussektoren". I: Christensen M (ed.): "Benchmarking – på tværs af faggrænser", Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2001: 183-200.
- 3) Sundhedsministeriet: "Danmark som foregangsland – Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet", 2000.
- 4) Evalueringscenter for Sygehuse: "Benchmarking af ortopædkirurgiske afdelinger i 4 amter", 2000.
- 5) Frederiksborg Amt, Storstrøms Amt, Sønderjyllands Amt, Vejle Amt: "Benchmarking af børneafdelingerne i Hillerød, Næstved, Kolding og Viborg", 2004.
- 6) Christensen M: "Målsætning for kvalitet i Voksenpsykiatrien, Status 2003", 2004.
- 7) Christensen M: "Målsætning for kvalitet i Børne- og Ungdomspsykiatrien, Status 2003", 2004.
- 8) Sundhedsministeriet: "Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning", 1999.
- 9) Kvalitetsafdelingen: "Århus Amts Sygehusvæsen – set med patientens øjne. 2. måling", Århus Amt, 2003.
- 10) Riiskjær E: "Hvad oplever patienten på sygehuset? – Et afdelingsbaseret koncept til systematisk indsamling af patientoplevelser på somatiske sygehuse". Delpublikation nr. 2 i skriftserien om "De mellem menneskelige relationer", Århus Amt, 2003.
- 11) Hansen MB, Albæk J: Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation – et samspil: Medarbejderes og lederes tolkninger på fire medicinske afsnit tildelt DGMA", DSI – Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
- 12) Sundhedsministeriet: "DRG-analyser for danske sygehuse 1993", 1996.
- 13) Olesen OB, Ankjær-Jensen A, Svenning AR: "DRG til produktivitsanalyser på afdelingsniveau", Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 2002 (nr. 9, november): 329-335.
- 14) Olesen OB: "Anvendelse af data envelopment analysis til produktivitetsevaluering af danske sygehuse for perioden 2000-2002", Institut for Organisation og Ledelse, SDU Odense, 2004.

- 15) Ankjær-Jensen A, Svenning AR: "Anvendelse af DRG til produktivitsanalyser på afdelingsniveau", Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 2002 (nr. 3, april): 106-114.
- 16) Olesen OB, Petersen NC: "Måling af sygehusets produktivitet – En anvendelse af DEA-metoden og DRG-systemet", Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1999.
- 17) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet: "Takststyring på sygehusområdet", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- 18) Kjeldsen K: "DRG kører på to spor", Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 2000 (nr. 10, december): 348-350.
- 19) Finansministeriet: "Budgetredegørelse 98", 1998.
- 20) Strukturkommissionen: "Strukturkommissionens betænkning – bind III", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.
- 21) Bainbridge S, Murray J, Harrison T, Ward T: "Beskæftigelse gennem læring – Anden rapport om erhvervsuddannelsespolitik i Europa", Det Europæiske Center for Udvikling af Erhvervsuddannelse, 2003.
- 22) Vium, A: "Lissabonprocessen og Danmark", Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, 2003.
- 23) Agrell P, Bogetoft P, Fristrup P, Munksgaard J, Pade L: "Effektiviseringspotential i fjernvarmesektoren. Slutrapport på EFP 2000 projekt j.nr. 1753/00-0013: Fjernvarmepriser i et liberaliseret energimarked – benchmarking i kraftvarmeproduktionen", Forskningscenter Risø, 2003.
- 24) Heinesen E: "Metoder til sammenligning af kommunernes effektivitet med hensyn til integration af indvandrere på arbejdsmarkedet". Notat udarbejdet til Integrationsministeriet, akf, 2002.
- 25) Socialministeriet: "DEA-analyse på ældreområdet", 2002.
- 26) Hougaard JL, Kronborg D, Overgård C: "Improvement Potential in Danish Elderly Care", Health Care Management Science 7, 2004: 225-235.
- 27) Gregersen O: "Benchmarking af kommunernes førtidspensionsindsats", SFI, 2000.
- 28) Lindermann G, Gregersen O: "Benchmarking på førtidspensionsområdet – virker Den Sociale Ankestyrelses praksiskoordinering?", SFI, 2001.
- 29) Therkilsen, T. og S. Jakobsen: "Skab helhed i styringen og styrk overblikket". I: "Økonomisk perspektiv nr. 23", KL, 2001.

