

Benchmarking

**Et verktøy for måloppnåelse og forbedring-
også i Sykehuset Innlandet HF?**

Stein Smeby og Jon Grøtta



Høgskolen i **Hedmark**

Mastergradsoppgave ved Avdeling for økonomi- og ledelsesfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2011

Forord

Studien vår om benchmarking er siste del av mastergradsstudiet Master in Public Administration and International Governance ved Høgskolen i Hedmark.

Vi ønsker å takke alle våre lærere for gode forelesninger i for oss nye og interessante emner som har gjort at vi er der vi er i dag med vårt mastergradsløp. Vi vil takke alle lærere og medstudenter på MPA-4 for faglige innspill og sosialt samvær gjennom tre år.

En spesiell takk til våre informanter som satte av verdifull tid og stilte opp til intervjuer med oss.

Vår veileder Hans Christian Høyer fortjener en spesiell takk for å ha stilt opp og fått oss til å forstå det umuligste. Vi har fått viktig, nyttig og ikke minst nødvendig veiledning av ham i oppgaveskrivingen.

Vi takker også våre arbeidskolleger og familier som har stått ut med oss gjennom hele mastergradsstudiet.

Kap 1 er skrevet av Stein Smeby

Kap 2 er det instrumentelle perspektivet skrevet av Stein Smeby, det institusjonelle perspektivet er skrevet av Jon Grøtta

Kap 3 er skrevet av Jon Grøtta

Kap 4, 5 og 6 er skrevet i fellesskap

Hele mastergradsoppgaven er gjennomarbeidet og drøftet i fellesskap.

Elverum, mai 2011

Jon Grøtta

Stein Smeby

Innhold

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
INNHold	3
NORSK SAMMENDRAG	5
ABSTRACT.....	6
1. INNLEDNING.....	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	7
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL	7
1.3 BENCHMARKING – CNTEN DU VIL ELLER IKKE.....	8
1.3.1 Historisk utvikling av offentlig sektor	8
1.3.2 Benchmarking får innpass i helsesektoren.....	9
1.3.3 Lederrolle i endring.....	11
1.4 BENCHMARKING, HVA ER DET?	12
2. TEORI	17
2.1 INNLEDNING.....	17
2.2 DET INSTRUMENTELLE PERSPEKTIVET	17
2.3 DET INSTITUSJONELLE PERSPEKTIVET	20
2.3.1 Det kulturelle perspektivet.....	21
2.3.2 Myteperspektivet	25
3. METODE.....	30
3.1 INNLEDNING.....	30
3.2 VALG AV FORSKNINGSDSIGN	31
3.3 INNSAMLING AV DATA.....	34
3.3.1 Valg av metode	34
3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguide og valg av type intervju.....	35
3.3.3 Utvelgelse av intervjuobjekter	36
3.3.4 Gjennomføring av intervjuene	37
3.4 ANALYSE OG BEARBEIDING AV DATAENE	38
3.5 METODEKRITIKK.....	39
3.5.1 utfordringer ved eget design.....	42

3.5.2	<i>Utfordringer ved datainnsamlingen</i>	42
3.5.3	<i>Oppsummering</i>	46
4.	EMPIRI	48
4.1	INNLEDNING	48
4.2	PRESENTASJON AV FUNNENE	48
4.2.1	<i>Sammenligning av målbare størrelser</i>	48
4.2.2	<i>Benchmarking som styringsverktøy - ja eller nei?</i>	52
4.2.3	<i>Akseptering, skepsis og avvisning av benchmarking</i>	55
4.2.4	<i>Benchmarking et moteord?</i>	60
4.2.5	<i>Økt interesse fra omgivelsene</i>	62
4.2.6	<i>Oppfatninger om framtidig bruk av benchmarking</i>	63
4.2.7	<i>Oppsummering av empiriske funn</i>	66
5.	TEORETISK ANALYSE	70
5.1	DET INSTRUMENTELLE PERSPEKTIVET	70
5.2	DET INSTITUSJONELLE PERSPEKTIVET	74
5.2.1	<i>Det kulturelle perspektivet</i>	74
5.2.2	<i>Det mytiske perspektivet</i>	76
5.3	ANALYSE FRAMTIDIG BRUK AV BENCHMARKING	78
5.3.1	<i>Innledning</i>	78
5.3.2	<i>Kunnskap</i>	78
5.3.3	<i>Innleie av konsulenter eller ikke</i>	79
5.3.4	<i>Involvering</i>	80
5.3.5	<i>Læring</i>	81
5.3.6	<i>Oppsummering</i>	81
6.	KONKLUSJON	82
6.1	INNLEDNING	82
6.2	KONKLUSJONER FRA UNDERSØKELSEN	82
	LITTERATURLISTE	85

Norsk sammendrag

Denne oppgaven setter fokus på hva som kjennetegner oppfatninger om benchmarking hos ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF. Bakgrunnen for fokuset er at det i NOU 2000:19 blir gitt føringer for bruk av benchmarking som styringsverktøy i offentlig virksomhet.

Med utgangspunkt i de tre organisasjonsteoretiske perspektivene det instrumentelle, det kulturelle og det mytiske, ble det satt opp i alt ni empiriske forventninger til hva som kjennetegner oppfatningene. Etter et strategisk utvalg blant ledere og kontrollere ble det gjennomført 16 dybdeintervjuer.

De empiriske funnene fra intervjuene viser at det generelt er et lavt kunnskapsnivå i forhold til kunnskapsstatus på området benchmarking særlig når det gjelder lederne. Controllerne har gjennom sin økonomiske utdanning bedre kunnskaper og ser derfor også et videre spekter av muligheter for bruk av benchmarking.

Uavhengig av demografisk profil og ledernivå så er alle opptatt av ulike typer sammenligning og styring som uttrykk for benchmarking. Selv om mange ser den positive muligheten for kvalitetsforbedring gjennom benchmarking, så er lederne og særlig de på nivå 3 skeptiske til benchmarking.

De instrumentelle faktorene er de som har størst påvirkning på oppfatningene, og de er forankret i den generelle kunnskapsstatus. Samtidig forsterkes de instrumentelle forventningene gjennom de kulturelle faktorene ved at sykehuset er en ekspertorganisasjon som vektlegger fagkunnskap som legitimt beslutnings- og handlingsgrunnlag. Oppfatningene er ikke rene reflekser av kunnskapsstatus i tråd med de instrumentelle forventningene, men også fortolkninger av kunnskapsstatus i tråd med institusjonelle forventninger. Vi finner også at de kulturelle faktorene har så stor gjennomslagskraft at den motemessige påvirkningen blir liten.

Under gitte forutsetninger finner vi også at benchmarking kan benyttes både som styringsverktøy og i kvalitetsforbedringsarbeid i Sykehuset Innlande HF.

Abstract

Benchmarking – a tool for achieving goals and improvement, also at Sykehuset Innlandet HF?

This study focuses on the characteristics of opinions of benchmarking by leaders and controllers at Sykehuset Innlandet HF. The guidelines for the use of benchmarking as a management tool in the public sector, as described in the NOU 2000:19, forms the basis of this focus.

Based on the three organizational theoretical approaches, the instrumental, the cultural and the mythical, we outlined nine expectations of what characterizes these opinions. After a strategic selection among leaders and controllers, 16 depth interviews were carried out.

The empirical findings from the interviews shows that there is in general a low level of knowledge related to the general state of knowledge in the field of benchmarking, especially when it comes to leaders. The financial education of controllers, and therefore a better understanding, enable them to see a wider range of possibilities of the use of benchmarking.

Regardless the demographic profile and management level, both groups are committed to different kinds of comparison and management as an expression of benchmarking. Although many see a positive potential for quality improvement work through benchmarking, the leaders and especially those at level 3 are skeptical towards benchmarking.

The instrumental factors have the greatest impact on opinions, and they are embedded in the state of knowledge. The instrumental expectations are enhanced through the cultural factors in that hospitals are expert organizations that emphasize knowledge as legitimate decision-making and action basis. Opinions are not pure reflections of the state of knowledge in accordance to the instrumental expectations, but also interpretations of the state of knowledge in accordance to institutional expectations. We find that the cultural factors have such great impact that the mythical related influence is small.

We find that under certain circumstances benchmarking can be used both as a management tool and quality improvement tool in SykehusetInnlandet HF.

1. Innledning

I innledningen vil vi redegjøre for valg av tema og bakgrunnen for våre forskningsspørsmål. Det gjør vi ved å vise til vår egen motivasjon og til overordnede dokumenter (NOU 2000:19). Til slutt vil vi kort skissere hvordan vi har bygd opp arbeidet med vår problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av forskningsspørsmål

Bakgrunnen for valg av forskningsspørsmål er at vi har sett at offentlig sektor har endret seg over tid og at grenser mellom privat og offentlig virksomhet gradvis reduseres med hensyn til organisering og oppfatninger om nye styringsverktøy. Vi ser at også helsesektoren tar opp i seg nye ideer og på denne måten er i takt med samfunnsutviklingen. Vi har selv vært med på bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF og med bakgrunn i dette ønsker vi å se nærmere på hvilke oppfatninger ledere og kontrollere har til benchmarking.

1.2 Forskningsspørsmål

- **Hva kjennetegner ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF sine oppfatninger av begrepet benchmarking?**
- **Hvilke konsekvenser mener vi deres oppfatninger kan ha for bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.**

1.3 Benchmarking – Enten du vil eller ikke

1.3.1 Historisk utvikling av offentlig sektor

Etter andre verdenskrig har samfunnet utviklet seg dramatisk fra å være en hierarkisk velferdsmodell til i dag å være preget av nettverksstyring og samarbeid. Det har skjedd en historisk utvikling hvor man fra starten hadde fokus lokalt, og hvor hensikten var å bygge opp lokale tilbud hvor alle krefter bidro med det de kunne. Dette gir et bilde av kommunen som hadde tilbud om alt og kunne sørge for at befolkningen i kommunen hadde arbeid og nødvendige velferdstjenester. I perioden fra midt på femtitallet og helt fram til 80/90 årene vokser det fram en mer profesjonell organisasjon i kommunen. Politiske ambisjoner blir mer framtrepende og kommunene får etter hvert mer ressurser å rutte med. Det snakkes om reformer og kommunal service. Veldig sterk tro på sektorisering og tro på planlegging. Det ble bygget sterke administrasjoner med mye makt, og byråkratiet økte i denne perioden.

Fra 80/90 årene kommer nye momenter som desentralisering, ledelse og strategi og troen på viktigheten av et marked inn som sterke krefter i samfunnsutviklingen. Det er modellen med overlegen tro på markedet som får betegnelsen New Public Management (NPM). I den norske sentraladministrasjonen har det vært særlig mål- og resultatstyring (MRS) og strukturell fristilling som hatt størst tilslutning, hvor fristilling har blitt sett på som et alternativ til privatisering. Til tross for det så har Norge tradisjonelt blitt sett på som en relativ nølende reformator. (Mydske, Claes, Lie 2007) NPM kjennetegnes ved en liberalistisk reformbølge hvor det er fokus på hvor og hvordan offentlige tjenester produseres. Hovedtesen var at man skulle lære av det private for å kunne bedre tjenesteproduksjon og service i det offentlige. Det ble hevdet at effektiviteten var så mye bedre i det private sammenlignet med det offentlige. Det ble i denne perioden vanlig å la befolkningen kunne velge tjenester og servicenivå. Ledelse med økonomisk gevinst er og var incentivet for arbeidet. I denne modellen var det viktig å bryte ned tjenesteproduksjonen i enkeltdeler for om mulig sette dette ut på anbud for å få best priser uten at kvaliteten reduseres. Fokus var rettet mot resultatet, ikke hvem som utførte tjenestene. Konkurransen skulle gi mer for pengene og innen helsesektoren ble det snakket om: «mer helse for hver krone».

I perioden fra 80/90 årene og fram til i dag er de individuelle behov og vurderinger mer vektlagt enn de kollektive. Det er en tydelig konkurransekultur i denne perioden. Er det sunn konkurranse for å kunne gi det beste tilbudet til befolkningen eller er det de

økonomiske incentiver som styrer? I de siste årene fra årtusenskiftet og fram til i dag er også NPM framtreddende, men har nå utviklet seg mer i forhold til internasjonalisering og samhandling på tvers av landegrenser. Nettverksmodeller skapes lokalt og internasjonalt.

Slik samfunnet har utviklet seg så ser vi at benchmarking blir en del av metodene for å kunne utvikle kvalitetsmessig bra tjenester samtidig som effektivitet og økonomi balanseres i et positivt resultat.

1.3.2 Benchmarking får innpass i helsesektoren

I de fleste velferdsstater har det utviklet seg en stadig større oppmerksomhet omkring effektivisering av den offentlige tjenesteproduksjonen gjennom konkurranseeksponering. For mange tjenester eksisterer det ikke noe reelt marked å konkurrere i, og å avdekke mulige effektivitets- og kvalitetsforskjeller mellom offentlige virksomheter blir derfor ofte vanskelig. Bruk av benchmarking oppfattes som en verdifull metode i forsøk på å måle effektivitet i sektorer der effektivitet er vanskelig å måle. Ved å sammenligne offentlige virksomheter kan det oppstå konkurranse om å oppnå de beste resultatene, og på den måten kan benchmarking brukt riktig bidra til bedre effektivitet og kvalitet på de offentlige tjenestene.

I en tid hvor politikere er påvirket av New Public Management, er det stor sannsynlighet for at benchmarking vil ha betydelig politisk oppmerksomhet og få betydning både for politisk styring og demokratisk kontroll. Et av resultatene av dette er at Statskonsult¹ i sitt tildelingsbrev for 2001 ble bedt om å bidra til at statsforvaltningen tok i bruk styringsverktøy som fremmet brukerorienteringen i statsforvaltningen, og benchmarking ble nevnt som ett av dem. Av den grunn er benchmarking av interesse for oss som ansatte i offentlig virksomhet (NOU 2000:19)

Også i helsevesenet har benchmarking fått sitt innpass. Gjennom rapporter fra bl.a.

¹ Statskonsult – Norsk statlig organisasjon som fram til juni 2007 leverte rådgivning bistand og evaluering rettet mot omstilling i offentlig sektor

SAMDATA² sammenlignes / samstilles sykehusene etter bestemte parametere og diskusjoner på kvalitet, størrelse, befolkningsgrunnlag skjer med bakgrunn i dette tallmaterialet.

Spesialisthelsetjenesten har høyt faglig kvalifisert personell og benchmarking kan gjøres med vekt på ulike parametere. I dagens Norge gjøres det en rent tallmessig sammenligning mellom helseforetak ved de årlige SAMDATA rapportene. Disse sier noe om antall av forskjellige parametere og om det er endringer fra tidligere år. Her vil det være mulig å kunne se trender og også i forhold til om det er satt inn spesielle tiltak for å endre ulik praksis. I siste SAMDATA rapport beskrives også nye parametere som er mer kvalitetsorienterte som antall korridorpasienter og epikrisetid (tid før epikrise er sendt til fastlege fra spesialisthelsetjenesten). Hvis vi fragmenterer SAMDATA rapportene vil man innen helseforetakene også kunne benchmarke ulike typer praksis mellom avdelinger og gjennom en slik prosess kunne øke kvalitet på egne tjenester og for å se etter mulige effektivitetsendringer.

Mange sykehus har benyttet konsulentfirmaer til å utføre benchmarking internt i organisasjonen. Her er det rikt spillerom for principal-agent teori³ og asymmetrisk informasjon, og konsulentfirmaene har derfor ofte blitt brukt for å øke legitimiteten til resultatet av benchmarkingen i og med at de er eksterne aktører. På den andre siden har det hatt en betydelig kostnad da sykehusene bare i 2009 brukte anslagsvis 800 mill kr på konsulenttjenester⁴, selvsagt ikke alt til benchmarking. Kritiske røster har hevdet at pengene til konsulentfirmaer kunne vært benyttet til bedre formål og kanskje kommet pasientene mer direkte til gode.

På sykehusnivå har man ved hjelp av benchmarking sammenlignet like avdelinger, og det har vært motivert ut fra en forestilling om at de dyrest drevne avdelingene kunne kutte

² SINTEF Helse utfører prosjektet SAMDATA – Styringsinformasjon innen spesialisthelsetjenesten, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Formålet med SAMDATA er å utvikle, analysere og publisere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA benyttes av sentrale myndigheter, helseforetak og forskningsinstitusjoner for å følge utviklingen i bruk av tjenester, ressursinnsats og produktivitet

³ Principal-agent teori beskriver forholdet mellom en overordnet principal og en underordnet agent og hvordan målkonflikter kan skape motspillsituasjoner i en organisasjon (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo 2007)

⁴ Fra Aftenposten 7.august 2009

kostnader ned mot nivået til de billigst drevne. En slik benchmarking gjør noe med en sykehusavdeling og ikke minst med lederne. Som forskningsproblem er det interessant å prøve å finne ut hvordan prosessen påvirker lederne og ikke minst hva de får ut av en benchmarking og hvordan resultatet/konklusjonen av en benchmarking blir brukt. Da tenker vi både på hvordan resultatet blir brukt internt i en sykehusavdeling og på hvordan det blir brukt i ressursfordelingen mellom avdelingene. En benchmarking er ressurskrevende og det er derfor av betydning at man klarer å måle et positivt resultat. Gir den rom for realisering av en økonomisk gevinst, eller er det bare en ”skinmanøver” for å tilfredsstille styret og regionale helseforetak?

Vi ser på spesialisthelsetjenesten som en organisasjon som kan betraktes som en ekspertorganisasjon. Dette kjennetegnes ved at man trenger høy grad av faglig kompetanse for å utføre kjernevirksomheten i organisasjonen. Organisasjonen kjennetegnes ved at det etableres mål for prestasjoner og standarder for atferd relatert til fagområde. Organisasjonen skal løse problemer for kundene på høyt nivå, samtidig som den har fokus på resultater.

1.3.3 Lederrolle i endring

Over tid har det skjedd en endring i lederrollen fra å være autoritær arbeidsformann og kontrollør, til i dag å være strateg og spille på lag med sin organisasjon for å skape verdier og utvikle organisasjonen sammen med de ansatte. Den politiske og den administrative lederrollen har utviklet seg med det mål at de skal utfylle hverandre ved at mandatet og beslutningene ligger hos politikerne mens den administrative organisasjonen lojalt skal utføre det som politikerne bestemmer.(Strand 2001)

Ledere blir mer formidlere av budskap og de ser nødvendigheten av samarbeid over grensene mellom politikere og byråkrater. Det er også flere eksempler på samarbeid mellom privat næringsliv og det offentlige. En av fallgruvene er at man ikke følger de demokratiske spillereglene og lar avgjørelser bli tatt i lukkede rom og man kan oppleve demokratiske defisitter.

Ved at lederrollen utvikler seg er det naturlig at ledere tar i bruk de virkemidler som er

nødvendige for å kunne effektivisere og gjøre tjenestene sine bedre i sammenligning med andre. Et nettverk og samarbeid ut over naturlige grenser vil stimulere til bruk av benchmarking og de fordeler dette kan ha i en rekke tilfeller.

Som ledere i sykehus gjennom flere år har vi sett tydelige tegn på at kravene til økt effektivitet har utviklet seg over tid. Ikke bare effektivitet, men det er også blitt satt strengere krav til kvalitet på tjenestene i helsesektoren. De siste år har også vært preget av en økende grad av spesialisering. Fra å ha vært eid og drevet av fylkeskommunene har sykehusene blitt omgjort til statlige foretak med staten som eiere, noe som også har hatt en sterk innvirkning på hvordan tjenestetilbudet i sykehusene har utviklet seg. Drift av sykehus har blitt mer markedsrettet og økonomien styres etter forretningsmessige prinsipper. Balansekravet er ufravikelig og henger nøye sammen med økonomiske tildelinger. (Wilmar, B., Bruusgaard, P., Frich, J.C., Fugelli, P 2009) Nettopp som ledere har vi merket et økende krav til økonomisk balanse. I Sykehuset Innlandet HF oppfatter vi at det er en økende konkurranse om økonomi, stillinger, pasienter, hvor funksjoner skal lokaliseres etc. Det er i dette ”minefeltet” benchmarking kommer inn som et nytt styringsverktøy og har påvirkning på ledernes hverdag.

1.4 Benchmarking, hva er det?

Hva er benchmarking? Det er vanskelig å gi en presis og riktig definisjon i forhold til selve begrepet benchmarking, og det blir derfor ofte i stedet forsøkt belyst hvordan benchmarking forstås, fortolkes og oppfattes sett ut fra hvilket ståsted, interesser og strategiske utfordringer man måtte ha. Vi vil i dette kapitlet gi en oversikt over den teoretiske kunnskapsstatus når det gjelder benchmarking.

Innholdet i benchmarkingbegrepet har endret seg siden det på 1960 tallet i all hovedsak omfattet finansielle analyser til det i dag omfatter alt fra det til *benchlearning* og *Business Process Reengineering* (BPR)⁵. Brukt som et redskap i kvalitetsforbedring er begrepet først og fremst knyttet til Robert C. Camp og hans arbeid i Xerox på 1980 tallet. Før 1990 var

⁵ BPR kan defineres som en kritisk analyse og radikal omstrukturering av eksisterende (forretnings-) prosesser i den hensikt å oppnå store resultatforbedringer (Teng et al 1994)

benchmarking i all hovedsak knyttet til det private næringsliv, mens man ser at det fra da og frem til i dag mer og mer er blitt tatt i bruk innenfor offentlig sektor også. OECD-PUMA⁶ har vært en av pådriverne for å øke bruken av benchmarking innen offentlig sektor og ikke minst i forhold til internasjonal benchmarking.

Opprinnelsen til begrepet benchmarking finnes det ulike oppfatninger om. Mange refererer imidlertid til og tar utgangspunkt i landmåling hvor man finner ordet *benchmark* som betyr referansepunkt, noe å måle opp i mot. I Norge har begrepet ofte blitt oversatt med *målestokk-konkurranse*. Samtidig brukes begrepet i sammenhenger hvor det verken er noen målestokk eller konkurranse, og derfor er det hensiktsmessig å bruke det engelske begrepet *benchmarking* da det er mer dekkende for hvordan begrepet brukes. Innenfor benchmarkinglitteraturen er *sammenlikning*, *informasjonsdeling*, *analyse*, *motivasjon* og *læring* sentrale begreper og benchmarking kan derfor bl.a.bidra til:

- En mer objektiv vurdering av resultater
- Økt fokus på årsak og virkning
- Kontinuerlig fokus i arbeid med forbedring

I de fleste definisjonene av benchmarking er det en sterk vektlegging av lærings- og endringsaspektet. Noen definisjoner setter strenge krav til hva som kan og bør sammenlignes, mens andre er mer upresise. En kort og knapp definisjon finner vi fra en OECD-konferanse i København i 1998 (International Benchmarking Experiences from OECD Countries 20.-21.02.98):

- ”Benchmarking is to identify and implement best practice”.

En mer presis og omfattende definisjon finner vi i “Benchmarking. En praktisk håndbok” av Bjørn Andresen og Per-Gaute Pettersen:

- ”Benchmarking er prosessen med kontinuerlig å måle og sammenligne sine forventningsprosesser (serier av aktiviteter som utnytter materialer, utstyr og personer til å framskaffe et produkt eller en service) mot tilsvarende prosesser i

⁶ OECD har gjennom Public Management Committee (PUMA) rettet fokus mot konkurranseutsetting under navnet «Contracting out government services». I 1996 kom OECD/PUMA frem til et sett med «Best Practice Guidelines for contracting out government services» (norsk: Retningslinjer for den beste måten å utkontrahere offentlige tjenester)

ledende organisasjoner for å få informasjon som kan hjelpe organisasjonen å finne og gjennomføre forbedringstiltak”.

Innenfor benchmarkinglitteraturen er det mange som forutsetter at konkurranse er et grunnleggende element i benchmarking. Dette kommer i konflikt med samarbeidsdimensjonen og vektleggingen av læring og kontinuerlig forbedring som en viktig del av benchmarking. Når hovedmotivasjonen er læring, er sannsynligheten større for at benchmarking preges av samarbeid ikke minst dersom initiativet kommer fra en tredjepart eller en paraplyorganisasjon. Strategisk benchmarking brukt som grunnlag for veivalg og fornyelsesprosesser vil være mer konkurransepreget. Det er videre en diskrepans mellom litteraturen som ofte betoner benchmarking som et *kontinuerlig forbedringsverktøy* og praksis som viser at det oftest brukes som et *prosjektverktøy* brukt mer avgrenset både i tid og omfang som beslutningsgrunnlag for endringstiltak.

Det opereres med ulike former for benchmarking i litteraturen alt etter hva og hvem som sammenlignes og hvem man sammenligner seg med. Ut fra dimensjonen *hva* som sammenlignes kan man definere følgende typer benchmarking:

- Prestasjonsbenchmarking er sammenligning av prestasjonsmål. Oftest dreier det seg her om økonomiske mål og nøkkeltall, og hensikten er å finne ut hvordan egen virksomhet ligger i forhold til andre.
- Prosessbenchmarking er sammenligning av metoder og praksis når det utføres en bestemt prosess. Hensikten er å lære av de beste for derigjennom selv å bli bedre.
- Strategisk benchmarking er sammenligning av strategiske valg og disposisjoner mellom egen og lignende virksomheter. Målet er å innhente informasjon til strategisk planlegging og posisjonering.

Ut fra dimensjonen *hvem* man sammenligner seg med kan vi dele inn i fire ulike typer benchmarking.

-
- Intern benchmarking er intern sammenligning mellom avdelinger eller i forhold til avdelinger i datterselskaper. Denne formen benyttes mest i store konsern hvor man ønsker å evaluere store enheter opp mot hverandre.
 - Konkurrentbenchmarking er direkte sammenligning av egne prestasjoner mot de beste konkurrentene man kan sammenligne seg med. Utfordringen med denne typen er at konkurrenter ikke alltid vil dele informasjon, og sammenligningene kan bli overfladiske.
 - Funksjonell benchmarking er sammenligning av prosesser eller funksjoner mellom enheter som ikke konkurrerer og er innenfor samme bransje og hvor problemstillingene er ofte sammenfallende.
 - Generisk benchmarking er sammenligning av egen prosesser i forhold til beste prosess uansett bransje.

Uansett hvordan man definerer begrepet, fungerer det som et ”paraplybegrep” for en rekke metoder og styringsverktøy brukt både i privat og offentlig sektor. Dette gjelder særlig innenfor evaluering, styring og kvalitetsarbeid i vid forstand. For å kunne dra nytte av benchmarking må man være ydmyk nok til å innrømme at andre kan være bedre enn en selv, og samtidig være klok nok til å lære av andre for å bli like god eller bedre. (Andresen & Pettersen 1995).

Når man tenker å gjennomføre en benchmarking vil innfallsvinkelen være betydningsfull for det videre arbeid:

- Hvilken målestokk legger vi til grunn for sammenligningen? Er det beste praksis, standarder eller prestasjoner?
- Hva er fokuset for benchmarkingen? Er det resultatene eller er det prosessen?
- Hvordan finner vi fram til et interessant og relevant sammenligningsgrunnlag?
- Hvem er det som initierer og gjennomfører benchmarkingen?

For å lykkes med en benchmarkingsprosess er det viktig å huske at benchmarking omfatter både analyse av prestasjonsnivå og hvordan dette nivået blir oppnådd. Dersom man sammenlikner kun nøkkeltall, blir det en overfladisk og mindreverdige benchmarking. Dette kan likevel gi en nyttig pekepinn på hvor organisasjonen ligger i forhold til sine mål

sammenlignet med andre. Involvering i prosessen og eierskap til data og informasjonen er viktig for å unngå mistro, benektelse og fortvilelse ("distrust, denial and despair"). Samtidig er det lett å gå i forsvar med at "vi er gode nok som vi er" og frykt for å dele informasjon og dermed et mulig konkurransefortrinn.

For å unngå disse fallgruvene er det viktig å være oppmerksom på hva benchmarking ikke er. Nemlig ikke en lek med tall, ikke et skippertak som gir kortsiktige resultater. Heller ikke en kopimaskin som kan kopiere andres gode prestasjoner over i egen organisasjon, til slutt ikke bedriftsbesøk kun for besøket og turens skyld og ei heller industrispionasje.

2. Teori

2.1 Innledning

I denne delen presenterer vi tre organisasjonsteoretiske perspektiver, ett instrumentelt og to institusjonelle. Et av hovedskillene mellom disse perspektivene er at det instrumentelle perspektivet ser på organisasjonen som et redskap og verktøy som lederne har til disposisjon, mens det institusjonelle perspektivet derimot gjenspeiler egne regler, verdier og normer som igjen påvirker beslutninger og beslutningsatferd og slik sett også lederne. De uformelle og kulturelle reglene er mer retrospektive og rettet mot fortiden, mens de formelle reglene og det instrumentelle perspektivet er mer fremtidsrettet. Vi ønsker å se på oppfatninger av benchmarking som styringsverktøy i en organisasjonsteoretisk sammenheng, og vi må kunne anta at oppfatningene av benchmarking vil ha ulik karakter innen de ulike organisasjonsteoretiske perspektivene.

Med bakgrunn i teorien vi presenterer, vil vi sette opp noen empiriske forventninger til hva som kjennetegner lederes oppfatninger av benchmarking.

2.2 Det instrumentelle perspektivet

I det instrumentelle perspektivet sees organisasjoner som instrumenter for å nå spesifikke mål (Christensen, Lægreid, Roness, Røvik 2009). Det er lederne sin evne til å benytte organisasjonen som verktøy som er avgjørende for måloppnåelse. Den formelle organisasjonsstrukturen legger begrensninger på den enkeltes handlingsfrihet og gjennom dette skapes det kapasitet for å kunne realisere spesielle mål og verdier i organisasjonen. Det forventes av ledere at de handler formålsrasjonelt ved at de foretar konsekvenslogiske vurderinger av mulige handlinger for måloppnåelse. På denne måten prøver man å forutsi framtidige konsekvenser av de handlinger som utføres. Dette skal igjen resultere i at ledere velger de alternativer som gjør at organisasjonen når sine mål eller med andre ord utfører sine oppgaver på best mulig måte. I det instrumentelle perspektivet blir oppfatninger om benchmarking reflekser av kunnskapsstatus. Det er lederes og controllers kunnskap om benchmarking som er interessant, og om de klarer å benytte sin kunnskap om benchmarking til beste for sin organisasjon. Innen det instrumentelle perspektivet skilles det mellom to

varianter hendholdsvis en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant. Forhandlingsvarianten har ikke noen relevans sett i forhold til vårt forskningsspørsmål så den kommenteres ikke videre i denne oppgaven.

Den hierarkiske varianten gir seg uttrykk gjennom lederens kontroll og sin evne til analytisk rasjonell kalkulasjon. Her har ledelsen kontroll på mål og midler, og bruk av kunnskap om benchmarking vil være et middel til å kunne oppnå målene. Også organisasjonsmedlemmenes oppfatninger og handlinger vedrørende benchmarking vil være preget av å være målrettet og koordinert i forhold til organisasjonens formelle struktur.

Den formelle stringente organisasjonsstrukturen med organisasjonskart, stillingsinstrukser og lover og regler gjør det mulig å ha mer fokus på organisasjonen enn det enkelte mennesket i organisasjonen. Det betyr sterk sentralisering og at alle beslutninger, også om bruk av benchmarking, tas på overordnet nivå.

Ulik formell strukturell plassering i organisasjonen vil kunne påvirke tilgangen til kunnskapsstatus. Hvor opptatt man er av kunnskapsstatus vil også kunne variere i forhold til hvilket ledernivå man tilhører. Det forventes derfor at oppfatninger om benchmarking kan variere med ledernivå.

Ledernes mål er at Sykehuset Innlandet HF skal behandle pasienter på en faglig god måte. Sykehuset Innlandet HF er en formell kunnskapsbasert ekspertorganisasjon med mange fagfelt som må samhandle for å ta hånd om hele pasienten.

Ut ifra et instrumentelt perspektiv kan vi forvente at helseledere ønsker å produsere helsetjenester av god kvalitet for på den måten trekke pasienter til sykehuset. Dette har både et strategisk element og et markedsøkonomisk element i seg. Strategisk for å fremheve sykehuset og markedsøkonomisk for å trekke pasienter til sykehuset og dermed et større pasientgrunnlag som kan gi større inntjening.

Et økt antall pasienter kan bety økte inntekter som igjen kan benyttes til forbedret eller nye typer pasientbehandling. Dette betyr at aktørene handler formålsrasjonelt for å nå sykehuset eller avdelingenes mål.

For kontrollere i Sykehuset Innlandet er målene bl.a å kontrollere og bistå lederne slik at disse kan gi helsehjelp innenfor gitte økonomiske rammer, eller bistå til eller arbeide for endring av rammene. Dette betyr at lederne og kontrollere kan ha ulike oppfatninger om

benchmarking og i forhold til sine fagfelt vil det også være mulig at det er ulik forståelse og kjennskap til benchmarking.

Max Weber kjent byråkratiteoretiker, betegner den byråkratiske organisasjonsformen som preget av hierarki, rutiner og har i seg en sterk grad av arbeidsdeling. Dette vil i praksis bety sterk grad av over- og underordning mellom ulike nivåer i organisasjonen. Byråkratiet kjennetegnes ved et sterkt hierarktisk karrieresystem mens arbeidsdeling kan foregå horisonatalt med ulike seksjoner som produserer spesialiserte varer og tjenester. De ulike prosessene eller handlingene i en organisasjon sett i et instrumentelt perspektiv kan ha mange forskjellige uttrykk eller mange forskjellige strukturer. Felles for alle disse er at de er handlingsorienterte mot å levere varer og tjenester for å oppnå organisasjonens mål. Vi ser her ulike måter å strukturere organisasjonen enten i en matrise, etter geografiske prinsipper eller prosessuelt, og benchmarking kan derfor være ett av flere middel for å oppnå organisasjonens mål.

I de senere år har det også tilkommet flere styrer, matrisestrukturer, ad hoc utvalg, arbeidsgrupper og kontaktutvalg, alle som tillegg til den byråkratiske organisasjonsformen. Dette kalles nettverksstrukturer.

I et instrumentelt perspektiv er det de faktorene som påvirker organisasjonen mest som er de viktigste. Dette betyr at ulike organisasjoner vil bli påvirket fra ulike retninger noe som igjen vil prege organisasjonens struktur eller oppbygging. I helsesektoren vil tilgang på pasienter og tilgang på kvalifisert personell være sentralt.

I det instrumentelle perspektivet vil ledelse i hovedsak falle sammen med styring. Ledere vil bruke den formelle organisasjonsstrukturen for å fremme kollektive mål. Ledere med klare mål og innsikt i ulike styringsverktøy som bl.a benchmarking vil få sine ledere på lavere nivå til å oppnå målene.

I det instrumentelle perspektivet vil benchmarking være middelet eller metoden som benyttes med bakgrunn i lederes kunnskap. Det forventes at ledere har kunnskaper om og en oppfatning av hvordan benchmarking kan benyttes i organisasjonen. Det er en forventning at benchmarking benyttes som et verktøy for å nå organisasjonens mål. Det bør nødvendigvis ikke være samsvar mellom ledere og controllers mål og målsettinger.

Forventninger til oppfatningen om benchmarking i et instrumentelt perspektiv vil være at ledere og kontrollere anvender benchmarking som en refleks av generell kunnskapsstatus på

fagområdet benchmarking i tråd med tidligere definisjoner i kapittel 1. Konkret betyr dette bl.a. at benchmarking kan benyttes for å sammenligne prestasjoner (økonomisk eller via andre nøkkeltall), sammenligning av metoder eller prosedyrer (prosessbenchmarking) og sammenligning av strategiske valg og målsettinger (strategisk benchmarking).

I helsevesenet er det spesielt snakk om best practice som kommer inn under kategorien prosessbenchmarking. Kunnskap om at andre gjør noe bra som man kan benytte selv for å forbedre en tjenesteleveranse er anvendelse av kunnskap.

Ledere og controlleres oppfatninger av benchmarking vil ut fra et instrumentelt perspektiv dermed være kjennetegnet av følgende to forhold, de føringer som gis gjennom sykehusets formelle strukturer og kunnskapsstatus på området benchmarking.

Dette vil kunne føre til følgende empiriske forventninger til lederes og controlleres oppfatninger om benchmarking:

- At lederes og controlleres oppfatninger av benchmarking er i tråd med kunnskapsstatus på fagområdet benchmarking
- At kontrollere har mer kunnskap om benchmarking enn ledere i forhold til kunnskapsstatus på fagområdet benchmarking
- At oppfatningene om og oppfattheten av benchmarking i forhold til kunnskapsstatus varierer med ledernivå i sykehuset

2.3 Det institusjonelle perspektivet

I det institusjonelle perspektivet skiller man mellom et kulturelt og et myte perspektiv. I det kulturelle legger man vekt på de uformelle, interne, verdiene og normene, mens man i myteperspektivet har hovedfokus på de eksterne verdiene og normene som finnes i organisasjonens omgivelser. Disse verdiene og normene virker styrende på medlemmenes atferd. På denne måten vektlegger det institusjonelle perspektivet organisasjonens indre liv og fremhever betydningen av kultur, historie, symboler og tradisjoner som en motvekt mot det rasjonelle fokus vi finner i det instrumentelle perspektivet. I det institusjonelle perspektivet blir oppfatninger om benchmarking fortolkninger av kunnskapsstatus, og ikke

som i det instrumentelle perspektivet der de blir rene reflekser av kunnskapsstatus. Fortolkninger er å sette ting i en sammenheng som gjør at vi forstår hvilken mening eller betydning som kan tillegges de fenomenene som undersøkes.

2.3.1 Det kulturelle perspektivet

I en formell organisasjon har de uformelle verdiene og normene betydning for livet i organisasjonen. Når det i en formell organisasjon utvikles uformelle normer i tillegg til de formelle, får organisasjonen institusjonelle trekk.(Selznick 1997) Dette forbindes ofte med begrepet organisasjonskultur og er ”noe som sitter i veggene” og som nye ansatte lærer om og sosialiseres til etter en tid i en ny organisasjon. Man legger vekt på det som samler og integrerer medlemmene i en organisasjon og uttrykk som det ”integrative limet” er blitt brukt for å beskrive utviklingen av fellesskap og kulturell homogenitet og fravær av kulturelle spenninger. Kulturperspektivet ser derfor på organisasjoner som noe mer enn å være tekniske instrumenter. De uformelle verdiene og normene er nedfelt i organisasjonens kultur der den overordnede verdien er overlevelse (Scott 2003).

I motsetning til instrumentell teori, hvor konsekvenslogiske vurderinger og handlingsalternativer og rasjonell kalkulasjon er i fokus og kjennetegner medlemmenes oppfatninger, legges det i kulturperspektivet vekt på å identifisere hva som er passende og egnet handling for organisasjonsmedlemmene i ulike situasjoner. Oppfatninger som da blir sett på som passende atferd, fører til en korpsånd som del av en ”moralsk ramme” for organisasjonen. March og Olsen kaller dette logikken om *passende atferd*. Oppfatninger vil da være fortolkninger av kunnskapsstatus når det gjelder benchmarking, og som er tilpasset det som blir ansett for passende atferd i egen organisasjon. Innholdet i fortolkningene, det vil si hva som vektlegges og avvises eller tilpasses av kunnskapsstatus, bestemmes gjennom den passende logikk. Tre momenter blir her viktige når det gjelder oppfatninger av benchmarking på bakgrunn av passende atferd, nemlig *gjenkjennelse* av situasjonen, *identitet* når det gjelder Sykehuset Innlandet HF og hva som er viktigst for ledere og kontrollere og deres institusjon og til slutt hvilke *handlingsregler (kulturelle normer)* som skal forbinde situasjon og identitet. Dette kan og sammenfattes i *matching* hvor man bruker handlingsregler for å kople og fortolke situasjoner og identiteter, og forventes å kjennetegne oppfatninger om benchmarking. Bakgrunn for matching kan være læring ut fra erfaring. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

En annen kopling kan gå ut fra *kategorisering*. Dvs man har noen kulturelle normer og regler som prioriteres sterkere enn andre, og oppfatninger om benchmarking vil automatisk kjennetegnes av disse når de dukker opp, og oppfatningene blir kategorisert som ønskelige. Slik sett blir oppfatningene fortolkninger av kunnskapsstatus tilpasset de sterkest prioriterte normene og reglene og derfor tilpasninger til hva som er ønskelig. Fortolkninger som nylig er brukt vil ofte bli gitt forrang, og dermed bli foretrukket pga *tidsmessig nærhet*. Siste muligheten vi velger å ta med når det gjelder passende atferd er *dekontekstualisering* som når noe anses som ønskelig på bakgrunn av generalisering av andres oppfatninger. Dersom man legger andres oppfatninger til grunn og anser de for relevante fordi man selv står oppe i samme situasjon, kalles det *kontekstualisering*. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

Gjennom sosialisering til uformelle verdier og normer, enten i form av passiv tilpassing eller aktiv indoktrinering, tilegner medlemmene seg systematiske, kulturelle holdninger samt kunnskap om bestemte handlemåter. Etter hvert som ledere og kontrollere fortolker kunnskapsstatusen om benchmarking slik at den passer med de uformelle verdiene og normene i organisasjonen, vil oppfatningene bli i tråd med hva som er forventet. Dette gir igjen store fordeler når man møter komplekse og vanskelige handlingsstimuli, og handlingen blir nærmest standardisert og intuitiv. De største fordelene vil de som har vært lenge i en organisasjon oppleve da de er sterkest sosialisert i organisasjonen, og oppfatningene man har om benchmarking vil være fortolkninger som en del av denne sosialiseringen. Dersom en nyansatt bærer med seg uformelle verdier og normer i kraft av sin faglige utdanning og bakgrunn, vil sosialiseringstiden bli lettere og kortere, fordi fortolkningene er da *presosialisert*. Som eksempel kan nevnes en lege eller sykepleier som blir ansatt i et sykehus. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

Innenfor organisasjonsteorien skiller man også mellom *vertikal, institusjonell dybde* og *horisontal bredde*. Når offentlig ansatte hovedsakelig tar utgangspunkt i den offentlige organisasjonskulturen når de handler, og i mindre grad tar hensyn til andre både formelle og uformell samt private hensyn, har de høy grad av vertikal, institusjonell dybde. Sagt på en annen måte så beskriver institusjonell dybde i hvilken grad de institusjonelle normene definerer individuelle aktiviteter og oppfatninger, og dermed hvor mye institusjonen og oppfatningene om benchmarking er under huden på den enkelte. Når man har en oppfatning av at bruk av benchmarking er institusjonelt integrert i andre aktiviteter og deler i organisasjonen, har oppfatningene høy verdi på vertikal institusjonell dybde. Dersom ledere og kontrollere handler og ser på benchmarking ut fra de samme verdier og normer til tross

for at de rent geografisk er spredt, har oppfatningene om benchmarking stor horisontal bredde. Den sterkeste institusjonaliseringen oppnås dersom oppfatningene har høy verdi både på vertikal, institusjonell dybde og horisontal bredde samtidig. Oppfatninger om benchmarking i dette perspektivet vil derfor være fortolkninger som tilpasser seg det som gir størst mulig både vertikal, institusjonell dybde og horisontal bredde. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

Gjennom indre og ytre press vil organisasjonskulturen utvikle seg gradvis inntil organisasjonen har utviklet en egen identitet, sin egen sjel så å si. Kultur blir da noe en institusjon *er*. Framveksten av identiteten gjennom uformelle normer og verdier skjer etter bl.a. påvirkning av individuelle demografiske trekk som alder, kjønn, utdanning, yrkeserfaring etnisitet etc. Det er en forventning at oppfatningene ut fra disse demografiske trekkene er forskjellige, og at trekkene har ulike fortolkninger ut fra kunnskapsstatus om benchmarking. Betydningen av organisasjonskulturen ses tydeligst i reformprosesser og omorganiseringer der de uformelle normene og verdiene blir truet.