- 30) Socialministeriet: "Kvalitetsudvikling i Dagtilbud – Afrapportering fra 1. fase af KiD-projektet", 2001.
- 31) Arendt JN, Heinesen E, Husted L, Colding B, Andersen SH: "Kontanthjælpsforløbs varighed og afslutning: Forskelle mellem kommuner", akf forlaget, 2004.
- 32) Heinesen E og Husted L: "Benchmark-analyse af kommunernes integrationsindsats i forhold til udlændinge omfattet af integrationsloven", akf forlaget, 2004.
- 33) Andersen SH, Heinesen E og Husted L: "Benchmarkinganalyse af integrationen i kommunerne målt ved udlændinges beskæftigelse 1999-2002", akf forlaget, 2005.
- 34) Andersen SH, Heinesen E, Husted L: "Benchmarkinganalyse af integrationen i kommunerne målt ved udlændinges selvforsørgelse 1999-2003", akf forlaget, 2005.
- 35) Heinesen E, Winter SC, Bøge IR, Husted L: "Kommunernes integrationsindsats og integrationssucces", akf forlaget, 2004
- 36) Rosdahl A: "Aspekter af integrationsindsatsen i 6 kommuner - en kvalitativ opfølgning på en kvantitativ benchmarkanalyse", SFI, 2004.
- 37) Graversen BK, Weise H: " Effekter af aktiveringsindsatsen over for kontanthjælpsmodtagere", SFI, 2001.
- 38) Overgaard C: "Kommunal aktivering". I: Bengtsson S (red.): "Kommunestørrelsens betydning – Resultater af analyser for Strukturkommissionen", SFI, 2004: 50-65.
- 39) Finansministeriet: "Benchmarking af kommunernes arbejdsmarkedsrettede indsats". I: " Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod 2010", 2002: 245-255.
- 40) Finansministeriet: "Benchmarking af kommunernes integrationsindsats". I: "Budgetredegørelse 2000/2001", 2001: 223-249.
- 41) Skovsgaard J: "De danske uddannelser i internationale sammenligninger". I: Undervisningsministeriet: "Uddannelse" 06/2004.
- 42) Pedersen P: "Kvalitet". I: Undervisningsministeriet: Uddannelse 03/2003.
- 43) European Network for Quality Assurance in Higher Education: "Benchmarking in the Improvement of Higher Education", 2002.
- 44) Åkerman E: "Benchmarking ikke en entydig størrelse" I: EVALuering nr. 2, 2003.
- 45) Danmarks Evalueringsinstitut: "Auditering af DTU", 2004.

- 46) Danmarks Evalueringselskab: "Comparative Review of the Danish Programmes in Classical Music", 2002.
- 47) Rafn T: "Standardisering af brugerundersøgelser i folkeskolen", FOKUS, 2003.
- 48) Andersen AM m.fl.: "Forventninger og færdigheder – danske unge i en international sammenligning", 2001.
- 49) Egelund N, Rangvid BS: "PISA-København – Kompetencer hos elever i 9. klasse i København", akf forlaget 2005.
- 50) Rangvid BS: "Forskelle i færdigheder mellem dansk- og tosprogede elever: Resultater fra PISA-København", akf forlaget 2005.
- 51) Mehlbye J, Ringsmose C: "Elementer i god skolepraksis – »De gode eksempler«", akf forlaget 2004.
- 52) Larsen A: "Liberalisering og frit valg i elsektoren". I: Christoffersen H, Paldam M (red.): "Frit valg og andre delvise markedsløsninger – teori og erfaringer", akf forlaget, 2002: 81-94.
- 53) Moll Sørensen, E.: "Indtægtsrammeregulering i den danske elreform". Akf working paper 11:2005.
- 54) Munksgaard J: "Benchmarking af fjernvarme", akf, 2004.
- 55) Fristrup P, Munksgaard J: "Kan produktionen af fjernvarme effektiviseres?", Forskningscenter Risø og akf, 2002.
- 56) Miljøstyrelsen: "Pilotbenchmarking af miljøtilsynet". Miljøprojekt nr. 990, 2005.