De kulturelle verdiene og normene en organisasjon har i sin begynnelse vil ofte ha stor betydning for senere utvikling og blir beskrevet som *sti-avhengighet*. Dette gjør at oppfatninger om benchmarking blir påvirket av tidligere handlinger og utviklingen som har vært over tid, tidligere institusjonelle handlinger preger seinere veivalg. Oppfatninger som ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF har om benchmarking i dag, vil være fortolkninger av kunnskapsstatus tilpasset disse tidlige verdiene og normene. Når institusjonelle normer og verdier først er etablert i en organisasjon, er det med på å begrense fremtidige muligheter for omstilling da kostnadene ved omstilling ofte bli for høye, og kan føre til *historisk ineffektivitet*. Dersom oppfatningene hos ledere og kontrollere er fortolkninger som fører til slik historisk ineffektivitet, kan dette oppfattes som en ulempe, men kan også ses som en fordel da dette gir organisasjonen stabilitet og dybde i sine uformelle verdier og normer. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

Lederperspektivet i en slik organisasjon blir å være tradisjonsbærer for de sentrale kulturelle normene og verdiene. Ledelse i et kulturelt perspektiv vil i større grad enn i det instrumentelle perspektivet ha fokus på menneskene og med dette i stor grad støtte, stimulere og motivere ledere og ansatte på lavere nivå. Kommunikasjon mellom leder og ansatte får dermed stor betydning.

Hva som påvirker ledernes oppfatninger av benchmarking vil også ha med disse grunnleggende kjennetegnene ved organisasjonen og organisasjonatferd å gjøre. Oppfatningene vil være fortolkninger av kunnskapsstatus tilpasset kulturen, tradisjonene, holdningene og verdiene som preger organisasjonens indre liv. Oppfatningene vil også være fortolkninger som tilpasser seg organisasjonens behov for å sikre sin egen overlevelse og eksistens. Dersom en kultur som er forankret i dette overlevelsesbehovet mest er preget av motstand mot forandring og å sikre det bestående, fordi det historisk er blitt oppfattet som å være den beste strategien, så vil oppfatningen av benchmarking være negativ. Dersom organisasjonskulturen derimot aksepterer forandring som en viktig overlevelsesstrategi, vil benchmarking bli oppfattet positivt og nyttig. Vi tror at ledere i sykehus har den oppfatningen at det er vanskelig å sammenligne ulike parametere mellom sykehus/geografiske divisjoner fordi det er så mange lokale hensyn som ikke blir vektlagt og fanges opp av en benchmarking. Vi tror at benchmarking i helsesektoren er litt «fremmed» fordi man ikke helt vet hva og hvordan aktivitet er sammenlignet. Vi hører stadig uttalelser som: ”Det er ikke mulig å sammenligne epler og pærer”.

Et kulturelt organisasjonsteoretisk perspektiv vil derfor ha følgende empiriske forventninger til hva som kjennetegner lederes oppfatninger om benchmarking:

- Oppfatninger om benchmarking vil være fortolkninger av kunnskapsstatus som tilpasser seg det som bevarer egen avdelings og divisjons identitet og verdier
- Det forventes at fortolkningene av kunnskapsstatus varierer ut fra demografiske trekk som for eksempel kjønn, antall år som leder, profesjon etc.
- Vi har forventninger om at ulikheter i ledere og controlleres oppfatninger av benchmarking har sammenheng med ulikheter i fortolkninger av kunnskapsstatus for å tilpasse seg kultur, historie og tradisjon i den organisasjonen de er en del av.

2.3.2 Myteperspektivet

Et av de viktigste resonnementene i myteperspektivet er at organisasjoner er i institusjonelle omgivelser, og at de blir konfrontert med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet. Mens kulturperspektivet er mest opptatt av de interne verdiene og normene, er myteperspektivet mest opptatt av verdier man finner i omgivelsene. Utgangspunktet for oppfatninger om benchmarking i myteperspektivet, vil derfor være fortolkninger av kunnskapsstatus vedrørende benchmarking for å tilpasse seg de verdiene og normene man finner i organisasjonens institusjonelle omgivelser. Disse verdiene er i tillegg mer skiftende enn de man ser i kulturperspektivet. Man legger altså stor vekt på betydningen av organisasjonens institusjonelle omgivelser når man skal forstå organisasjonens handlinger. (DiMaggio & Powell, 1991) Myter kalles derfor de sosialt skapte normene i institusjonelle omgivelser.

Myteperspektivet er opptatt av å forstå atferden i organisasjoner og de organisasjonsmessige oppfatningene og holdningene som et resultat av fortolkninger av kunnskapsstatus som tilpasser seg organisasjonens ønske om å befeste eller øke sin legitimitet i omgivelsene. Å være åpen og positiv overfor benchmarking viser at de lever opp til de fundamentale vestlige modernitetsnormer som gjelder. Disse normene er et vell av mer eller mindre generelle ideer og oppskrifter på hvordan en tidsriktig og moderne organisasjon bør se ut. En myte, som for eksempel benchmarking, blir dermed en legitimert oppskrift som bidrar til hvordan en organisasjon bør være utformet. Ledere og kontrollere forventes derfor å fortolke kunnskapene om benchmarking som oppskrift, slik at oppfatningene fremstår som legitimerte i forhold til omgivelsene. Oppskrifter fra institusjonelle omgivelser blir ofte kalt ”institusjonaliserte elementer” og ”rasjonaliserte myter” og fremstår som et meningsbærende symbol. Ved bruk av vitenskapslignende argumentasjon skapes det en overbevisning om at benchmarking er effektivt for oppnåelsen av bestemte mål, og kalles derfor rasjonalisert. Uavhengig av virkning eller ikke oppfattes benchmarking som institusjonalisert ved at den har i seg de tidsriktige, effektive og moderne måtene å organisere seg på. Benchmarking kan slik bli nærmest selvbegrunnende og selvfølgelig gjort, det blir tatt for gitt at den er effektiv. Derfor blir ledere og controllers oppfatninger fortolkninger av kunnskapsstatus slik at oppfatningene framstår som tidsriktige, effektive og moderne. (Christensen, Lægred, Roness, Røvik 2009)

Myter som benchmarking gir oppskrifter på hvordan deler av en organisasjon bør utformes og er ikke en oppskrift på en totalløsning. Disse deloppskriftene er gjerne konseptualisert gjennom lett gjenkjennelige begreper som TQM, Human Resource, balansed scorecard, benchmarking etc. Disse mytene spres ofte raskt og har også ofte en begrenset levetid. Forholdet mellom de forskjellige oppskriftene kan både være skiller og likheter. Flere oppskrifter knyttet sammen kan utgjøre et sett utgående fra samme organisasjonsfilosofi. Det mest kjente i vår tid er New Public Management. Benchmarking må også ses nærmest som halvfabrikata og som fortolkes på en måte hvor den har en elastisitet der hver enkelt organisasjon tilpasser og utvikler egne versjoner. Rasjonaliserte myter må derfor oppfattes mer som immatrielle ideer enn konkrete fysiske gjenstander.

Rasjonaliserte myter om organisasjonsutforming kommer ofte fra og oppstår i store og viktige internasjonale organisasjoner som OECD, EU, FN, Verdensbanken etc. I tillegg har vi konsultentselskaper som utvikler og formidler ideer, til dels av egeninteresse. Her har benchmarking blitt utformet og spredt og vi snakker om produsenter, transportører og autorisatører. De siste er ofte store multinasjonale selskaper som har kraft og evne til å gi mytene popularitet og spredningsevne. Den tredje og fjerde gruppen som har påvirkning i denne forbindelse er høyskoler og universiteter samt mediebedrifter. Ut fra myteperspektivet blir disse løsningene som spres primært myter og oppskrifter med stor symbolkraft. Sett ut fra myteperspektivet får derfor oppfatningene en fortolkning av kunnskapsstatus som gir benchmarking stor symbolkraft. (Christensen, Lægreid, Roness, Røvik 2009)

Ut fra en instrumentell tankegang ville man anta at oppskriftene med mest suksess i forhold til mål og resultat ville være de mest populære. Det finner man derimot ikke holdepunkter for i konseptlitteraturen. I en studie av bakgrunnen for spredningen av populære oppskrifter har Røvik funnet sju fellesnevnerne (Christensen, Lægreid, Roness, Røvik 2009):

- Sosial autorisering: Oppskrifter blir forsøkt knyttet til store konserner, kjente ledere eller noen som har hatt suksess for å gi den autoritet. Dette gir sterke forbilder, autorative sentra.
- Universalisering: Her forsøkes oppskriften fremstilt som et slags universalmiddel til bruk i alle organisasjoner. Forenkling og generalisering fører til dekontekstualisering.

-
- Produktivisering: Oppskrifter blir gjort om til varer eller produkter som blir tilbudt på et åpent marked. Brukervennlig, lett tilgjengelig, lett kommuniserbar og nytteeffekt blir stikkord.
 - Tidsmarkering: For å bli populær må oppskriften treffe tidsrytmen, timingen må være rett. Den må både bli definert og presentert som en tidsriktig løsning og distanserer seg ofte fra fortidens logikk.
 - Harmonisering: Oppskriften må utformes og presenteres slik at den ikke utfordrer konfliktdimensjoner som finnes i organisasjonen. Slike kan være yrkesgrupper, kjønn, profesjoner, nivåer i organisasjoner, ledere etc.
 - Dramatisering: Historien om oppskriften bør ha et dramatisk tilsnitt. Dvs den bør være spennende og gjerne knyttet til profilerte personer som kan knyttes til oppskriften og deres suksess.
 - Individualisering: Budskapet i oppskriften retter seg mot den enkelte medarbeider og ikke bare til ledelsen eller organisasjonen som system. Spredbarheten økes dersom oppskriften fremstår som en mulighet for enkeltindividets utvikling og karriere.

Benchmarking er en populær organisasjonsoppskrift, og som rasjonalisert myte kan den bli adoptert på flere måter. For det første kan benchmarking bli *tvangsmessig adoptert* der organisasjonen via lover eller forskrifter blir pålagt innføringen. Dernest gjennom *normativ basert adoptering* som følge av de ulike verdier, kunnskaper og felles normer forskjellige faggrupper og profesjoner har. For det tredje snakker man om *mimetisk adoptering* når en organisasjon som preges av stor usikkerhet forsøker å innføre bruk av benchmarking og dermed etterligne andre som har hatt suksess med å bruke benchmarking. Hvilken type adoptering som passer Sykehuset Innlandet HF vil være situasjonsavhengig og oppfatningene vil være fortolkninger som tilpasser seg hvilken type som anses som best.

Forsøk på å innføre bruk av benchmarking kan få tre mulige utfall. *Rask tilkøpling* der en rasjonell og planmessig iverksetting fører til forventede positive virkninger. *Frastøting* oppstår når benchmarking fremstår som vag, forenklet og popularisert og møter en organisasjon som er kompleks og verdibærende og dermed er generelt mot at reformer innføres. Sykehuset ses på som en kompleks ekspertorganisasjon med sterke verdibærende

tradisjoner. Den tredje muligheten er *frikopling* som oppstår når benchmarking er i utakt med organisasjonens grunnleggende verdier og normer. Her vil vi ofte se at det oppstår to organisasjonskulturer, hvor den ene påvirker den daglige produksjonen av varer og tjenester, mens den andre påvirker folks oppfatning av organisasjonen. Slik framstår den både internt og for omverdenen som moderne, effektiv og legitim. Benchmarking eller myten blir her liggende på overflaten som et utstillingsvindu, mens det i organisasjonen er ”business as usual”. Ledere og kontrollere vil vurdere hvilken av disse tre mulige utfallene som egner seg best når benchmarking skal brukes, og fortolke kunnskapesstatus på en slik måte at oppfatningene er tilpasset det som gavner Sykehuset Innlandet HF best. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

Tar man tidsaspektet i betraktning kan disse tre utfylles med *virusteorien* der man ser for seg at nytt språk, nye begreper, resonnementer og argumenter metaforisk spres som et virus i organisasjonen sett i et lengre tidsperspektiv. Mens virusteorien mest fokuserer på hva en oppskrift som benchmarking gjør med organisasjonen, beskriver *oversettelsesteorien* hva organisasjonen kan gjøre med oppskriftene. Kunnskap om benchmarking blir her oversatt, fortolket og tilpasset egen organisasjon. (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik 2009)

Ledelse i et mytisk perspektiv er å forholde seg til de motene som organisasjonen blir påvirket av. Det er viktig å forholde seg til nye trender, og ledere blir gitt positiv oppmerksomhet fordi de følger med i tiden. Resultatet kan bli at ledere blir mindre opptatt av resultater enn trender, noe organisasjonen da vil lide under. Å ta i bruk benchmarking vil dermed være grunnleggende sett en handling som retter seg mot det å innfri de forventningene og kravene som stilles fra omgivelsene. Slik sett blir det omgivelsene som genererer oppfatningene lederne har til benchmarking. Hvorvidt oppfatningene lederne har er positive eller negative, avgjøres av de forventningene som omgivelsene har til benchmarking og hvordan kunnskapsstatus om benchmarking fortolkes av ledere og kontrollere for å tilpasse seg disse forventningene.

Med utgangspunkt i et mytisk organisasjonsteoretisk perspektiv vil vi ha følgende empiriske forventninger til hva som kjennetegner lederes oppfatninger om benchmarking:

- Det forventes at fortolkningene er løsrevet fra gjeldende kunnskapsstatus og at man ikke har noen fast oppfatning av hva benchmarking innebærer

- Det forventes at oppfatninger om benchmarking er fortolkninger av kunnskapsstatus hvor det viktigste er å framstå som moderne og framtidsrettet i forhold til sykehusets omgivelser
- Fortolkning av kunnskapsstatus vil være usystematisk både med hensyn til profesjon og stillingsplassering og at oppfatningene i noen grad er frikoplet kunnskapsstatus

3. Metode

3.1 Innledning

Hva er metode? Vilhelm Aubert har definert metode slik:

- ” *En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*”. (Hellevik 1990)

Våre metodiske overveielser er primært knyttet opp mot forskningsspørsmål A:

- **Hva kjennetegner ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF sine oppfatninger av begrepet benchmarking?**

Metodekapitlet begrunner og drøfter forhold knyttet til dette spørsmålet, mens forskningsspørsmål B besvares gjennom våre egne refleksjoner sett opp mot de empiriske funn og sett i sammenheng med teorigrunnlaget:

- **Hvilke konsekvenser mener vi deres oppfatninger kan ha for bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.**

Vi har valgt å dele kapitlet inn i fire hoveddeler som omhandler vårt valg av forskningsdesign, hvordan vi har valgt å samle inn data, hvordan vi har analysert og bearbeidet dataene og en del hvor vi drøfter validiteten og reliabiliteten av de innsamlede data.

3.2 Valg av forskningsdesign

Forskningsdesignet skal fungere som masteroppgavens overordnede struktur og rammeverk. Hva som er målet for forskningsspørsmålet er generelt bestemmende for valg av forskningsdesign og metode. I tillegg har de ressursmessige rammene for undersøkelsen betydning.

I vårt forskningsspørsmål stiller vi spørsmål om hva som kjennetegner ledere og kontrollere sine oppfatninger om benchmarking. Dette blir da den avhengige faktoren i undersøkelsen. For å avgrense de uavhengige faktorene har vi tatt utgangspunkt i de tre organisasjonsteoretiske perspektivene som er beskrevet i kapittel 2. Disse tre perspektivene er opptatt av hva som kjennetegner og preger aktører, deres handlinger og oppfatninger innenfor de rammene en organisasjon gir. Det har vist seg å være relevant og fruktbart å ta utgangspunkt i ulike organisasjonsteoretiske perspektiver når man skal analysere forandringer i offentlige organisasjoner. Det er og bakgrunnen for at vi har valgt å bruke disse perspektivene for å bestemme de empiriske forventningene og fokus for masteroppgaven. Vi vil derfor bruke disse perspektivene som analyseverktøy for å analysere empirien, og da de gir ulike svar på hva som kjennetegner oppfatninger, bør de derfor gi gode muligheter til en bred analyse av empirien. (Christensen, Lægroid, Roness, Røvik 2009) Vi har valgt en omfattende og bred presentasjon av de organisasjonsteoretiske perspektivene. Da teorien belyser flere perspektiver på hva som påvirker fenomenet⁷ vi setter fokus på, mener vi at oppgaven har et forholdsvis bredt empirisk fokus. Det bør være et godt utgangspunkt da målet er å finne ut hva som kjennetegner oppfatninger om benchmarking hos ledere og kontrollere.

Da det fra styrende myndigheters side er et sterkt normativt press for å innføre og bruke benchmarking (NOU 2000:19), er det av betydning å finne ut hvilke oppfatninger ledere og kontrollere har, og på bakgrunn av dette hvilke konsekvenser det har for innføring og bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.

⁷ Fenomen: Det som er gjenstand for studier i en undersøkelse - det vil si den sentrale idé eller begivenhet vi studerer

De organisasjonsteoretiske perspektivene leder fram til empiriske forventninger som krever en metode for datainnsamling som går i dybden. For vårt tilfelle betyr det en metode og en design som:

- Egner seg godt for å kunne svare på hva og hvorfor spørsmål. I tillegg må metoden og designet kunne gi grunnlag for en analyse av respondentene⁸ sine oppfatninger omkring benchmarking i den organisasjonen som de er en del av.
- Kan gi oss grunnlag for en økt forståelse for hvilke konsekvenser respondentenes oppfatninger har for bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.

Når man formulerer forskningsspørsmålene hva, hvordan og hvilke, blir casedesign oppfattet å være det ideelle forskningsopplegg. For å komme fram til ledere og kontrollere sine oppfatninger omkring benchmarking er det nødvendig med et opplegg som får tak i dybdedata gjennom et kvalitativt datainnsamlings- og analyseopplegg. For oss blir det sentrale hvordan våre informanter oppfatter og forstår benchmarking, og hvilke konsekvenser dette har for senere bruk av benchmarking i organisasjonen.

Vi har tatt utgangspunkt i eksisterende organisasjonsteori (Christensen, Lægreid, Roness, Røvik 2009) og benchmarkingteori (Andresen & Pettersen 1995). I følge Robert K. Yin (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009) er casedesign godt egnet til datainnsamling når det tas et slikt utgangspunkt. I tillegg er casedesignet godt egnet til å tolke funnene opp mot eksisterende organisasjonsteori gjennom et kvalitativt analyseopplegg. Et kvalitativt analyseopplegg betyr at man baserer seg på kvalitative data i form av tekstbasert informasjon og opplysninger.

Ordet case er avledet av det latinske *casus* og betyr tilfelle. Dette understreker at det er det enkelte tilfellet som har størst betydning, og kan dermed sies å være et karaktertrekk ved casestudier.

En case kan både være et studiedesign og et studieobjekt. Som *studieobjekt* kan den være et individ, program, hendelse, aktivitet eller som i vårt tilfelle et sammensatt system i form av en organisasjon. Et *casedesign* innebærer at man studerer en eller flere caser over tid

⁸ I oppgava brukes ordene respondenter, intervjuobjekter og informanter omhverandre uten at det ligger noen betydningsforskjell i det.

gjennom både omfattende og detaljert innsamling av data. Man benytter seg av flere datakilder som har det til felles at de er tid- og stedsavhengige. Casestudier blir ofte gjennomført ved å ta i bruk kvalitative tilnærminger slik som observasjon og åpne intervjuer. Imidlertid kan man og bruke kvantitative teknikker og data innhentet fra statistikk og strukturerte spørreskjemaer. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

Innenfor samfunnsforskning er det to ting som kjennetegner en case, nemlig et avgrenset fokus på casen og en best mulig beskrivelse av casen. Det å få med mest mulige data gjennom en detaljert og grundig undersøkelse blir essensielt. Sagt på en annen måte er en caseundersøkelse det å samle mest mulig informasjon om et avgrenset fenomen.

I *Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009* vises det til Robert K. Yin som fremhever fem momenter han mener er særlig viktig når man skal gjøre en casestudie:

- Casestudier egner seg best til forskningsspørsmål som begynner med ”hvordan” og ”hvorfor”.
- Forskeren stiller noen grunnleggende spørsmål som fører til teoretiske antagelser. Disse leder så til videre undersøkelser.
- De enkelte analyseenheter henger sammen med og blir definert av hvordan forskningsspørsmålet først blir stillt.
- Yin anbefaler at det er en logisk sammenheng mellom data og antagelsene og at analysene er basert på teoretiske antagelser.
- Yin legger vekt på å ha en foreløpig teori før man samler inn dataene og at man tolker og relaterer funnene opp mot eksisterende teori.

Med bakgrunn i disse overveielsene har vi valgt et enkelt-case-design med flere analyseenheter der Sykehuset Innlandet HF utgjør casen og ledere og kontrollere utgjør analyseenheterne.

Studien benytter ulike organisasjonsteoretiske perspektiver for å belyse kjennetegn ved oppfatningene hos intervjuobjektene. Dette gjør at vi kan betegne studien som en teoretisk fortolkende casestudie. En innvending mot casestudier som ofte blir framført er at de som forskningstilnærming har begrensede muligheter for generalisering. Når vi bruker en teoretisk fortolkende casestudie er vi ikke interessert i å videreutvikle teoretisk innsikt eller

bidra til generaliseringer, men å få mest mulig utfyllende informasjon til å besvare forskningsspørsmålene våre. Teoriutvikling er ikke vår hensikt, men å benytte allerede eksisterende teori til å oppsummere, strukturere, tolke og forklare oppgavens undersøkelsesenheter. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

3.3 Innsamling av data

Et kvalitativt design betinger at vi som forskere redegjør for de resonnementene vi legger til grunn for de valgene vi har gjort. Kvalitative metoder er mer uformelle generelt sett enn kvantitative metoder, og dermed blir det mer opp til hver enkelt forsker sitt eget skjønn hvordan han eller hun gjennomfører en undersøkelse. Våre forskningsspørsmål tilsier et kvalitativt design. (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud 2009)

3.3.1 Valg av metode

Dataene om ledernes og kontrollernes oppfatninger er hentet inn gjennom kvalitative dybdeintervjuer med noen strategisk utvalgte ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF. Kvalitative dybdeintervjuer er valgt fordi formålet med oppgaven er å få fram hva som kjennetegner informantenes oppfatninger og mer grunnleggende tanker omkring benchmarking. Som en følge av informantenes oppfatninger om benchmarking ønsker vi også å se hvilke konsekvenser oppfatningene har for bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF. Vi ønsket å gå i dybden for å fange opp nyanser i oppfatningene om benchmarking. I tillegg til kontrollere valgte vi å intervjuere ledere på to nivåer for om mulig å kombinere dybde og bredde i lederspennet.

Innvendingen mot en kvalitativ datainnsamling er at det ikke er mulig å gjøre en statistisk generalisering i forhold til hvordan intervjuobjektene oppfatter benchmarking.(Spector 1981). Imidlertid er det fullt mulig å foreta det Esaiasson betegner som analytisk generalisering. Her forklares begrepet analytisk generalisering med at det er teorien som skal gjøre jobben, og forskeren skal tilstrebe å generalisere resultatene til en teori tilsvarende det eksperimentelle forskere gjør. (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud 2009)

Omfanget av antall intervju var også viktig rent praktisk da vi begge var i full jobb samtidig som vi skulle gjennomføre undersøkelsen.

3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguide og valg av type intervju

Når man skal samle inn kvalitative data, er intervjuer den mest brukte måten. Den ene ytterligheten er et strukturert intervju med et fast oppsett av spørsmål som ville gitt oss liten fleksibilitet og vi ville stått i fare for å gå glipp av ulikheter og nyanser i oppfatningene. Den andre ytterligheten er et ustrukturert intervju der informanten relatrer svarene til sin egen livssituasjon og der intervjuet mer likner på en samtale. Dette gir naturlig nok stor fleksibilitet, men har den faren i seg at det kan bli svært mye og vag informasjon og vanskelig å sammenligne svarene når man har flere intervjuer. (Johannessen, Tufte, Kristoffersen 2009)

Vårt hovedmål med intervjuene var å få fram hva som kjennetegner ledere og controllers oppfatninger omkring benchmarking. Sykehuset Innlandet HF er en sammensatt og kompleks organisasjon, og for å kunne avdekke hva som kjennetegner oppfatningene om benchmarking, er det nødvendig å benytte seg av kvalitative intervjuer som gjør det mulig å gå i dybden og fange opp nyanser i ledernes og controllers oppfatninger. Vi valgte derfor et delvis strukturert intervju med relativt få konkrete spørsmål, nettopp for å få frem nyansene hos de vi intervjuet.

Vi laget en intervjuguide med noen konkrete temaer og spørsmål som vi planla å gå gjennom i intervjuet. Dette gav informantene stor frihet til å uttrykke seg og reflektere omkring benchmarking som begrep og fenomen, og samtidig ga det oss som intervjuere mulighet til å kunne forfølge tankerekker og assosiasjoner ledere og controllers hadde. I tillegg hadde guiden en innledning hvor vi presenterte oss og bakgrunnen og hensikten med vår undersøkelse. Samtidig ble det gitt informasjon om hvordan datamaterialet skulle brukes, samt at anonymitet var sikret og at alle sitat som skulle brukes var kodet. Guiden ble ikke sendt ut på forhånd, og slik sett møtte intervjuobjektene relativt uforberedt til intervju. Vi informerte kun om at vi ville høre om benchmarking i sykehuset.

3.3.3 Utvelgelse av intervjuobjekter

Dataene om ledernes og controllernes oppfatninger er hentet inn gjennom kvalitative dybdeintervjuer med noen strategisk utvalgte ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF. De vi valgte antok vi var typiske for den totale populasjonen av ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF. Utvalget ble gjort fordi vi av kapasitetsmessige grunner ikke kunne intervjuer alle ledere og kontrollere i sykehuset. Undersøkelsen vår består dermed av tre målgrupper, ledere på nivå 1-2, ledere på nivå 3 og kontrollere. Vi ønsket å avdekke kjennetegn ved oppfatninger av benchmarking i de tre målgruppene. Alle gruppene har et felles bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst og felles styringsdokumenter i Sykehuset Innlandet HF å forholde seg til, som et samlet mandat å lede og drive sykehuset etter.⁹

Sykehuset Innlandet HF er organisert som en nettverksmodell med flere divisjoner. Vi valgte ledere og kontrollere fra nivå 1-2 og nivå 3 i to geografiske divisjoner samt sykehusets sentrale ledelse. Dette hadde bakgrunn i at vi ønsket en undersøkelse både i dybde og bredde innenfor organisasjonen vår. Den store geografiske spredningen med over 350 km mellom ytterpunktene i sykehuset nødvendiggjorde en geografisk innsnevring til to divisjoner ved utvelgelsen av intervjuobjektene. I skjæringspunktet her kom antall intervjuer som ville gi oss tilstrekkelig informasjon til å kunne gi en viss representativitet og et estimat på når vi ville nærme oss en teoretisk metning. Vi valgte derfor å begrense utvalget til 16 dybdeintervjuer, 4 kontrollere, 6 avdelingssjefer som er nivå 3 ledere og 6 divisjonsdirektører inklusiv adm.dir og viseadm.dir. De siste er ledere på nivå 1-2. 3 av informantene var kvinner, 12 menn. Controllerne hadde 5,5 år som leder i median med en range på 0,5 til 8 år. Lederne hadde 15 år som leder i median med en range fra 4 til 38 år.

Rammebetingelsene når det gjalt tid og egen jobbsituasjon gjorde at vi rekrutterte intervjuobjektene ut fra følgende kriterier:

- Ledere på nivå 1-2, 3, og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF
- Geografisk avstand til vårt arbeidssted Elverum
- Vi ønsket en spredning i ledernivå, profesjon, kjønn og geografi

⁹<http://www.helse-sorost.no/omoss/avdelinger/styre-og-eieroppfolging/oppdragsdokument/Documents/Oppdragsdokument%202011/Sykehuset%20Innlandet%20HF%20oppdragsdokument%202011.pdf>

-
- Intervjuobjektene kunne stille opp på relativt kort varsel uten økonomisk godtgjøring

Vi utarbeidet ingen instruks for rekruttering av intervjuobjektene, men tok personlig kontakt enten pr telefon eller personlig oppmøte ut fra kriteriene beskrevet ovenfor. Intervjuobjektene ble rekruttert fortløpende uten noen forhåndsbestemt rekkefølge. Alle forespurte sa seg villige til å bli intervjuet, noe som gjorde at alle intervjuene kunne gjennomføres i løpet av tre uker og vi klarte samtidig å ivareta utvelgelseskriteriene.

3.3.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i en periode på tre uker vinteren 2011. Dette gjorde at det ble liten avstand mellom intervjuene og vi som intervjuere rakk ikke å bli påvirket i særlig grad i tiden mellom første og siste intervju. Fordelen var at intervjuene ble nokså like, men ulempen er at tiden mellom intervjuene ble såpass kort at refleksjon og eventuelle justeringer ble vanskelig.

I intervjuene benyttet vi digitalt opptakerutstyr og tok samtidig notater. Alle intervjuene gjorde vi sammen og transkiberte fortløpende annet hvert i etterkant. Slik sett ble arbeidet likt fordelt samtidig som vi sikret at eventuelle preferanser til intervjuobjektene ble eliminert.

Da ingen av intervjuobjektene hadde fått noe informasjon på forhånd utover at de ble spurt om de var villige til å bli intervjuet om oppfatninger om bechmarking, var ingen av de spesielt forberedt. De hadde heller ikke fått tilsendt intervjuguiden fordi vi ønsket mest mulig frie refleksjoner om begrepet benchmarking. Intervjuene ble forsøkt gjennomført etter anerkjente metodiske prinsipper hvor vi først tok utgangspunkt i det generelle og etter hvert kom inn på mer spesielle forhold. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men brukt til hjelp for å sjekke ut og styre intervjuene mot sentrale spørsmål.

3.4 Analyse og bearbeiding av dataene

”Den logiske sammenhengen mellom data og antagelsene” beskriver Yin som den fasen i en casestudie hvor dataanalysene gjøres. Han tar utgangspunkt i to strategier: analyse basert på teoretiske antagelser (teoristyrte) og beskrivende casestudier. Da vi har en teoretisk antagelse på forhånd, blir det vår strategi. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

Transkribering av data: Vi benyttet digitalt opptaksutstyr og tok samtidig notater. Opptakene ble overført til mp3-spiller og vi kunne skrive de ut i tekst. Intervjuene ble skrevet ut av oss selv, vi brukte ikke noe innleid hjelp. Dette gjorde at vi fikk en god og bred innsikt i alle intervjuene og som gjorde det videre arbeid med koding lettere.

Klargjøring av materialet og meningsgenerering: Etter å ha gått grundig gjennom intervjuene hver for oss, gikk vi i fellesskap gjennom teksten og eliminerte det som ble ansett for å være overflødig og uvesentlig. Vi hadde de teoretiske antagelsene som utgangspunkt og strukturerte dataene i forhold til ledere og ledernivå samt kontrollere. Dette ble gjort flere ganger både hver for oss og sammen for å sikre at vi ikke gikk glipp av viktig informasjon. Til slutt ble dette samlet i utsagn og meninger som vi mener er sentrale i forhold til våre empiriske forventninger.

Tolkingen av intervjuene kan påvirkes av våre perspektiver eller førforståelse. Kvale skiller her mellom partisk og perspektivistisk subjektivitet. (Dalen 2004) *Partisk subjektivitet* fører til et datamateriale som støtter og styrker kun det forskeren ønsker å formidle og ser vekk i fra andre deler. Dermed ender han opp med tolkninger som begrunner kun egne konklusjoner, og ser bort fra tolkninger som kan gi andre konklusjoner. Ved *perspektivistisk subjektivitet* velger forskeren ulike perspektiver og stiller flere spørsmål til den samme teksten. Dermed kommer man fram til flere og ulike tolkninger og konklusjoner. Ved at vi begge foretok koding først hver for oss og deretter sammen, fikk vi diskusjoner og ulike tolkninger av intervjuene som gav oss et mangfold av tolkninger og dermed sikret en perspektivistisk subjektivitet. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

Analysen vår har også et komparativt element i seg ved at vi ser på ulikheter i oppfatninger mellom både profesjon og ledernivå. Her benytter vi oss av komparativ logikk hvor vi legger til grunn at ulikheter i den avhengige variabelen, i vårt tilfelle oppfatninger om benchmarking, forklares med ulikheter i den uavhengige variabelen som i vårt tilfelle vil være profesjon og ledernivå. Den komparative logikken vi bruker her ligger nærmest opp til

”The methods of differences”. (Denk 2002) De komparasjonene som gjøres i denne oppgava er av begrenset karakter og mer ment som en hjelp for å sette fokus på forskjeller og likheter i oppfatninger om benchmarking.

Den empiriske analysen er i hovedsak kvalitativ og har som mål å få fram hva som kjennetegner oppfatninger hos intervjuobjektene. Analysen blir derfor en kombinasjon av det som ofte blir betegnet som fortellingsanalyser og analyser av meningsinnhold.(Thagaard 2009)

3.5 Metodekritikk

Når man skal vurdere hva som er god kvalitet på kvalitative forskningsopplegg brukes forskjellige begreper som kriterier for kvalitet. Reliabilitet og ulike validitetsformer er mest brukt, og Yin bruker disse begrepene for gyldigheten til kvalitative data, mens Guba og Lincoln er av den oppfatning at kvalitative data må vurderes annerledes enn kvantitative data, og bruker begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og overensstemmelse. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

Begrepet *validitet* betyr gyldighet og sier noe om hvor gode eller relevante dataene er for å kunne representere fenomenet vi ønsker å undersøke. Det må ikke oppfattes å være noe absolutt, altså enten eller, men må ses på som et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt.

Det skilles mellom begrepsvaliditet og resultatvaliditet. Begrepsvaliditet er et typisk målingsfenomen, og defineres som hvor stor overensstemmelse det er mellom teoretisk definisjon og operasjonelle indikatorer, samt fravær av systematiske feil. Resultatvaliditet er målet på om vi måler det vi påstår at vi måler.

Andre snakker om intern og ytre validitet, der intern validitet sier noe om at et eksperiment er gjennomført slik at det er mulig å si at det er en årsakssammenheng dersom man påviser en sammenheng mellom to variabler. God ytre validitet er det i dataene dersom man kan generalisere fra utvalg til populasjon. I kvalitativ forskning snakker man mer om overføring av kunnskap i stedet for generalisering. Mange bruker begrepet overførbarhet eller ekstern

validitet, på engelsk brukes begrepet *generality*. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009) (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud 2009)

Når vi har brukt noen utvalgte teorier til å bestemme våre empiriske forventninger får vi en intern validitetsmessig utfordring gjennom det at teoriene avgrensner vårt empiriske fokus. I forhold til vår masteroppgave så er dette for det første knyttet opp mot om spørsmålene i intervjuene og om svarene som ligger til grunn for analysene er egnet til å besvare forskningsspørsmålene som ligger til grunn for oppgava. Dernest om informantene som svarte la det samme i svarene som vi gjorde. Til slutt har det betydning for den interne validiteten om vi gjennom bearbeidelse og presentasjon av resultatene har forholdt oss konsekvent til hensikten og målet for undersøkelsen. Konsekvensen kan da bli at enkelte sider ved empirien systematisk kan bli oversett eller for lite vektlagt. Dette kan ses som en bevisst bias fra vår side da vi ser fordelene med å bruke teori for å avgjøre hva vi skulle sette fokus på som større enn ulempene som ligger i at vi systematisk kunne overse ting som teorien vi brukte ikke vektlagt.

En validitetsmessig utfordring i forhold til benchmarkingteori kan og tenkes da vi har hentet kunnskapsstatus kun fra en referanse. Imidlertid blir denne læreboka i benchmarkingteori av Andersen og Pettersen (1995) alltid henviset til som en kunnskapsstandard i all den andre benchmarkinglitteraturen vi har søkt gjennom. Vi mener derfor at validiteten i så måte er vel ivaretatt.

Det instrumentelle og de institusjonelle perspektivene er preget av en ulik indre logikk. Det instrumentelle vektlegger at virkeligheten kan forstås objektivt på en positivistisk og rasjonell måte, mens de institusjonelle legger til grunn at virkeligheten oppfattes subjektivt i en mer hermenautisk forstand.(Hatch 2008) Dette kan føre til en validitetsmessig utfordring fordi de institusjonelle perspektivene blir oppfattet å være vanskeligere å operasjonalisere enn det instrumentelle. Det er derfor mulig at det i analysen lettere kommer fram instrumentelle trekk enn institusjonelle fra empirien.

Den ytre validiteten knytter seg til om våre resultater har gyldighet i forhold til andre tilsvarende case.

Begrepet *reliabilitet* betyr pålitelighet og innebærer fravær av usystematiske feil. God reliabilitet er det når man får samme resultat ved gjentatt bruk av en metode. Begrepet

knytter seg til hvordan dataene er innsamlet, brukt og bearbeidet. Reliabilitet betyr at undersøkelsen må sannsynliggjøre sine funn på en troverdig måte. I kvalitativ forskning er det ofte samtalen som styrer datainnsamlingen og krav om reliabilitet blir derfor ofte lite hensiktsmessige. Intervjuer og konteksten de foregår i er vanskelig å reprodusere, og da andre ikke har den samme erfaringen som forskeren, blir det svært vanskelig å sette seg inn i fortolkningsprosessen. For å forsøke i imøtekomme denne utfordringen, kan reliabiliteten styrkes ved at forskeren gir en inngående beskrivelse av casen og en transparent og detaljert beskrivelse av hele forskningsprosessen. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

- Begrepsvaliditet + reliabilitet = resultatvaliditet

Hensikten til all forskning er å kunne trekke slutninger utover det som de umiddelbare opplysningene gir. Det er stor overensstemmelse når funnene er et resultat av forskningen og ikke et resultat av de subjektive holdningene forskerne har. Derfor er det viktig at forskeren hele tiden beskriver alle beslutninger og gir et utvetydig innsyn i hele forskningsprosessen. Dermed kan de som leser oppgaven hele tiden kritisk vurdere de beslutninger som er gjort underveis i forskningsprosessen. I en slik prosess er det viktig at forfatterne er selvkritiske til alt som kan påvirke tolkningen og tilnærmingen til forskningsprosessen. (Johannesen, Tufte, Kristoffersen 2009)

I vår oppgave knytter vi begrepet reliabilitet til at det er pålitelighet i innsamlingen av data, mens validitet knyttes til troverdighet til at dataene faktisk er relevante når det gjelder å finne kjennetegn ved oppfatninger om benchmarking blant ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF.

Da vi har gjennomført intervjuene bare denne ene gangen, er det ikke så lett å vurdere reliabiliteten. Imidlertid deltok vi begge under alle intervjuene, og vi har begge gått gjennom og analysert intervjuene i fellesskap. Ingen av oss observerte noe særskilt under intervjuene, og alle som ble intervjuet ble til slutt spurt om de hadde noe de ville ha rettet på eller tilføyd til det som ble sagt under intervjuene. I tillegg ble det fra vår side presisert at alt som kom til å bli brukt i masteroppgaven ville bli anonymisert. Dette tilsier etter vårt skjønn at reliabiliteten har vært god.

3.5.1 utfordringer ved eget design

Vårt utgangspunkt og valg av teori avgrensner naturlig nok vårt empiriske fokus. Derfor kan enkelte sider av empirien bli for lite vektlagt og i verste fall systematisk oversett. Vi har imidlertid brukt teorien til å klargjøre og finne ut hva vi ville sette fokus på, og mener derfor at fordelene klart oppveier ulempene i så måte i forhold til faren for systematisk å overse ting som teorien ikke vektlegger.

I likhet med andre casestudier har vårt design også utfordringer i forhold til ekstern validitet. Vårt strategiske utvalg av informanter representerer i underkant ca 13% av hele populasjonen av ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF, og med et kvalitativt datainnsamlingsmetode er mulighetene for statistiske generaliseringer derfor små. Men det kan være fornuftig og formålstjenlig å snakke om empirisk- eller analytisk generalisering hvor man generaliserer tilbake til teori eller logiske kategorier. På den måten kan kunnskapen vi har tilegnet oss om ledere og kontrollere gjennom studien overføres til andre divisjoner enn de vi har undersøkt. Vi kan derfor slutte noen almenlydige aspekter fra oppfatningene til våre informanter, og dermed si noe om hva som forventes å kjennetegne oppfatninger om benchmarking også hos ledere og kontrollere vi ikke har intervjuet. Forutsetningen for å kunne gjøre det er at egenskaper og valg av informanter og case er formålstjenlig i forhold til mål og forskningsspørsmål som studien har. I tillegg må vi som forskere ha god kunnskap om det som undersøkes og teoriene det generaliseres i forhold til må ha vist seg gyldige i andre lignende case. (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud 2009)

Størst mulig reliabilitet får vi ved å gjøre studien så gjennomiktig som mulig og redegjøre grundig for metodevalg og vurderinger.

3.5.2 utfordringer ved datainnsamlingen

Validitetsproblemer oppstår dersom intervjuer eller informant ikke har forstått begrepet man skal finne svar på fullt ut. Vårt utvalg av intervjuobjekter kan ha påvirket dataenes validitet. Våre utvalgsriterier skulle sikre oss at informantene både hadde ledererfaring og arbeidet i forskjellige divisjoner i sykehuset. På den måten sikret vi oss at de forespurte hadde et godt utgangspunkt for å forstå hensikten med undersøkelsen vår. Vi ønsket å ha en jevn og

nogenlunde lik fordeling mellom nivå 1-2 og nivå 3 ledere samt kontrollere. Dette fikk vi til, og påvirkningen av data ved at gruppene var ulike i størrelse ble redusert.

Svakheten med denne utvelgelsesstrategien er at utvalget kan bli systematisk skjevt. Intervjuobjektene kan på basis av eventuelle preferanser av hva de trodde ble forventet av svar på spørsmålene som ble stilt, føre til systematiske skjevheter. Dette er det svært vanskelig for oss å vurdere hvorvidt det faktisk var tilfelle, men vi opplevde ikke noe som kunne indikere dette i løpet av intervjuene hos noen av informantene.

En annen svakhet er at vi som forskere kan både være preget av egne oppfatninger om benchmarking, samtidig som muligheten for identifisering med intervjuobjektene er en fare når man forsker på egen organisasjon. Et mulig validitetsproblem er at vi som intervjuere har tilsvarende stilling som intervjuobjektene og jobber i samme organisasjon. Det at vi hadde personlige relasjoner til intervjuobjektene utnyttet vi til å ufarliggjøre intervjusituasjonen, noe som bidro til at atmosfæren ble avslappet og god. Det er viktig da intervjuet er avhengig av menneskelig samspill, og det er en metodisk forutsetning at det etableres en intersubjektivitet mellom intervjuer og intervjuobjekt. På den måten forsøkte vi å redusere den forskningseffekten det er å vite at man er i et forskningsintervju.