10. Oversigt over eksemplerne

3. BENCHMARKING I SUNDHEDSSEKTOREN	13
ENKELTSTÅENDE BENCHMARKINGANALYSER.....	13
<i>Eksempel 1: International benchmarking af ortopædkirurgi, neurologi, thoraxkirurgi og onkologi på fire danske og fire udenlandske afdelinger</i>	<i>13</i>
<i>Eksempel 2: Benchmarking af ortopædkirurgien i fire danske amter.....</i>	<i>14</i>
<i>Eksempel 3: Benchmarking af børneafdelingerne i Hillerød, Næstved, Kolding og Viborg</i>	<i>14</i>
<i>Eksempel 4: Voksenpsykiatri og Børne- og Ungdomspsykiatri</i>	<i>15</i>
<i>Eksempel 5: International benchmarking af den danske syghussektor i forhold til udvalgte vesteuropæiske lande og New Zealand.....</i>	<i>16</i>
BENCHMARKING AF KVALITETEN I SUNDHEDSVÆSENET.....	16
<i>Eksempel 6: Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet</i>	<i>17</i>
<i>Eksempel 7: Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)</i>	<i>18</i>
<i>Eksempel 8: Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)</i>	<i>18</i>
<i>Eksempel 9: Landsdækkende og regionale patienttilfredshedsundersøgelser</i>	<i>19</i>
<i>Eksempel 10: Kliniske databaser</i>	<i>20</i>
<i>Eksempel 11: Danske erfaringer med systemer til ekstern kvalitetsvurdering</i>	<i>21</i>
<i>Eksempel 12: Medarbejdernes og ledernes tolkninger på fire medicinske afsnit tilmeldt DGMA.....</i>	<i>22</i>
<i>Problemer ved anvendelse af benchmarking af kvalitet i sundhedsvæsenet</i>	<i>23</i>
DRG-BASEREDE PRODUKTIVITETSANALYSER PÅ SUNDHEDSOMRÅDET.....	23
<i>DRG-systemet og DRG-takster.....</i>	<i>23</i>
<i>Eksempel 13: DRG-baserede produktivitetsanalyser.....</i>	<i>24</i>
4. BENCHMARKING I DEN SOCIALE SEKTOR.....	26
<i>Eksempel 14: Social samhörighed – Lissabonprocessen og Danmark</i>	<i>26</i>
<i>Eksempel 15: Fritvalgsdatabasen.....</i>	<i>26</i>
<i>Eksempel 16: Kommunernes effektivitet på ældreområdet</i>	<i>27</i>
<i>Eksempel 17: Produktivitetsforskelle i kommunerne og over tid.....</i>	<i>27</i>
<i>Eksempel 18: Forbedringsmuligheder inden for dansk ældrepleje</i>	<i>28</i>
<i>Eksempel 19: Benchmarking af kommunernes førtidspensionsindsats</i>	<i>29</i>
<i>Eksempel 20: Benchmarking på dagtilbudsområdet – Skovbo Kommune</i>	<i>30</i>
5. BENCHMARKING PÅ BESKÆFTIGELSESMRÅDET	32
<i>Eksempel 21: Statistiske analyser af kommunernes indsats med at få kontanthjælpsmodtagere i beskæftigelse</i>	<i>32</i>
<i>Eksempel 22: Analyser af kommunernes indsats med at få udlændinge i beskæftigelse.....</i>	<i>32</i>
<i>Eksempel 23: Effektanalyser af aktivering af kontanthjælpsmodtagere</i>	<i>34</i>
<i>Eksempel 24: Kommunal aktivering</i>	<i>34</i>
<i>Eksempel 25: Benchmarking af kommunernes arbejdsmarkedsrettede indsats</i>	<i>35</i>
<i>Eksempel 26: Benchmarking af kommunernes integrationsindsats</i>	<i>35</i>
<i>Eksempel 27: Beskæftigelsesområdet – Lissabonprocessen og Danmark</i>	<i>36</i>
6. BENCHMARKING INDEN FOR UNDERVISNING OG KULTUR.....	38
<i>Eksempel 28: Brugen af benchmarking i uddannelsesverdenen</i>	<i>38</i>
<i>Eksempel 29: Institutionel evaluering af Danmarks Tekniske Universitet (DTU)</i>	<i>39</i>
<i>Eksempel 30: Benchmarking af de klassiske konservatorieuddannelser</i>	<i>39</i>
<i>Eksempel 31: Folkeskoleområdet</i>	<i>40</i>
<i>Eksempel 32: PISA</i>	<i>40</i>
7. BENCHMARKING PÅ MILJØ- OG TEKNIKOMRÅDET	42
<i>Eksempel 33: Benchmarking af elforsyningsselskaberne</i>	<i>42</i>
<i>Eksempel 34: Benchmarking i kraft-varme-produktionen</i>	<i>42</i>
<i>Eksempel 35: Miljøområdet – Lissabonprocessen og Danmark</i>	<i>43</i>
<i>Eksempel 36: Pilotbenchmarking af miljøtilsynet.....</i>	<i>43</i>

Notatet kan læses og udskrives gratis fra FOKUS' hjemmeside:
www.fokus-net.dk/benchmarking

© FOKUS og forfatterne

ISBN nr. 87-90837-44-0 (elektronisk)