Ved å benytte en slik datainnsamlingsmetode har vi også en utfordring i forhold til bias og at svarene fra intervjuobjektene er preget av ulike former for etterrasjonaliseringer. Det sentrale ved fenomenet etterrasjonalisering er at det er en tendens til at man tilpasser svar evt fortolkninger av svar i bestemte retninger i ettertid. Dette kan da i sin tur føre til systematiske skjevheter i svarene, også kalt bias. (Repstad 1993) Ved å være oss bevisste på at etterrasjonalisering kunne være en mulig feilkilde, mener vi at vi klarte å unngå denne feilkilden.

Våre roller som kolleger kan likevel ha påvirket svarene vi fikk. Intervjuobjektene kan ha ønsket å gi oss ”riktige svar” fordi vi kjenner hverandre og jobber sammen, men vårt inntrykk er at så ikke var tilfelle. Feil blir det også dersom informantene ikke svarer sant under intervju og heller svarer på en måte som gjør at de fremstår i et bedre lys. Denne intervju-effekten som er et reliabilitetsproblem, hadde vi ingen holdepunkter for at skjedde i intervjuene. Er man usikker på om man har forstått svarene eller om man har hørt riktig, er det viktig å spørre om igjen for å få sikkerhet omkring hva informanten har svart eller ment. Vi fikk imidlertid reflekterte og nyanserte svar som gjenspeilte ulik erfaring og kunnskap når det gjaldt benchmarking.

I ettertid ser vi at vår rolle i intervjuene varierende betydelig. I noen av intervjuene var vi ganske aktive, mens i andre var vi langt mer tilbakeholdne. Vi ser også at vi i enkelte deler innimellom kanskje ble noe ledende i vårt engasjement, men samlet sett er det vanskelig å si om og i så fall i hvilken grad det kan ha påvirket dataenes pålitelighet.

Hvis kodingen blir gjort av to eller flere, kan det oppstå feil koding dersom man ikke har samsvarende forståelse av kodekriteriene og dermed kan det oppstå en systematisk feil. For å motvirke dette, kan det være fornuftig at to undersøkere gjør kodingen uavhengig av hverandre og sammenligner etterpå, eller at man gjør stikkprøver av hverandres koding. Det har vi gjort, og det at vi begge var sammen om alle intervjuene gjorde også at risikoen for systematiske feil ble redusert.

Reliabilitetsproblemer kan oppstå dersom man slurver i datainnsamlingen og i den påfølgende behandlingen av dataene. Det har derfor vært viktig at vi i vår kvalitative datainnsamlingsmetode har vært åpne omkring metode og de begrunnelsene vi har brukt for våre valg. Dersom man har uleselige notater, at man har misforstått eller hørt feil under intervjuet vil reliabiliteten bli dårligere. Ved at vi var to intervjuere reduserte vi faren for dette. Det samme gjelder dersom lydopptak blir ødelagt eller borte og man må skrive ned intervjuet etter hukommelsen.

I utgangspunktet hadde vi planlagt prøveintervjuer, men tidspress gjorde at det ikke lot seg gjøre. Intervjuguiden og intervjusituasjonen fikk vi derfor ikke prøvd ut. Vi ser at de første intervjuene er noe mer famlende fra vår side, og at vi blir sikrere og mer presise i vår rolle i de siste intervjuene. Man kan derfor gå ut fra at vi kan ha gått glipp av informasjon og data i de første intervjuene sammenlignet med de siste.

Vi sendte heller ikke de transkriberte intervjuene tilbake til intervjuobjektene for gjennomlesning eller godkjenning. Derfor kan det ha forekommet feil slik at noe kan ha blitt unøyaktig gjengitt. Vi var imidlertid begge tilstede ved alle intervjuene, vi tok begge notater og vi har begge lest gjennom og korrigert og diskutert innholdet i etterkant. Vi har gjort all transkribering selv uten bruk av innleid hjelp. Alt dette reduserer sjansene for at informasjon er forsvunnet eller forandret under transkriberingen.

3.5.3 utfordringer ved dataanalysen

Utvalget vårt av teori har noen utfordringer som kan ses på som bias i og med at alle perspektivene har en grunnleggende forutsetning om at organisasjonsatferd er preget av påvirkningsfaktorer som er faste og varige eller forgår i kontekster som er faste og varige. Ved å utelate andre organisasjonsteoretiske perspektiver og teorier, er det en fare for at analysene systematisk vil undervurdere andre viktige perspektiver. Dette har vi imidlertid bevisst gjort av hensyn til oppgaven sitt omfang og at analysene ville blitt komplekse og for store for denne oppgaven.

Med vårt teoretiske utgangspunkt, og sett opp mot at vi ikke hadde prøveintervjuer så kan validiteten være svekket ved at vi har oversett viktig informasjon. Våre funn viser at det er stort fokus på struktur og benchmarking som styringsverktøy.

Likevel mener vi at dette ikke har påvirket dataenes validitet som skulle gjøre at funnene våre ikke skulle være valide i forhold til forskningsspørsmålet. Vi ønsket å avdekke kjennetegn ved oppfatningene om benchmarking og mener vi har grunnlag for å ha sikret fokus i vår mønstermatching.

Dataenes validitet er avhengig av ulike ting. Vi har begge en bakgrunn som ledere i samme sykehus i mer enn ti år, noe som gjør at holistisk feilantagelse, eliteskjevhet og ”going native” blir spesielt interessant for oss.(Dalen 2004)

I forhold til den holistiske feilantagelse kan vår førforståelse være så preget av oppfatningen om at vi kjenner sykehuset så godt fra ”innsiden” at eventuelle avvik fra vår forståelse ikke blir registrert og ivaretatt. Denne utfordringen forsøkte vi å møte ved at vi begge var oss bevisste denne muligheten gjennom hele arbeidet med datainnsamling og tolkingen av funnene. Vi har begge imidlertid vært opptatt av benchmarking og forutsetninger for bruk av benchmarking i vår organisasjon i lang tid, noe som har bidratt til at vi har vært åpne for forskjellige tolkninger og oppfatninger hos intervjuobjektene når vi har bearbeidet dataene. Da vi hadde forberedt oss godt før intervjuene og var oppdatert på kunnskapsstaus om benchmarking, må vi som forskere ses på som eksperter på området benchmarking. Det gjorde at vi måtte være varsomme så vi ikke tenderte til å dele ut karakterer i stedet for å gi mer presise beskrivelser av utsagnene og observasjoner under intervjuene.

Eliteskjevhet kan ha betydning da vi har intervjuet 16 ledere og kontrollere av i alt ca 120 i hele sykehuset. Skjevheten er relativt sett mindre når det gjelder kontrollere da de totalt sett er færre enn ledere i sykehuset. Med relativt få informanter kan skjev vektlegging av informasjonen fra disse kunne påvirke resultatene i vår undersøkelse. Da vi begge er ledere på nivå 3 og har intervjuet ledere på nivå 1-2 som er våre ledere, kunne man tenke seg at et avhengighetsforhold ville påvirke våre tolkninger og vektlegging av deres svar. Vi mener at dette ikke har hatt betydning for masteroppgaven da resultatet ikke på noen måte har noen personlige konsekvenser for oss eller for vår funksjon som ledere i samme organisasjon.

Utfordringen med ”going nativ” er at forskeren på grunn av sin nære kjennskap til feltet som studeres får vanskeligheter med å trekke ut særtrekk og spesielle kjennetegn. Når man intervjuer kolleger er man mer tilbøyelig til å velge side i forhold til informantens utsagn, og det å være objektiv og upartisk er en utfordring. Man kan miste den akademiske distansen og ha personlig interesse i resultatene av undersøkelsen.(Repstad 1993) I begynnelsen opplevde vi at det vi fikk høre fra intervjuobjektene var svært kjent for oss, og vi ble dermed noe usikre på om vi i det hele tatt ville kunne trekke ut noe av all den informasjon vi samlet. Dette forandret seg etterhvert som vi arbeidet med materialet og bearbeidet dataene og vi så mønstre i lys av teorien vi hadde lagt til grunn.

3.5.3 Oppsummering

Vi har gjennom hele masteroppgaven tilstrebet en ryddig, objektiv og transparent forskningsprosess. Vi ser helt klart at et enda bredere empirisk fokus, gjennomføring av prøveintervjuer og større utvalg og antall intervjuer kunne styrket dataenes samlede validitet. Likevel mener vi at validiteten er god nok til at vi kan si at våre funn egner seg til å besvare forskningsspørsmålet vårt:

- Hva kjennetegner ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF sine oppfatninger av begrepet benchmarking?

På bakgrunn av studien vår mener vi også at vi kan trekke noen slutninger om hva som bør legges bedre til rette for å kunne bruke og nyttiggjøre seg av benchmarking i vår organisasjon i fremtiden. Betingelsen for at vår undersøkelse skal kunne gi oss kunnskap som vi kan bruke i vår jobb som ledere i Sykehuset Innlandet HF, er at vi får til å etablere

beskrivelser og fortolkninger som er nyttige i den sammenheng. Denne empiriske generaliseringen når det gjelder oppfatninger om benchmarking forsterkes ved at forutsetningene har støtte i bred teori når det gjelder benchmarking og organisasjonsteori. Våre intervjuobjekter representerer funksjoner og roller i sykehuset og har et felles leder- og styringsmandat gjennom sykehusets sentrale styringsdokumenter. Samlet sett er dette funn som bidrar til økt kunnskap om benchmarking og videre bruk i vår organisasjon.

4. Empiri

4.1 Innledning

Vi vil i dette kapittelet presentere de empiriske funnene fra intervjuene med ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF.

Vi skiller informantene med benevnelsene L1 Nivå 1-2 og 3, hvor L og nummer representerer leder nummerert og Nivå hvilket nivå¹⁰ leder er på. Kontrollere blir benevnt med C nummerert.

Siste del av kapittelet presenterer funn med tanke på framtidig bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.

4.2 Presentasjon av funnene

4.2.1 Sammenligning av målbare størrelser

Vårt første spørsmål til informantene var hvordan de oppfattet begrepet benchmarking. Vi finner at informantene har en nokså smal forståelse av begrepet benchmarking, da alle fokuserer på sammenligning og styring. Det er tydelig at det er sammenligning og styring som betyr mest i deres daglige arbeid, og de fleste informantene ser begrepet benchmarking særlig knyttet til økonomi og ressursforvaltning. I løpet av intervjuet er det tydelig at informantene reflekterer mer over begrepet benchmarking og oppfatningene blir etter hvert mer nyansert og reflektert enn i starten av intervjuet.

Fra starten av intervjuet hos en av våre informanter får vi dette korte og konsise utsagnet om hvordan begrepet benchmarking blir oppfattet.

L10 Nivå 3: ”*Sammenligning av like enheter – økonomisk sammenligning av like enheter*”

¹⁰ Ledernivåene i Sykehuset Innlandet HF : Nivå 1 er Administrerende Direktør for Sykehuset Innlandet HF, Ledernivå 2 er divisjonsdirektører og Viseadministrerende direktør for fag og forskning og Ledernivå 3 er avdelingsjefene for hver enkelt avdelingsområde.

Litt senere i intervjuet kommer samme person med utsagn som viser at begrepet inneholder noe mer enn bare økonomisk sammenligning: ***” Men det kan brukes til å se på og lære drift”***

I sine oppfatninger om begrepet benchmarking har alle lederne med ordet sammenligning i en eller annen betydning.

L2 Nivå 1-2: ***”Jeg tenker måter å sammenligne seg med andre på ”***

L8 Nivå 3: ***”sammenligne, sammenligning av enheter, avdelinger, virksomheter”***

L3 Nivå 1-2: ***”..altså sammenligningstall mellom sammenlignbare aktiviteter Det er kvantitative tall det handler om”***

L5 Nivå 1-2: ***” Nei da tenker jeg på at man får ut da forhåpentligvis objektive tall så man kan sammenligne å se..”***

I sitatene ovenfor finner vi at ledere er svært like i sine oppfatninger når de beskriver begrepet benchmarking med hensyn til sammenligninger. Det er ingen forskjeller i forhold til kjønn, antall år som leder eller ledernivå.

På samme måte som lederne var også kontrollere opptatt av sammenligninger i sine oppfatninger av begrepet benchmarking.

C3: ***”Ja jeg tenker på benchmarking at du ser i sjukehuset to enheter opp mot hverandre at eh du benchmarker hva som er bra en plass for å kunne bruke en annen plass”***

C1: ***”Jeg tenker på å måle prestasjoner eller resultater fra forskjellige virksomheter opp mot hverandre også da med målet om forbedring”***

C2: ***”Da tenker jeg på sammenligning, det å måle hvordan,... ja det kan være ressursbruk, det kan være resultater, det kan være mye, men jeg tenker på sammenligning mellom enheter, organisasjoner, foretak, ja..”***

Når det gjelder profesjon finner vi at det er en forskjell mellom ledere og kontrollere da controllerene har en bredere forståelse av begrepet, og vi finner at de er litt mer overordnet og mindre detaljfokusert i sine sammenligninger.

I forhold til aktivitet og økonomi presiseres det at det skal sammenlignes på sammenlignbare og like størrelser, og vi får bl.a. høre at man må sammenligne epler og epler. L9 Nivå 3: ***”Sammenligning av like verdier eller sammenlignbare verdier. Sammenligne epler og epler og samme type epler”***

I de tilfellene hvor man skulle sammenligne tallstørrelser var det spesielt viktig at informantene visste hva tallene representerte og at det var enighet om grunnlaget for tallene.

Noen ledere hadde oppfatninger om at benchmarking kan benyttes for å forbedre resultater både faglig, økonomisk og personellmessig gjennom sammenligning med andre. Vi ser ledere som har spesielt fokus på å sammenligne faglige resultater i forhold til en fagstandard som man oppfatter som den ledende. De var opptatt av at Sykehuset Innlandet HF skulle sammenligne seg med nasjonale registre knyttet til deres fagfelt¹¹.

Her presenteres to sitater hvor det ene gir uttrykk for benchmarking relatert til faglige prestasjoner, og det andre sitatet har med seg elementer av både fag og ressurser.

L11 Nivå 3: ***”Benchmarking det er å sammenligne behandlingsprosedyrer .. mot en gullstandard”***

L12 Nivå 3: ***”Jeg tenker på parametere egnet for å sammenligne sammenlignbare virksomheter eller for å sammenligne egen virksomhet med andres tilsvarende. Så tenker jeg vel fort vekk sånn i to linjer. Det ene går på benchmarking knyttet opp mot kjernevirksomheten vår det som virkelig har med det vi presterer å gjøre – både faglig og organisatorisk. Og så har jeg støtt på det i en annen sammenheng når vi skal inn å sammenligne ressurstildeling og ressursbruk i ulike enheter.”***

Siste sitat viser også klart et mer nyansert syn på benchmarking . Gjennom samtalen får vi også kommentarer av følgende karakter : ”dette hadde jeg ikke tenkt på ” noe som klart viser at samtalen trigger refleksjonen hos informantene.

Vi finner at lederne har fokus på kjernevirksomheten og informantene oppfatter benchmarking som verktøy for å forbedre egen praksis – måloppnåelse. Ledere ser det som vanskelig å sammenligne ulike fagfelt noe de begrunner med avdelingenes kompleksitet. Det

¹¹ Det refereres til bl.a. Nasjonalt Medisinsk Kvalitetsregister for Barne- og Ungdomsdiabetes, nasjonalt Hofteregister og Fødselsregisteret

som øyensynelig ser likt ut er ikke det når man skal starte og sammenligne. De er veldig fokusert på at avdelinger må være like i den forstand at de leverer de samme tjenester, er av samme størrelse og at de derfor oppfattes som sammenlignbare.

Når det gjelder overføringsverdier mellom ulike bransjer ved bruk av benchmarking så var det få av nivå 3 lederne som så denne verdien sammenlignet med ledere på nivå 1-2. En av nivå 1-2 lederne ser på innleggelse i sykehus på lik linje med det å ligge på hotell. Han ser overføringsverdier fra hoteldrift til sykehusdrift, og mener helsesektoren har noe å lære av den type drift. En annen leder reflekterer over sykehusdrift verus drift innen andre servicebransjer. Dette illustreres godt med denne uttalelsen:

L 4 Nivå 1-2: ” .. *når vi diskuterte sånn ventelistebrudd og booking utover tre dager, altså du kan bestille en flybillett eller togstur eller sydentur 6 mnd. fram i tid, det er for å dra på luksusferie, men skal du inn og opereres på sjukehus så kan vi ikke bestille, vet vi ikke om det er i neste mnd. eller til høsten eller noen ting veldig ofte. Og det burde vært omvendt, det burde vært viktigere så der kan vi lære....*”

Dette viser at ledere ser på benchmarking som planlegging og god logistikk noe som er viktig for kjernevirksomheten, og de kan godt se ut over egne fagfelt for å lære.

Gjennom sin yrkesutdanning hadde controllerene tilegnet seg kunnskap om benchmarking. Gjennom sammenligninger ønsker de å måle prestasjoner opp mot hverandre, og med bakgrunn i utdanning er det naturlig at de hadde fokus på økonomi og tallstørrelser.

C1: ”..*så da tenker jeg at brukt på rett måte så er dette et veldig godt hjelpemiddel til å komme videre i prosessen med effektiv ressursforvaltning.*”

Vi finner at controllerne vektlegger den økonomiske forståelsen av begrepet sterkere enn lederne på alle nivå, men i kraft av at de også er de med mest og best kunnskap om benchmarking, er det de som med sitt vide kunnskapsspekter ser klare mulighetene for å bruke benchmarking i andre sammenhenger som for eksempel kvalitetsforbedring. De er mindre opptatt enn lederne av at de enhetene som sammenlignes er helt like. De ser i større grad enn lederne muligheten for overføring av kunnskap via bruk av benchmarking, og gir uttrykk for at benchmarking har en læringsverdi i seg selv.

4.2.2 Benchmarking som styringsverktøy - ja eller nei?

I intervjuet spurte vi om benchmarking kunne brukes som styringsverktøy og de fleste lederne var av den oppfatning at benchmarking var et styringsverktøy i driften av avdelingen eller divisjonen. Vi fikk imidlertid både positive og negative svar på spørsmålet.

L8 Nivå 3: *"Ja det mener jeg helt klart. Må jo kunne gjøre det altså, det må jo kunne i hvert fall kunne styre ressurser og fordeling av ressurser på en mer rettferdig og god måte hvis det brukes riktig"*

L9 nivå 3: *"Absolutt!"* L9 Nivå 3: *"Jeg bruker det hver eneste måned jeg. Og jeg bruker altså jeg kjører statistikk og tall for alle ansatte minst en gang i året. Og vi setter opp i forhold til de målsettingene vi har satt og i forhold til hvor vi ligger an."*

Det kommer fram at flere benytter seg av de månedlige økonomirapportene og sammenligner disse fra måned til måned, og på den måten måler egen forbedring eller måloppnåelse. Våre funn gir et klart inntrykk av at de bruker tallmaterialet aktivt i sine avdelinger.

L12 nivå 3: *"Ja også styringsverktøy "*

Vi finner at flere av informantene, både kontrollere og ledere, mener at benchmarking kan benyttes som beslutningsgrunnlag for styring.

L3 Nivå 1-2: *"..du ønsker jo å få et bra grunnlag å gjøre beslutninger på. Dette kan jo være med på å styrke beslutningsgrunnlaget.."*

L6 Nivå 1-2: *"...så gir det jo på mange områder styringsinformasjon til de som faktisk skal sitte å ta beslutning.."*

C3: *"Ja det er et hjelpemiddel i styring det er klart det er det. Det vil jeg si at det er."*

Noen var derimot helt klare på at det *ikke* kunne betegnes som et styringsverktøy. De var veldig klare i sine uttalelser:

L10 Nivå 3: *"Det er ikke noe styringsverktøy – ikke sann som jeg kjenner det – det er en temperaturmåler"*

L11 Nivå 3: *"Nei - ikke"*

Og i noen tilfeller kom det også en tvetydelighet fram:

L 4 Nivå 1-2: ***”Styringsverktøy er kanskje litt voldsomt, men ihvertfall et verktøy til å hjelpe deg å styre. Du bruker det som en av de tingene som er med på å ta beslutningene.”***

Våre funn viser at alle controllerene mener benchmarking er et styringsverktøy. Blant lederne finner vi ulike oppfatninger og funnene varierer ikke med kjønn, år som leder eller ledernivå.

Informantene ser det slik at benchmarkingen kan være med på å danne grunnlag for tiltak for bedring av resultatet – f.eks økt effektivisering i henhold til drift. Flere ledere ser på sykefraværet som en målbar parameter og relaterer dette til drift av egen avdeling.

En av våre informanter så også benchmarking fra pasientsynsvinkelen i forhold til dette med rangering av sykehus og uttalte:

L1 Nivå1-2: ***”Ja det er ... for oss er det styringsverktøy og for en pasient så er det jo et... et grunnlag for et valg av sykehus”***

Dette forklarer informanten på bakgrunn av diskusjonene om å offentliggjøre lister over sykehusrangering.¹² Dette for å gjøre det lettere for pasienter å velge sykehus når de har behov for ulik type helsehjelp. Rangering kan i dag bl.a gjøres på grunnlag av ventetid for operasjoner, registrert feilbehandling eller antall tilsynssaker fra helsetilsynet. Flere av våre informanter er kjent med sammenligninger knyttet til landsomfattende registre. De nevner diabetesregistre, hofteregistre og ventelisteoversikter spesielt.

Controllerne så også den strategiske varianten av benchmarking hvor benchmarking benyttes for å nå politiske mål. Benchmarking brukt for å fremheve seg selv og som begrunnelse for standpunkter og valg. Denne dimensjonen av benchmarking finner vi ikke igjen hos lederne.

¹² <http://www.news-medical.net/news/2006/10/17/2/Norwegian.aspx> Henviser til amerikansk praksis, men dette er også samtaleemne i Norge

En av controllerne sier :

C1: ”Så kan det også brukes politisk i virksomheten og da tenker jeg ikke partipolitisk, men politisk i forhold til det å nå mål – man kan kreditere noen og gi miskreditt til andre ut ifra å bruke dette herre. Bruke det som brekkstang og virkemiddel i interne kamper.”

Vi fant at controllere hadde tydelig mer kunnskap om benchmarking enn lederne, og flere hadde benyttet dette i tidligere arbeid. I intervjuene med controllerene var det tydelig at bruk av benchmarking var godt kjent.

C1: ” Ja altså jeg tror at benchmarking når når jeg sier at jeg kunne tenke meg å bruke det mer så er det i vissheten på at det finnes flere ting å måle enn det vi måler på, og tru på at det kan virke kvalitetsfremmende.”

Hovedforskjellen i oppfatningene mellom ledere og controllere var at controllerne ser flere typer benchmarking, og de ser et større anvendelsesområde enn ledere. Det skal også nevnes at controllerene sitter i stab og dermed har en annen organisatorisk plassering i sykehuset.

C4: ”Sammenligning av aktiviteter på forskjellige steder eller i forskjellige avdelinger hvor man prøver å få sammenlignet epler og epler og bananer og bananer. Det kan gå på mange områder det kan gå på den kliniske sida det kan gå på økonomi det kan gå på årsverk det kan gå på mange forskjellige ting. Det kan være alle mulige slags områder.”

C2: Controller sier at det kan være bra å sammenligne seg med andre sykehus organisasjoner, ”**men det kan være like bra å sammenligne seg med seg sjøl over tid**”

En av lederne på nivå 3 benytter benchmarking i ulike deler av sin virksomhet ved å arrangere studieturer til andre sykehus for å se hvordan andre avdelinger har organisert sin virksomhet. Observasjonene sammenlignes med egen praksis i det øyemed å forbedre seg eller fastslå at man driver virksomheten sin godt i forhold til de man sammenligner seg med. En av nivå 3 lederne beskriver det slik:

L 11 nivå 3 : ”.. – nå reiser hele gjengen – nivå 4 ledere opp til St.Olav¹³ og der er det lagt opp til at leder for poliklinikken får besøk og omvisning på poliklinikken og kontor på

¹³ St.Olav Hospital Helse Midt Trondheim

kontor og operasjon på operasjon, men de reiser i samlet gjeng og har felles tur og sånt noe – og da er det for å hente input..”

Vi finner at controllerene ser benchmarking brukt i flere sammenhenger til styring enn det vi finner hos lederne. Heller ikke her finner vi forskjeller relatert til kjønn, antall år som leder eller ledernivå. Funnene peker enbart i retning av at det er informantenes profesjon og kunnskapsnivå som skiller oppfatningene.

4.2.3 Akseptering, skepsis og avvisning av benchmarking

Intervjuene ga oss en oppfatning av at ledere på nivå 3 hadde en undertone av skepsis knyttet til begrepet benchmarking. De fryktet at benchmarking kunne true avdelingens eksistens i den forstand at benchmarkingresultater kunne bli brukt som beslutningsgrunnlag som ville gå i deres disfavør. Særlig hos ledere på nivå 3 kom det tydelig fram at de var redde for å miste ressurser både økonomiske og personellmessige, og noen så også en fare for å miste hele funksjoner.

L12 Nivå 3 : ***”Kjempe – men det er igjen avhengig av hvor følsomt ting er – en ting - Noen ganger kan benchmarking oppleves farlig . Når det går på ressurstildelinger og så videre og konkurranse – andre ganger er det jo veldig lite farlig når du holder på internt og leker og så videre. I det første tilfellet er det essensielt at en har tillit til at det som blir sammenlignet er det samme. Da er det mye mer krevende. Da er det slik når vi sitter og sammenligner vår virksomhet – jeg skal gjerne stå for forskjeller altså de som kommer til min disfavør, men jeg må vite på en måte at de er reelle disse forskjellene hvis jeg skal stå bak det.”***

En av lederne beskriver svært godt hva som skjedde når det etter en omorganisering på bakgrunn av en benchmarking ble besluttet å flytte en avdeling. Han sier at ansatte i lang tid var preget av omorganiseringen fordi avdelingens eksistens ble rokket ved. Nyansatte som ikke hadde den gamle kulturen og historien med og i seg, var nøytrale og sogar positive, og det ble derfor en ”kulturkollisjon” i avdelingen. En av lederne kommenterer det å ikke ha med seg historie i forhold til nye ansatte : L 9 nivå 3 ***” de som har kommet inn har jo bare valgt å søke seg til avdelingen med de betingelsene som er der ..”***

En av informantene ga uttrykk for at den historie vi bærer med oss preger aktørene når man skal gi fra seg tall til en benchmarking.

L 9 nivå 3: ***”Det er, jeg tror vi alle bærer en historie med oss og vi preges av det. Det behøver ikke bety at man er uærlig i forhold til tallene man gir fra seg i forhold til benchmarking, men at det ligger der som en del av ryggmargen det er jeg sikker på.”***

Informantene var svært opptatt av at tallgrunnlaget i benchmarkingen måtte være riktig og sammenlignbart, og at man sammenlignet like avdelinger. Begrepene om å sammenligne epler og epler og like epler gikk igjen hos flere. De så store utfordringer med å finne sammenligningsparametere man kunne bli enige om, og var skeptiske til benchmarking hvis de ikke hadde tillit til tallgrunnlaget og et eierforhold til tallene.

Noen informanter ga uttrykk for en opportunistisk holdning ved at de var positive når de så at en benchmarking gikk deres vei og avvisende når benchmarkingen talte i deres disfavør.

C1: ***”- det kan jo være rein opportunisme hvis jeg tror at en måling er til gunst for meg så støtter jeg den veldig og omvendt...”***

Når informantene har en oppfatning om at deres avdeling kommer gunstig ut, er man naturlig nok positiv. Kommer man derimot dårlig ut, så vil de med en gang angripe tallgrunnlaget eller metoden, og de har klare oppfatninger om hvordan de vil forholde seg til negative benchmarkingresultater.

L6 Nivå 1-2 ***”...den første runde der gjorde at vi vil tape en del penger, det er klart det da var å fyre løs på metoden og behovsberegningen, det er vel det som blir utgangspunktet...”***

En annen informant beskriver det å maskere eller forsøke å dekke til tallmateriale og resultatene når man føler egen avdeling truet.

L12 Nivå 3: ***”Da er jeg sikker på at da vil en kunne sabotere - bidra til å maskere - og det som typisk vil kunne få fram lysten til det er vel der hvor du ikke har tillit til at sammenligningen blir god nok, og der hvor du tror mistenker at du til tross for at det er god sammenligning at du kommer ut på en måte som du helst ikke vil. Det er ikke lett å få folk til å blottstille seg der hvor det henger en trussel over.”***

Oppfatninger om at noen kunne bruke benchmarkingresultatene for å skaffe seg fordeler budsjettmessig fant vi også.

C1: ” Men hvis det er slik at det sitter noen rundt bordet som skal tilrane seg noe fra de andre så kan man jo bli paranoid og oppleve at dette er enda et virkemiddel for å få tak i noe”

Flere informanter er avvisende til hele benchmarkingbegrepet fordi det kommer fra økonomisk tankegang og er ulikt det faglige ståsted og tankesettet som helsearbeidere har. Begrepet og innholdet blir noe fremmed og informantene stiller seg avvisende da det liksom ikke hører hjemme i sykehus, det angår ikke oss.

L10 Nivå 3: ” Det var jo, benchmarking ble jo brukt i aviser, hadde jo lest om det som såkalt blåussoppgaver. Visste jo at det kom fra økonomisk teori og på den tid var det veldig moderne å gjøre alt som BI og Handelshøyskolen gjorde, altså tok teorien fra det markedsstyrte”

L11 Nivå 3 ”..men i tillegg så kommer det litt an på profesjonsbakgrunnen til den lederen og det vil også gjelde våre avdelinger hvem som sitter og er ansvarlig leder. Det er helt klart at det vil ha innvirkning, jeg sier at nesten jo høyere opp du kommer desto mindre medisinsk bakgrunn og mer økonomisk, kan jo fleipe med ”blårussen”. Det er jo klart ”blårussen” ser på dette (benchmarking) eller en medisiner ser på dette så er det forskjellig bakgrunn til å kunne stille spørsmål og derfor ser vi at vi får forskjellige spørsmål fra en controller og en medisiner”

Dette var oppfatninger som var knyttet til økonomi og ”blårusstankegang”, mens en av lederne var avvisene på et mer generelt grunnlag:

L10 Nivå 3: ”de var motstandere, dette (benchmarking) var bare tull og tant, huff nei, måtte arbeide til ingen nytte..”

Selv om funnene viser at de fleste informantene så utfordringer og var skeptiske, så så noen også at benchmarking kunne brukes positivt. For det første til å befeste egen avdeling og divisjons posisjon, og på den andre siden utvikle og forbedre egen avdeling. De så at man ved hjelp av benchmarking kunne sammenligne seg med andre avdelinger og finne ut om man er best i klassen.

C1: ” det kommer an på stemningen i den virksomheten totalt sett da hvis man opplever at det her er vi i en virksomhet som fra topp til bunn som søker etter gode løsninger og hjelper hverandre videre og alt det derre positive så er det flott.”

Alle ledere har et klart mål om å være blant de beste, noe som kjennetegner deres oppfatninger om best practice. De har en klar oppfatning om at benchmarking kan brukes i kvalitetsforbedring og ikke bare resultatforbedring, men begge for å styrke og bevare egen avdeling i konkurranse med andre.

C1: ” ..du kan jo skape isfronter og krig hvor alle er opptatt av å forsvare sitt område og budsjett..... Ellers så kan du jo skape, hvis du gjør det på en gunstig måte så kan du jo skape sånn vilje til forandring og at ting kommer i spill med sikte på å finne bedre løsninger.”

Sitatet over har en klar dualitet i seg og det viser at controlleren har en bredere oppfatning av begrepet benchmarking enn ledere på alle nivå.

Selv om man bruker benchmarking med tanke på faglig utvikling og forbedring, er det en som likevel er skeptisk fordi man ved å blottstille seg og vise hvilken praksis man har, kan miste en evt. konkurransefordel man hadde i utgangspunktet.

L12 Nivå 3: ”Nei, jeg tror det kan være skummelt som tusan jeg. Jeg tror det kan være det, men igjen er det viktig i hvor stor grad en blottstilles hvis en gjør det dårlig og identifiseres så vil det jo oppleves som truende og vanskelig samtidig må det være ekstremt skjerpene”

Både lederne på nivå 1-2 og 3 forklarer dette med at de som er ”nærmest tallene og føler resultatet mest på kroppen”, er de som naturlig er mest skeptiske. Nivå 3 lederne er de som er nærmest kjernevirksomheten hvor resultatet av benchmarkingen evt skal iverksettes, og det er de som nærmest må se medarbeiderne i øynene og effektivere tiltak på bakgrunn av en benchmarking. Denne skepsisen finner vi ikke igjen hos controllerne.

Videre finner vi at det er en gjennomgående oppfatning at ledere på nivå 1-2 har et mer overordnet syn på benchmarking og er mindre opptatt av detaljer enn nivå 3 ledere. Dette ser flere ledere på nivå 3 som en fare dersom resultatene av en benchmarking blir brukt av overordnede ledere som ikke har det samme eierforholdet til tallene og resultatet av benchmarkingen som de selv har. Vi oppfatter at dette er med på å forsterke skepsisen hos

nivå 3 lederne, og øke forskjellene i oppfatningene mellom ledernivåene. Vi finner at de følgende sitatene belyser dette:

L4 Nivå 1-2: *”jeg tror det for at jo høyere du kommer opp i hierarkiet - jo mer opptatt er du av å få en rettferdig fordeling vil jeg tru, forhåpentligvis...”*

L2 Nivå 1-2: *”Det er klart at jo høyere du kommer opp jo mer overordnet jobber du som sådan er det sikkert riktig”*

L12 Nivå 3: *”..- desto høyere nivå du kommer på desto større føler du antagelig for å benytte benchmarking for å skaffe deg oversikt over virksomheten din. Men det er jo også med at da er jo da – jo høyere du kommer jo fjernere er du fra kjernevirksomheten og vanskeligere er det å få den derre gode oversikten. Og på den samme side jo høyere du kommer i systemet, jo lengre fjerner du deg fra det nivå som er blitt benchmarket jo vanskeligere er det å få med seg nyansene og vanskeligere er det å virkelig bruke det,...det krever....jo mer klokskap krever det å bruke det”*

De empiriske funnene viser tydelig at det er grader av skepsis til benchmarking. Den er størst hos nivå 3 ledere, og mindre hos nivå 1-2. Vi finner at controllerne skiller seg klart ut ved at de er aller minst skeptiske til benchmarking. Et sitat fra en av controllerne beskriver deres åpenhet overfor benchmarking og deres positive syn:

C1: *”jeg håper jo at man som leder har det overordnede målet for øye nemlig at vi er her for å yte et tilbud til innbyggerne gjerne i vårt område, ikke bare for å bevare egen virksomhet. Hvis det er slik at det vi driver med her ikke passer lenger, det er en urasjonell løsning og kunne fått mer ut av midlene og gitt et bedre helsetilbud til de som skal bli pasienter, så håper jeg at folk ser det og ikke bare forsvarer sitt”*

Oppsumert finner vi at Nivå 1-2 ledere og controllere har en positiv oppfatning av benchmarking og ser muligheter for kunnskapsoverføring ved benchmarking. Vi finner at nivå 3 ledere ikke ser denne muligheten for kunnskapsoverføring i like stor grad. Controllere har mer kunnskap om benchmarking enn ledere på alle nivåer, og kan lettere anvende seg av metoden. Nivå 3 ledere er mest avvisende og skeptiske til benchmarking. De er skeptiske for et eventuelt negativt resultatet av de benchmarkinger som gjøres i deres avdelinger, fordi

dette får størst innvirkning for dem. Vi finner ikke at oppfatningene i forhold til skepsis eller akseptering av benchmarking varierer med kjønn eller år som leder.

4.2.4 Benchmarking et moteord?

I motsetning til controllerne, har lederne mere vage formeninger om hva benchmarking er utover sammenligning av tallstørrelser. Vi finner at de har lite kunnskap om innholdet, og de fyller begrepet benchmarking med hvilket som helst innhold ut fra hva de mener passer best til situasjonen. Noen linker begrepet benchmarking opp mot rapporter, andre mot logistikk, mens andre igjen fyller begrepet med innhold fra faglige studieturer.

L10 Nivå 3: *”..ja men de skjønner ikke hva som menes, egentlig så har vi ikke det begrepet inne. Vi vet ikke hva begrepet består av.”*

L7 Nivå 3: *”.....som sagt synes jeg at begrepet i seg selv er litt utvannet.”*

Gjennom refleksjon i løpet av intervjuet kommer det ofte fram at de mener andre bruker begrepet benchmarking feil.

L11 Nivå 3: *”jeg tenker på at de sitter veldig ofte og bruker ordet (benchmarking) på divisjonsmøtene våre..at her må vi gjøre en benchmarking eller sånt noe uten at jeg da får helt tak i hva er det vedkommende mener med dette. Og det er ikke min oppfatning av hva ordet egentlig betyr og hva det bygger på, men så er det jo det at sånn at visse ord hos oss, sånne som sier benchmarking på godt norsk ikke sant blir veldig utvannet, og så brukes det kanskje veldig mye uten at det er det jeg tenker på ved en benchmarking hvor andre legger mer utfyllende i det men.....”*

Her skilles det mellom egen forståelse og hvordan begrepet blir brukt mer i alminnelighet. Det går og tydelig fram at man synes begrepet benchmarking blir brukt i tide og utide, både internt og ellers i samfunnet. De mener at det har blitt et motebegrep som nærmest er på alles lepper og brukes både i media, blant politikere og samfunnstopper.

L11 Nivå 3: *”....det er det samme med benchmarking, kunne finne noe hvis man vet hva man mener når man snakker om det, må gjerne bruke ordet, men da må man lage en innholdsfortegnelse av ordet, en definisjon av hva vi mener med det ordet når vi bruker det.”*

L7 Nivå 3: *”jeg har litt problemer med å ta det alvorlig nok da, hvis de mener det veldig alvorlig de som sier det...jeg vet for lite rundt det. At det er gjort en benchmarking det sier meg litt for lite selv om jeg tror jeg vet hva jeg legger i ordet”*

Sitatene viser at man har vanskeligheter med å ta både begrepet og de som bruker det på alvor, da det er tydelig at brukerne ikke helt kjenner innholdet i begrepet.

En av lederne ser at hun tidligere har laget sitt eget innhold i begrepet benchmarking og kom med følgende erkjennelse:

L10 Nivå 3 *” ja med det forbehold at jeg faktisk ikke vet hva det er sjøl, men jeg har fått det forklart at det er mye mer enn hva vi har drevet med. Det er en metode som er ganske omfattende og da har ikke vi vært i nærheten av det.”*

De legger mye i hva de tror det er og ikke er, og gir uttrykk for at benchmarking har blitt et motebegrep som kommer fra økonomisk tenking. Flere gir klart uttrykk for at dette er noe nymotens og at begrepet blir brukt for å gjøre seg interessant og moderne. Flere beskriver det som ”keiserens nye klær” når de skal forklare hva de mener.

C1: *”det er et eksempel på keiserens nye klær dette her for man har jo alltid drevet på i de virksomhetene jag har vært borti å sammenligne...”*

L6 Nivå 1-2: *”...jeg har ikke reflektert hvorfor vi tar til oss slike stammeuttrykk, det er jo det det egentlig er, litt sånn moteuttrykk for de kommer jo og går, så det er nok et snev av keiserens nye klær”*

C1: *”Nei det er bare en sånn konstatering at gamle fenomener ofte kommer igjen med et nytt fint ord og så får det en ny vår og så har det kanskje skjedd noe med systematikken og det skrives bøker.....og det skrives mye om temaet og sånn”*

C2: *” ..vi skjønnte jo etter hvert at det var et eh..... amerikansk begrep som ble tatt opp på en måte av konsulentbransjen.....og eh det dukket opp litt sånn som derre motebegrep som så mye annet har dukket opp etter hvert.....”*

L10 Nivå 3: *”....det har blitt en sånn floskel synes jeg...jo for det er in i tiden da sånn som andre ja...da forventer du at folk spisser øra for da er det noe fint som kommer”*

Vi finner at det ikke er forskjell mellom ledere på nivå 1-2 og nivå 3 når det gjelder oppfatninger om benchmarking sett på som motebegrep. Informantene fyller begrepet med individuelt innhold uavhengig av kjønn, år som leder og ledernivå. Vi finner at det er en mer gjennomgående oppfatning hos ledere enn kontrollere at benchmarking er noe som kommer med økonomenes inntreden i helsevesenet .

4.2.5 Økt interesse fra omgivelsene

Selv om oppfatningene er at det er et moderne begrep med et noe utvannet nesten ”tomt” innhold, ser informantene også at det er et økende fokus i omgivelsene på å bruke benchmarking. Forventningene om bruk av benchmarking kommer fra overordnet myndighet, altså fra det regionale helseforetaket og departementet. Etter at vi fikk fritt sykehusvalg ser informantene at det også fra befolkningen generelt er en økende oppmerksomhet, da man ønsker oversikter over ledig kapasitet ved de forskjellige sykehusene.¹⁴ Likeledes er det et ønske at resultater og komplikasjoner ved de enkelte sykehusavdelingene blir lagt ut på internett.

En av informantene peker på at statistisk materiale av behandlingsresultater presenteres i media fra ulike sykehus, og det vokser fram krav om offentliggjøring av resultater som gjør at befolkningen kan ta valg i forhold til feilfrekvens eller gode behandlingsresultater.

L2 Nivå 1-2: ”...men jeg tenker at disse registerene som er nasjonale, at det blir en form for måling også av kvalitet og så må man ha med seg faget i hodet når man bruker det og se om de er fornuftige. Men jeg tror det kommer til å bli mer og mer av det, det tror jeg er sunt, bra at vi har den type benchmarking. Nå er jo tallene på gyn/føde blitt offentlig i forhold til ruptur og sectiofrekvens osv.....men det er klart at man noen ganger sammenligner epler og pærer....utfordringer for man må vite hva man leser for det er utfordringer hvis man skal lese slike tall...”

Her ser en av informantene farene og utfordringene ved offentliggjøring av benchmarkingresultater, nemlig at man må sikre seg at de som *leser* tallene *leser* det samme som vi som *eier* tallene.

¹⁴ Fritt sykehusvalg sine websider: <http://www.frittisykehusvalg.no/start/>

L2 Nivå 1-2: *”...det jeg tenker med å gjøre det er at utfordringen, tallene må oversettes i et språk som folk forstår....”*

L2 Nivå 1-2: *” ...det er noen farer ved det og noen gevinster, men det er helt klart at hvis man bruker benchmarking i et kvalitetsperspektiv for å heve kvaliteten er det bare positivt. Men hvis man skal offentliggjøre det så har det noen utfordringer ved seg som man må være seg bevisst på tenker jeg og det er viktig å være....”*

Vi finner derfor at noen av informantene gir uttrykk for at det er en økende interesse i befolkningen for å skaffe seg informasjon om ulike forhold innen helsevesenet via internett. Dette ser de gjøres gjennom rating av sykehus, offentliggjøring av ledig operasjonskapasitet og kvalitet på tjenestene som leveres.

4.2.6 Oppfatninger om framtidig bruk av benchmarking

I intervjuene ble informantene spurt om hvordan de så på bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF i fremtiden. Ut fra perspektivet om framtidig bruk fant vi at de var opptatt av tilliten til resultatet av en benchmarking, selve prosessen, en upartisk analyse av tallene og at målet med benchmarking måtte være forbedring.

Tillit og troverdighet i prosessen framheves som svært viktig, noe følgende sitater understreker:

L7 Nivå3: *”.. må ha et parameter som jeg kan stole 100% på”*

L7 Nivå 3: *”...jo og på en måte seg jeg som litt betenkeligheter ved en benchmarking at du må på en måte kunne få opp sammenlignbare tall og greier du ikke det så er det en stor svakhet ved hele benchmarkingen. Og det kan miste troverdighet og legitimitet og du vil ikke kunne få troverdighet i det. Og da kan jo hele benchmarkingen og rundt det falle.”*

Våre funn viser som tidligere nevnt at informantene var veldig fokusert på resultatene av hva en benchmarking kunne føre til for den enkelte avdeling, og de var veldig opptatt av faren for å tape stillinger, aktivitet og økonomi. Det var tydelig at det for informantene på nivå 3 var de negative sidene ved bruk av benchmarking som opptok dem mest. Denne skepsisen finner vi igjen i følgende sitater fra nivå 3 ledere:

L9 Nivå 3: *"..men vi er veldig forsiktig med å å å eh.. vise kortene"*

L10 Nivå 3: *"Det er mindre penger - mindre budsjett"*

Vi finner at ledernivå 1-2 generelt er positive til bruk av benchmarking. Når det gjelder kvalitetsforbedring ser også nivå 3 lederne dette som positivt. Samtidig ser de også at forarbeidet og gjennomføringen må være grundig. Det må være tillit i organisasjonen til at dette er noe positivt for avdeling og divisjon.

L1 Nivå 1-2: *"..jeg vil nok bruke det som et positivt verktøy, og jeg vil nok at det skal være, at det skal være akseptert og forstått altså. Å tvinge det inn i en organisasjon, jeg tror ikke det er noen klok strategi å gjøre fordi man kan mistenkeliggjøre motivet for å gjøre det."*

Vi finner at informantene oppfatter både fordeler og ulemper ved å bruke benchmarking. Som tydeliggjort ovenfor oppfatter informantene at benchmarking er et middel til forbedring og de er opptatt av kvalitet. Samtidig var de klar over utfordringene ved å bruke benchmarking.

L2 Nivå 1-2: *"..benchmarking er et verktøy og det er noen farer ved det, men det er og noen gevinster. Men det er klart at hvis man bruker benchmarking i et kvalitetsperspektiv for å heve kvaliteten så er dette bare positivt."*

C1: *" Det kommer jo an på hvordan det blir gjort og mottatt – du kan jo skape isfronter og krig hvor alle er opptatt av å forsvare sitt område og sitt budsjett. Jeg har lett for å tenke økonomi når jeg snakker nå. Ellers så kan du jo skape – hvis du gjør det på en gunstig måte så kan du jo skape sånn vilje til forandring at ting kommer i spill med sikte på å finne bedre løsninger."*

C2: *"Ikke noen andre konkrete konsekvenser enn at det hvis man gjennomførte en sammenligning og er enig om en metodikk som skal brukes for eksempel til tildeling av ressurser kan det jo slå enten positivt eller negativt ut"*

I intervjuene kommer det fram at ledere og kontrollere mener de må ha riktig kunnskap om benchmarking for å anvende metoden, og hensikten med å bruke benchmarking må være tydelig for alle deltakere.

L7 Nivå 3: *”.. så lenge målepunktet – det du måler opp imot er helt definert – tydelig og klart – så er det ikke noe – må det være greit det”*

Informantene ser at benchmarking kan brukes i kvalitetsforbedring.

L1 Nivå1-2: *”..da ville jeg tatt utgangspunkt i kvalitet ikke sant, det å bruke benchmarking for å fremme kvalitet og løfte som en sånn løfteteknikk. Og at man bruker det mest for å bli bedre sjøl ikke sant.”*

Våre funn viser at informantene oppfatter at en vellykket bruk av benchmarking avhenger av involvering. Det nevnes viktigheten av gode prosesser når det arbeides med benchmarking. Det må være et utvetydig mandat og en klar målsetting med benchmarkingen, og de må være forstått og akseptert av de involverte partene.

C3: *”Ville jeg sagt at vi er villige til å gjennomføre benchmarking – vi er kanskje ikke tydelige nok på å si hvorfor vi gjør det, og når resultatet kommer så er vi ikke villige til å akseptere det hvis min enhet ikke kommer bedre ut”*

L6 Nivå 1-2: *”Da forutsetter jeg at jeg ville hatt en ide om hva jeg ville gjøre, at det lå en problemstilling til grunn. Da ville jeg vel åpne med å forklare problemstillingen og hvorfor vi gjør det, og så deretter forklare metoden og på hvilken måte og evt. Hvis det kan heve kvaliteten be om innspill og på den måten både forankre og kanskje forbedre”*

Flere av informantene nevner at Sykehuset Innlandet HF har hatt konsulentbistand (2007-2008)¹⁵ i forbindelse med rapporter utarbeidet for de ulike avdelingene og divisjonene i sykehuset. Disse konsulentrapportene fra 2007 – 2008 blir oppfattet som benchmarking av informantene. Deres oppfatninger og erfaringer om og med benchmarking er bygget på deres delaktighet i prosessen med å fremskaffe tall til rapporten, samt deres kommentarer til det tallmaterialet som ble en del av rapporten.

I forbindelse med dette nevnes det av informantene at det er gunstig å ha hjelp utenfra når man skal gjennomføre en benchmarking slik at spesielle preferanser for enkelte avdelinger og divisjoner reduseres. Dette ble bl.a påpekt av en av våre informanter:

¹⁵ Det var konsulentfirmaet Deloitte som var innleid selskap for å lage nevnte rapporter. En sammenstilling på aktivitet, økonomi, liggetider for de aller fleste avdelinger i Sykehuset Innlandet HF

L Nivå 3:” *..ja men det krever at du har med nøytrale analysefolk som stiller de spørsmåla. Hvis min avdeling gjør halvparten av hva de gjør på det andre stedet må jeg få spørsmålet hvorfor. Da må jeg vite hva de gjør da på det andre stedet, hvordan ser pasientene deres ut, hva er det som gjør at de gjør det.”*

I Sykehuset Innlandet HF har informantene påpekt at benchmarkingen må føre til noe – resultatene må benyttes eller følges opp av ledere på ulike nivåer. Det er forventninger til at noe må skje når det ligger signifikante forskjeller av noe basert på en benchmarkingprosess. Flere informanter påpeker at benchmarking krever tid og ressurser, og det blir derfor viktig at resultatene følges opp og ikke bare lagt i en skrivebordsskuff. En av informantene sa med noe oppgitthet:

C3: *”....og så er vi ikke gode til å følge opp i etterkant”*

Våre funn viser at benchmarking kan benyttes som metode til forbedring av praksis og måloppnåelse i Sykehuset Innlandet HF. For at man skal lykkes med bruken mener både kontrollere og ledere at det må etableres gode prosesser når man skal benytte benchmarking. Vi finner også at de er opptatt av gode rutiner på informasjon samt at målet med benchmarkingen må komme klart fram tidlig i prosessen. Disse funnene er like på alle ledernivåene og varierer heller ikke med profesjon, kjønn eller år som leder.

4.2.7 Oppsummering av empiriske funn

De mest sentrale funnene fra undersøkelsen kan i hovedtrekk oppsummeres som :

- **Benchmarking oppfattes som sammenligning av målbare størrelser**

Vi finner at informantene har en oppfatning av begrepet benchmarking som klart går i retning av ulike typer sammenligninger. Det er ingen forskjeller i oppfatninger i forhold til kjønn, antall år som leder eller ledernivå. Når det gjelder profesjon finner vi at det er en

forskjell mellom ledere og kontrollere da kontrollerne har en bredere forståelse av begrepet enn lederne.

- **Benchmarking oppfattes som et styringsverktøy**

Våre funn viser at informantene har en oppfatning om at benchmarking brukes for å styre økonomi og ressurser. Vi finner at kontrollerne ser benchmarking brukt i flere sammenhenger til styring enn det vi finner hos lederne. Heller ikke her finner vi forskjeller relatert til kjønn, antall år som leder eller ledernivå. Funnene peker i retning av at det er informantenes profesjon og kunnskapsnivå som skiller oppfatningene.

- **Benchmarking blir både akseptert og avvist.**

Vi finner at informantene er bekymret for at en benchmarking skal få negative konsekvenser for deres avdelinger ved tap av økonomi- eller personellressurser. På den andre siden ser de positive muligheter når det gjelder kvalitet og kvalitetsforbedring. Vi finner at at nivå 1-2 ledere og kontrollere har en positiv oppfatning av benchmarking og ser muligheter for kunnskapsoverføring ved benchmarking. Kontrollere har mer kunnskap om benchmarking enn ledere på alle nivåer, og kan lettere anvende seg av metoden. Nivå 3 ledere er mest avvisende og skeptiske til benchmarking. De er redd for et eventuelt negativt resultatet av de benchmarkinger som gjøres i deres avdelinger, fordi dette får størst innvirkning for dem. Vi finner ikke at kjønn eller år som leder påvirker oppfatningene i forhold til skepsis eller akseptering av benchmarking.

Noen få ser muligheten for erfaringsoverføringer fra andre bransjer til helsesektoren. Det er spesielt de på ledernivå 1-2 som ser dette. Kontrollere har mer kunnskap om begrepet benchmarking enn ledere og fyller begrepet gjennomgående med mer innhold enn lederne. Av den grunn har de et videre syn på benchmarking og ser flere anvendelsesområder enn det lederne gjør.

- **Benchmarking er et motebegrep**

Vi finner ikke forskjeller mellom ledere på nivå 1-2 og nivå 3 når det gjelder oppfatninger om benchmarking sett på som motebegrep. Informantene fyller begrepet med individuelt innhold uavhengig av kjønn, år som leder og ledernivå.

- **Økt interesse fra omgivelsene**

Vi finner at noen av informantene gir uttrykk for at det er en økende interesse i befolkningen for å skaffe seg informasjon om ulike forhold innen helsevesenet via internett.

- **Benchmarking kan benyttes som metode i Sykehuset Innlandet HF**

Våre funn viser at benchmarking kan benyttes som metode til forbedring av praksis og måloppnåelse i Sykehuset Innlandet HF. For at man skal lykkes med bruken mener både kontrollere og ledere at det må etableres gode prosesser når man skal benytte benchmarking.

Tabell 1 oppsummerer påvirkningsfaktorer i forhold til fortolkninger og fortolkningsrammer.

	Instrumentelle faktorer	Kulturelle faktorer	Mytiske faktorer
Fortolkningsramme	Kunnskapsstatus og Sykehuset Innlandet HF's instrumentelle oppgaver- kjernevirksomhet er å behandle pasienter	Medarbeidernes erfaringsbakgrunn og kulturelle trekk i organisasjonen.	Omgivlsenes bruk av begrepet benchmarking
Fortolkninger	Oppfatning av begrepet benchmarking som ulike former for sammenligninger spesielt økonomiske. Fra en faglig synsvinkel best practice opp mot nasjonale registre og de man mener er de beste i klassen. Benchmarking brukt strategisk for å fremme egen organisasjon eller svekke andres.	Sykehus er ekspert-organisasjoner preget av mange faggrupper med høy spesialiseringsgrad. Fag får høyeste proiritet.	Oppfatning om at benchmarking er et moteord som blir gitt ulikt innhold

Tabell 1. Funn fra empiri

5. Teoretisk analyse

Vår teoretiske analyse tar utgangspunkt i våre empiriske funn som knyttes opp mot forventninger til hva som kjennetegner oppfatninger om begrepet benchmarking hos ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF. Vi analyserer funnene våre i lys av kunnskapsstatus på området benchmarking sett i forhold til det instrumentelle, kulturelle og mytiske organisasjonsteoretiske perspektivet.

5.1 Det instrumentelle perspektivet

Ut fra det instrumentelle perspektivet forventes det:

- At lederes og controllers oppfatninger av benchmarking er i tråd med kunnskapsstatus på fagområdet benchmarking

Vi finner i empirien at lederne sine samlede oppfatninger om benchmarking hovedsakelig er delt i to. Disse to hovedoppfatningene er for det første at benchmarking benyttes som styringsverktøy for å oppnå økonomiske mål ved bedret effektivitet eller reduksjon av personell og budsjetter. For det andre at benchmarking oppfattes som en metode for å bedre kvalitet i egen avdeling. Disse funnene i empirien er i tråd med forventningene om at oppfatningene er en refleks av kunnskapsstatus.

Fra empirien ser vi at spesielt lederne har litt vanskelig for å se innholdet i begrepet benchmarking som noe mer enn kun sammenligning og styringsverktøy relatert til økonomi. Dette ser vi bl.a på som en følge av at vi ikke hadde gitt utførlig informasjon om hva intervjuene skal omhandle, og derfor hadde informantene liten mulighet til å forberede seg spesielt på forhånd. På bakgrunn av dette er informantene ”smale” i sine svar om oppfatninger om benchmarking, men svarene er allikevel i tråd med kunnskapsstatus. Ledernes forståelse av begrepet er smalere enn controllerne sine forståelser av begrepet. Det er vanskelig å se at lederne oppfatninger bare er en ren refleks av kunnskapsstatus, de er også preget av å være fortolkninger som ikke er en instrumentell forventning, men en institusjonell forventning. De peker derimot på enkeltelementer og resonnementer som er i tråd med de ulike typer benchmarking. Enkeltelementene og resonnementene er en refleks av kunnskapsstatus samtidig som de også er i tråd med og forankret i kunnskapsstatus.

Som fagpersonell i en ekspertorganisasjon som et sykehus må regnes for å være, så er det tydelig at fokus på kvalitet er fremtredende. Lederne ønsker å tilby tjenester av høy kvalitet og er interessert i å måle sine resultater mot praksis reflektert gjennom nasjonale registre. Dette er rasjonell tankegang og et ønske og vilje til å forbedre egen praksis. Dette kommer tydelig frem i empirien hvor begrepet gullstandard brukes om dette. De må selv kunne etablere egen baseline før de kan sammenligne denne med tilsvarende registre, eller andre som driver samme type virksomhet. Det ligger tydelig rasjonell nytteogikk bak slike handlingsmønstre og dette er en refleks av kunnskapsstatus når det gjelder benchmarking. Her ser vi at de instrumentelle faktorene blir forsterket av kulturelle faktorer ved at sykehuset er en ekspertorganisasjon som har en kultur som vektlegger fagkunnskap som legitimt beslutnings- og handlingsgrunnlag.

Den andre forventningen ut fra et instrumentelt perspektiv var:

- At kontrollere har mer kunnskap om benchmarking enn ledere i forhold til kunnskapsstatus på fagområdet benchmarking

Empirien viser at det er ulik kunnskap om benchmarking hos ledere og kontrollere. Gjennom sine siviløkonomistudier har controllerne tilegnet seg mer teoretisk kunnskap om benchmarking enn lederne som har helsefaglig utdanning. Enkeltvis har kontrollere en annen oppfatning av benchmarking og ser anvendelsesområder ved bruk av benchmarking som ikke lederne vi intervjuet så som f.eks det å benytte benchmarking strategisk for å fremheve egen avdeling enten ved å være veldig bra selv, eller få andre til å fremstå som mindre gode. Det kommer klart fram i empirien at kontrollere har mer kunnskap enn lederne har og at oppfatningene er en refleks av kunnskapsstatus på området benchmarking. Dette er i tråd med den empiriske forventningen om at kontrollere har mer kunnskap om benchmarking enn det lederne har.

Controllerne er plassert i stab og vil derfor i mindre grad påvirkes av resultatene av en benchmarking. Det vil være lettere for denne yrkesgruppen med sine kunnskaper om benchmarking å forholde seg profesjonelt til en prosess hvor benchmarking inngår som virkemiddel for å frambringe mulige endringer og fremtidige valg. Dette forklares ved at controllerne er plassert på et nivå i organisasjonen som i stor grad unngår å bli berørt av resultatet av en benchmarking enten det er positivt eller negativt, og med sin økonomiske

utdanning er de heller ikke så sterk påvirket av de kulturelle faktorene som lederne med sin helsfaglige bakgrunn er. Dette fordi controllerne ikke deltar direkte i sykehusets kjernevirksomhet. I samspillet mellom de instrumentelle- og kulturelle faktorene ser vi derfor at de instrumentelle har større påvirkning på controllerne enn på lederne.

Den tredje forventningen var som følger:

- At oppfatningene om og opptattheten av benchmarking i forhold til kunnskapsstatus varierer med ledernivå i sykehuset

I en hierarkisk organisasjonsmodell forventes det at benchmarking blir iverksatt fra toppen av organisasjonen, og brukt av ledelsen for å nå organisasjonens mål enten faglig eller økonomisk. Det forventes at bruk av benchmarking er en rasjonell handling for å frembringe måloppnåelse. Vi finner dette igjen i empirien og det viser at oppfatningene er påvirket av instrumentelle faktorer som for eksempel ledernivå.

Ut fra ledernivå forventer vi at ledere på nivå 1-2 har en mer overordnet og prinsipiell fortolkning av begrepet benchmarking, og orienterer seg mer i retning av omgivelsene enn ledere på nivå 3. Fordi ledere på nivå 3 har ansvar for kjernevirksomheten vil de og være mer påvirket av interne verdier og normer enn ledere på nivå 1-2. Disse forventningene finner vi støtte for i empirien, men med grader av individualisering. Dette er uavhengig av likheter eller ulikheter i kulturelle kjennetegn ved avdelingene eller demografiske trekk hos informantene som kjønn og år som leder.

Når det gjelder strukturelle påvirkninger av oppfatningen om benchmarking viste funnene at det var forskjeller mellom ledere på ulike nivå og deres oppfatninger av begrepet og anvendelsesområdet for benchmarking. Hovedforskjellen har sammenheng med avstand til eventuelle endringer som følge av benchmarking. Ledere på nivå 1-2 har ikke den samme nærheten som ledere på nivå 3 til der kjernevirksomheten utøves, og er derfor mer prinsipielle og handlingsorienterte i forhold til gjennomføring og oppfølging av en benchmarking enn det nivå 3 ledere er. Dette er i tråd med den empiriske forventningen om at oppfatningene om benchmarking varierer med ledernivå i sykehuset.

Det er tydelig at opptattheten av benchmarking er sterk preget av konsulentfirmaet Deloitte sitt benchmarkingarbeid i 2007-2008. Fordi det var kritikk mot rapportene, klage på

tallmaterialet og at rapportene ikke ble godt nok fulgt opp, var det med på å skape negative oppfatninger om benchmarking. Dette viser at en benchmarkingprosess må være godt forankret i organisasjonen, og alle aktører må på forhånd være orientert om at det kan bli endringer på bakgrunn av de funn som gjøres. Empirien viste at det må være tillit til at en benchmarkingprosess foregår upartisk og at det ikke ligger skjulte agendaer til grunn for prosessen. Målsettingen for ledelsen vil hele tiden være å gjøre sin egen organisasjon best mulig og arbeide aktivt for å frembringe gode resultater med et godt omdømme i omgivelsene.

Opptattheten av benchmarking er størst på nivå 3 hvor skepsisen til benchmarking er størst. Vi ser her at kulturelle faktorer påvirker den instrumentelle forventningen når det gjelder opptattheten. Nivå 1-2 lederne er på sin side mer opptatt av å benytte benchmarking for å frembringe beslutningsunderlag til strukturelle endringer. Våre funn er dermed i tråd med den empiriske forventningen om at opptattheten av benchmarking varierer med ledernivå i sykehuset.

Den empiriske analysen gir oss informasjon om at ledere i sykehus er opptatt av nasjonale registre og ”rating” av sykehus. Dette oppfattes som metoder og rapporter utledet fra tankegang fra New Public Management. Det offentlige skal ikke stå noe tilbake for det private, og adapterer praksis fra det private næringslivet knyttet til økt fokus på effektivitet og kvalitet.

5.2 Det institusjonelle perspektivet

5.2.1 Det kulturelle perspektivet

Med utgangspunkt i det kulturelle perspektivet hadde vi en forventning om at:

- Oppfatninger om benchmarking vil være fortolkninger av kunnskapsstatus som tilpasser seg det som bevarer egen avdelings og divisjons identitet og verdier.

Ledere og kontrollere har klare kulturelle rammer som legger føringer for deres handlingslogikk og hvordan de fortolker kunnskapsstatus om benchmarking. March og Olsen (March og Olsen 1995) beskriver dette som ”den passende logikk” noe som betyr at det forventes at ledere og kontrollere har en forståelses- og handlingslogikk som er kjennetegnet av å være tilpasset de uformelle verdiene og normene som avdelingen har. Dette finner vi særlig igjen i ledernes utsagn når de uttrykker skepsis til benchmarking, og at de må ha tillit til tallgrunnlaget og benchmarking som metode. Dersom de oppfatter at tallgrunnlaget er feil vil og resultatet gi et uriktig bilde av virkeligheten. Derfor ser de at resultatet av en benchmarking kan utfordre og bryte med verdiene og normene i avdelingen. Vi finner at dette er i tråd men at oppfatningene om benchmarking vil være fortolkninger av kunnskapsstatus som tilpasser seg det som bevarer egen avdelings identitet og verdier.

I kultureperspektivet forventes det at ledere og kontrollere relaterer begrepet benchmarking til andre innarbeidede begreper som har med styring og kvalitetsforbedring å gjøre som for eksempel sammenligning av nøkkeltall og best practice. De empiriske funn viser at denne forventningen innfris hos mange av informantene da oppfatningene kjennetegnes ved at de har forståelse for at begrepet benchmarking er tuftet på avdelingenes tradisjonelle oppgaver med å tilby befolkningen trygge og gode helsetjenester. Oppfatningene er derfor fortolkninger av kunnskapsstatus som er i tråd med å bevare avdelingens kultur, verdier og normer. Bevare da i forståelsen av å bestå og utvikle seg, og ikke stå i fare for å bli redusert eller nedlagt.

Ut fra det kulturelle perspektivet forventet vi at oppfatningene om begrepet benchmarking ville være like innenfor samme profesjon og ledernivå, og når disse to varierte ville vi forvente at også forståelsen varierte. Det førte fram til følgende forventning:

-
- Det forventes at fortolkningene av kunnskapsstatus varierer ut fra demografiske trekk som for eksempel kjønn, antall år som leder, profesjon etc.

På bakgrunn av dette og fortolkninger av kunnskapsstatus antok vi at controllerne, som har økonomisk utdanning, ville legge seg nærmere opp til en økonomisk forståelse av begrepet benchmarking enn lederne som alle har helsefaglig utdanning. Dette finner vi få holdepunkter for i empirien da både ledere og controllere er svært forkusert på den økonomiske- og styringsmessige forståelsen av benchmarking. Vi ser imidlertid noe individuell variasjon der hvor enkelte ledere er mer opptatt av fag enn økonomi.

Motsatt antok vi også at lederne med helefaglig bakgrunn ville være mer opptatt av det helsefaglige og tjensetekvalitet enn controllerne, og dermed også ha en svakere økonomisk forankring av begrepet. Dette finner vi heller ikke holdepunkter for i empirien, da det med små individuelle forskjeller faktisk er nokså like oppfatninger med hensyn til bruk av benchmarking i kvalitetsforbedringsarbeid. I begge tilfellene ser vi et samspill mellom instrumentelle og institusjonelle faktorer som gjør at demografiske ulikheter hos ledere og controllere ikke får gjennomslag da den instrumentelle påvirkningen blir for sterk.

Vi ser at demografiske trekk ikke får den gjennomslagskraften som vi ut fra våre empiriske forventninger hadde forventet. Vi ser likevel en ulik vektning av de instrumentelle og institusjonelle påvirkningsfaktorene hvor lederne på nivå 1-2 er mest påvirket av de instrumentelle faktorene, mens lederne på nivå 3 er mest påvirket av de institusjonelle faktorene.

Den tredje forventningen ut fra det kulturelle perspektivet var:

- Vi har forventninger om at ulikheter i ledere og controlleres oppfatninger av benchmarking har sammenheng med ulikheter i fortolkninger av kunnskapsstatus for å tilpasse seg kultur, historie og tradisjon i den organisasjonen de er en del av.

Ledernes og controllernes lange ledererfaring i samme organisasjon gjør at de er godt sosialiserte i den avdelingen de leder og tilhører. Dette kan føre til at nye begreper og metoder som benchmarking blir oppfattet som gammelt nytt i "new wrapping". Dette kommer tydelig til uttrykk gjennom utsagn som "*keiserens nye klær*" og at "*dette har vi gjort i alle år men nå har det fått et annet navn*". Motepreget som begrepet benchmarking

får oppfattes derfor som en utfordring av informantene. Her påvirker de kulturelle og historiske faktorene på en slik måte at den motemessige påvirkningen ikke slår gjennom når det gjelder oppfatningen av benchmarking. Vi ser videre at når lederne og controllerne fyller begrepet med innhold henter de det hovedsakelig fra instrumentelle faktorer som for eksempel nøkkeltall og sammenligning av størrelser.

Forventningen om at ulikheter i ledere og controllers oppfatninger har sammenheng med ulike fortolkninger av kunnskapsstatus for å tilpasse seg avdelingens kultur, historie og tradisjoner, finner vi ikke holdepunkter for i empirien. I stedet for ulikheter viser våre funn at det er likheter i deres fortolkninger som igjen gir likheter i oppfatningene når det gjelder å tilpasse seg avdelingens kultur, historie og tradisjoner. Dette mener vi har sin bakgrunn i at sykehus med sine klare kulturelle normer og verdier må ses på som institusjoner. Derfor får også de institusjonaliserte kulturelle faktorene en så stor påvirkning på oppfatningene at fortolkningene av kunnskapsstatus hos ledere og kontrollere blir svært lik og tilpasset historie, kultur og tradisjon i avdelingen.

De ulikhetene vi derimot finner i fortolkningene av kunnskapsstatus har klar sammenheng med ulik kunnskap om benchmarking.

5.2.2 Det mytiske perspektivet

I myteperspektivet forsøker man å forstå organisasjonen og atferden som et resultat av oppfatninger og holdninger preget av organisasjonens ønske om å befeste eller øke sin legitimitet i de institusjonelle omgivelsene. På samme måte som i kulturperspektivet ser vi at oppfatningene er fortolkninger mer enn reflekser av kunnskapsstatus.

Ut fra moteperspektivet ble derfor følgende forventning satt opp:

- Det forventes at fortolkningene er løsrevet fra gjeldende kunnskapsstatus og at man ikke har noen fast oppfatning av hva benchmarking innebærer.

Når de fleste lederne gir uttrykk for at benchmarking er et begrep som gir de lite mening og at de ikke klarer å fylle det med noe konkret innhold utover sammenligning og styring, så er det i tråd med denne forventningen. Særlig lederne mener at begrepet er utvannet og nesten tomt og blir brukt som et moteord i tide og utide, og vi finner at benchmarkingbegrepet

oppfattes som et motebegrep som blir fylt med individuelt innhold avhengig av hver enkelt leder. Innholdet benchmarkingbegrepet da får er bare delvis bestemt av kulturell, strukturell eller formell plassering, og er heller ikke bestemt av demografiske kjennetegn som kjønn, utdanning, eller år som leder. På den måten står vi igjen med en form for harmonisering ved at evt konfliktdimensjoner som måtte finnes i forhold til de demografiske trekkene ikke får gjennomslag. Dette er i tråd med Røviks funn når det gjelder spredning av populære oppskrifter. (Christensen, Lægreid, Roness, Røvik 2009)

Til forskjell fra kulturperspektivet forventer myteperspektivet at fortolkningene kjennetegnes av hva som er mest moderne og hva som gir mest tilslutning i organisasjonens institusjonelle omgivelser. Med bakgrunn i denne forståelsen forventet vi følgende:

- Det forventes at oppfatninger om benchmarking er fortolkninger av kunnskapsstatus hvor det viktigste er å framstå som moderne og framtidsrettet i forhold til sykehusets omgivelser

Dette finner vi igjen i empirien og er i tråd med forventningene når informantene oppfatter benchmarking som et moteord/motebegrep. Informantene synes det er vanskelig å stille seg avvisende til benchmarking, og motebegrepet får dermed et visst normativt preg, noe som også er i tråd med forventningene i forhold til at man tilpasser seg omgivelsene. Vi ser likevel at de kulturelle faktorene får så stor gjennomslagskraft at de motemessige faktorene får mindre betydning.

Tredje forventning vi hadde sett ut fra myteperspektivet var:

- Fortolkning av kunnskapsstatus vil være usystematisk både med hensyn til profesjon og stillingsplassering og at oppfatningene i noen grad er frikoplet kunnskapsstatus

Våre funn viser at det er forskjell mellom lederne og controllerne når det gjelder denne forventningen. Controllerne fortolker kunnskapsstatus i et videre perspektiv, og oppfatningene deres er også i mindre grad frikoplet kunnskapsstatus. Ledernes oppfatninger derimot er en usystematisk og individuell fortolkning og frikopling av kunnskapsstatus, og dermed helt i tråd med forventningen. Det at begrepsoppfatningene varierer individuelt mer enn instrumentelle og kulturelle kjennetegn skulle tilsi, er helt i tråd med myteperspektivets forventninger.

Samlet sett viser analysene at ledernes og controllernes oppfatninger kjennetegnes av fortolkninger av kunnskapsstatus og at motemessige trekk klart har påvirket begrepsforståelsen. Motefaktorene har påvirket oppfatninger slik at forståelsen har blitt mer ensartet på tvers av instrumentelle og kulturelle skillelinjer. I tillegg har motefaktorene bidratt til at det er stor variasjon i forståelsen på individnivå. Dette har ført til at den felles forståelse og oppfatninger bygd på instrumentell og kulturell tilknytning som ledere og kontrollere hadde, er blitt oppdelt og redusert.

5.3 Analyse framtidig bruk av benchmarking

5.3.1 Innledning

Ut fra våre empiriske funn hadde vi en forventning om å kunne si noe om organisasjonen Sykehuset Innlandet HF sin framtidige bruk av benchmarking.

Forskningsspørsmålet var formulert slik:

- **Hvilke konsekvenser mener vi deres oppfatninger kan ha for bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.**

Dette kapitlet vil inneholde våre oppfatninger om hvordan benchmarking kan brukes i sykehuset på basis av vår kjennskap til kunnskapsstatus på området, og informantenes oppfatninger om begrepet benchmarking.

5.3.2 Kunnskap

De empiriske funnene viser at den samlede kunnskapen hos ledere om begrepet benchmarking er lavere enn den kunnskapen controllerne besitter på området. Gjennom sin yrkesutdanning og sitt fagfelt har controllerene kunnskap om benchmarking noe ledere med helsefaglig bakgrunn ikke har i sin utdanning.

Ledere må oppdateres på kunnskapsstatus på området benchmarking. Ikke nødvendigvis totalt, men i alle fall teoretisk på de ulike formene av benchmarking som man ønsker å

benytte. For Sykehuset Innlandet HF sin del så ser vi at det først og fremst må være prestasjonsbenchmarking og prosessbenchmarking som vil være aktuelt.

Våre empiriske funn viser at organisasjonen er opptatt av god kvalitet på sine tjenester, og i helsevesenet snakkes det mye om best practice og erfaringsbasert læring. Vi har eksempler fra intervjuene som sier at ledere reiser ut på studiebesøk til andre sykehus for å sjekke ut hvordan andre har organisert sin virksomhet. Dette er en måte å benchmarke på, hvor man lærer av andre for å bli bedre selv. Det er selvfølgelig viktig at ikke alt blir blåkopier av andre, men at det tilpasses egen organisasjon. For og lykkes er det viktig med involvering av alle berørte parter.

Med økt kunnskap vil benchmarking kunne brukes nedover i organisasjonen uten involvering fra ledernivå over. Ved kunnskapstilførsel kan organisasjonen og de enkelte avdelinger og enheter lage egne prosesser hvor benchmarking inngår som verktøy. Det gode eksempelet er erfaringsutveksling gjennom studieturer som er lærerikt faglig. Controllere har kunnskap som de kan dele med resten av organisasjonen og være aktive med i benchmarkingprosesser i Sykehuset Innlandet HF.

5.3.3 Innleie av konsulenter eller ikke

Konsulentfirmaer som har spesialisert seg på benchmarking gjør dette på oppdrag for mange typer bedrifter og organisasjoner, og på denne måten skaffer seg en erfaring og en fasit på hva beste praksis er innenfor ulike sektorer. (Røvik 2007) Dette selges inn som egen vare til bedrifter og organisasjoner. Mange konsulentfirmaer har svarene av benchmarkingen på forhånd i ferdige pakkedøsninger. Dette kan gi organisasjonen feil svar og dermed feil løsninger i forholdet til området som skulle benchmarkes. Konsulentfirma med liten kjennskap til organisasjonen de skal benchmarke kan oversette resultatene feil og dermed gi gale råd til oppdragsgiverne. Når eksterne konsulenter skal bistå med benchmarking i en ekspertorganisasjon, er det viktig at de sikrer seg kjennskap til organisasjonen enten ved egen fagkompetanse eller fagkompetanse fra organisasjonen de benchmarker.

Gjennom intervjuene fikk vi en oppfatning av at Deloitte-rapportene¹⁶ har bidratt til mye frustrasjon hos ledere i Sykehuset Innlandet HF. Disse rapportene ble sett på som benchmarking da man sammenlignet like avdelinger fra samme fagfelt i fire av seks somatiske enheter i Sykehuset Innlandet HF. Mange av våre informanter ga uttrykk for at de har hatt et dårlig forhold til utarbeidelsen og resultatet av disse rapportene. De mente at rapportene ikke ble fulgt opp når de endelig var klare. Det ble opp til de enkelte divisjonene å benytte seg av resultatene i rapporten i egen divisjon uten at det var noen overordnet føring eller styring for bruk av resultatene. Selv om informantene var med i prosessen med å frambringe tallmaterialet som ble brukt, og at de selv fikk sjansen til å kommentere innholdet i rapportene underveis, var ikke dette tilstrekkelig til at sluttrapporten ble akseptert. Kommentarene deres til tallmaterialet var at tallene ikke var nok i seg selv – de ga ikke et virkelig bilde av virksomheten. I tillegg mente de at det ikke kom klart nok fram hvordan rapportene skulle benyttes i ettertid. Dette er en av fallgruvene som kunnskapsstatus peker på ved bruk av benchmarking.

I empirien er det holdepunkter for at det er dårlige erfaringer med bruk av konsulentfirma i benchmarkingprosessen som er med på å begrense og forhindre bruk av benchmarking i framtiden. Innleid konsulentbistand kan være positivt for å drive prosessen, men som sagt mandatet deres må være klarlagt på forhånd.

5.3.4 Involvering

Våre empiriske funn viser at det er stor skepsis til bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF på grunn av dårlige erfaringer. Våre informanter gir uttrykk for at mandatet for benchmarkingen må være tydelig, bekjentgjort og akseptert på forhånd av alle involverte parter. Dette gir et eierforhold til prosessen som igjen vil være viktig for resultatet og oppfølgingen i etterkant. Med et klart mandat og god informasjon om hvorfor benchmarking igangsettes vil det være lettere å iverksette endringer med bakgrunn i resultatene av benchmarkingen. Med involvering av alle parter mener vi at informasjon og drøftinger føres med de ansatte og deres lovlig valgte representanter. Vi mener at prosessen må ha legitimitet i organisasjonen for at den skal lykkes. Dette viser også våre empiriske funn.

¹⁶ Se side 68

5.3.5 Læring

Vi mener at økt kunnskap om benchmarking medfører lavere terskel for å ta benchmarking i bruk som metode for å lære av andre. Vi mener at det ikke er nok at bare ledere på nivå 1-2 og 3 oppdaterer kunnskapen sin, men at alle involverte parter får tilgang på gjeldende kunnskapsstatus på området benchmarking. Det synes som viktig at Sykehuset innlandet HF til enhver tid er dynamiske og villige til å se ut over egen organisasjon og innhenter ny og viktig kunnskap for forbedring av praksis og resultater.

5.3.6 Oppsummering

Det er en manglende kunnskapsmengde hos ledere på nivå 1-2 og 3 relatert til kunnskapsstatus på området benchmarking. De må tilføres kunnskap i tråd med kunnskapsstatus på området for å kunne benytte benchmarking som metode og et verktøy til hjelp for styring og forbedring av sin virksomhet.

Vi mener at involvering av lederere og de som skal delta i en benchmarking er viktig for resultatet av benchmarkingen. Våre empiriske funn viser en skepsis til innleide konsulenter som skal stå for benchmarking i Sykehuset Innlandet HF, og denne må reduseres hvis sykehuset skal ha ekstern hjelp. Sykehuset Innlandet HF som organisasjon må selv eie prosessen for å få et resultat som alle enes om er framkommet på ærlig vis.

Med kunnskap i tråd med kunnskapsstaus på området benchmarking vil Sykehuset innlandet HF kunne benchmarke ulike områder i egen organisasjon ved å sammenligne seg med seg selv og andre.

6. Konklusjon

6.1 Innledning

Denne masteroppgaven har hatt som mål å finne ut hva som kjennetegner utvalgte ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF sine oppfatninger om benchmarking. På bakgrunn av de empiriske funnene hadde vi i tillegg en målsetting om å kunne si noe om konsekvenser for fremtidig bruk av benchmarking i vår sykehusorganisasjon. Dette ledet oss fram til følgende forskningsspørsmål:

- **Hva kjennetegner ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF sine oppfatninger av begrepet benchmarking?**
- **Hvilke konsekvenser mener vi deres oppfatninger kan ha for bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF.**

6.2 Konklusjoner fra undersøkelsen

I organisasjonsteorien finner vi holdepunkter for at offentlig ansatte oppfatter organisasjonsformer og styringskonsepter som fortolkninger og oversettelser. Våre funn indikerer at dette også kjennetegner oppfatningene som ledere og kontrollere i Sykehuset Innlandet HF har når det gjelder benchmarking, og hvordan de forstår begrepet og forholder seg til det i sitt daglige arbeid.

Den enkelte leder og controller sine oppfatninger ser ut til å kjennetegnes av en blanding av og ulik vektning av de tre organisasjonsteoretiske fortolkningsmåtene. Disse fortolkningsrammene kan ses ut fra ulike handlingslogikker og den samlede fortolkningen passer med det Røvik kaller sammenkjedede handlingslogikker (Røvik 2007). Generelt kjennetegnes oppfatningene av at både lederne og controllerne har et sterkt fokus på styring og sammenligning, og disse oppfatningene er klart i tråd med det instrumentelle perspektivet. Dette er den mest fremtredende av de tre fortolkningsrammene, sannsynligvis fordi det er et svært sterkt fokus på økonomi og styring i sykehuset.

Det har i mange år vært et press på sykehusøkonomien noe som utfordrer sykehusets kjernevirksomhet og dermed også institusjonen sykehuset sine kulturelle verdier og normer. I tillegg til den sterke påvirkningen fra de instrumentelle faktorene, får de kulturelle faktorene også stor gjennomslagskraft fordi de institusjonelle verdiene i organisasjonen blir utfordret.

Den kulturelle fortolkningsrammen vektlegges også i forhold til myterammen ved at lederne og controllerne oppfatter benchmarking som gammelt nytt, noe vi ser gjennom beskrivelser som *"keiserens nye klær"*. Her får den kulturelle fortolkningsrammen gjennomslagskraft på en måte som gjør at moteperspektivet ikke får noen dominerende påvirkning i det daglige.

I forhold til det komparative ser vi at den kulturelle fortolkningsrammen har gjennomslagskraft. Lederne som alle har helsefaglig utdanning er sterkt forankret i sykehusets historiske og institusjonelle verdier. Denne forankringen fører til at de nesten ikke fortolker benchmarking og benchmarkingprosesser som teoretiske og akademiske begreper. De fleste ser dog benchmarking som et styringsverktøy for ledelse og drift av avdelingen. Controllerne har med sin siviløkonomiske utdanning ikke denne sterke historiske og institusjonelle forankringen, og vi ser derfor at den kulturelle fortolkningsrammen ikke får like stor gjennomslagskraft hos disse. Dette gjenspeiles ved deres videre begreps- og anvendelsesforståelse når det gjelder benchmarking. Oppfatningene om benchmarking kan derfor sies å være stivhengige, spesielt hos lederne.

Ut fra våre empiriske funn og våre slutninger finner vi klare holdepunkter for at økt kunnskap, involvering av impliserte parter for å sikre tillit og legitimitet til prosessen, er essensielt for å lykkes med bruk av benchmarking i Sykehuset Innlandet HF. Konsekvensen blir at lederne må øke sine kunnskaper om benchmarking i henhold til kunnskapsstatus. Deretter sørge for innvolvering og transparens i prosessen for å oppnå et vellykket sluttresultat. Hvorvidt man bør benytte seg av eksterne konsulenter eller ikke, vil avhenge av hvilken type benchmarking man vil benytte seg av.

De instrumentelle faktorene er de som har størst påvirkning på oppfatningene, og de er forankret i den generelle kunnskapsstatus. Samtidig forsterkes de instrumentelle forventningene gjennom de kulturelle faktorene ved at sykehuset er en ekspertorganisasjon som vektlegger fagkunnskap som legitimt beslutnings- og handlingsgrunnlag. Oppfatningene er ikke rene reflekser av kunnskapsstatus i tråd med de instrumentelle forventningene, men også fortolkninger av kunnskapsstatus i tråd med institusjonelle

forventninger. Vi finner også at de kulturelle faktorene har så stor gjennomslagskraft at den motemessige påvirkningen blir liten.

Våre funn viser at de fleste av de empiriske forventningene stemte. Det som overrasket noe var at informantenes demografiske profil ikke hadde den betydningen vi på forhånd hadde trodd. Dette ser vi i sammenheng med de sterke kulturelle påvirkningsfaktorene som gjør seg gjeldende i en institusjonalisert organisasjon som et sykehus er, og som gjør at hver enkelts demografiske profil får liten påvirkning på oppfatningene.

Som en følge av dette vil innføringen av nye styringsverktøy og begreper i sykehuset skje over lang tid og ha et inkrementelt preg. Tidsperspektivet kan illustreres ved det å prøve å forandre kursen på en supertanker i fart ved hjelp av en påhengsmotor.

Litteraturliste

Andersen, B., Pettersen, P.-G., (1995). *Benchmarking, en praktisk håndbok*. Oslo: Tano forlag

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., Røvik, K. A., (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: Instrument, kultur, myte* (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget

Denk, T., (2002). *Komparativ metod – forståelse genom jämförelse*. Lund: Studentlitteratur

DiMaggio, P. J., Powell, W. W., (1983). *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*. American Sociological Review, 48 (2): 147-160

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L., (2009). *Metodpraktikan, konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (3. Uppl) Stockholm: Norstedts Juridik

Hatch, M. J., (2008). *Organisasjonsteori - moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. (7. oppl) Oslo: Abstrakt forlag

Hellevik, O., (1990). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. (6. oppl) Oslo: Universitetsforlaget

Hans Chr Høyer (2005). *"Den daglige forvaltningspolitikken"* Doktoravhandling, Karlstads Universitet, 2005:46

Johannessen, A., Tufte, P. A., Kristoffersen, L., (2009). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*. (3.utg) Oslo: Abstrakt forlag

March, J. G., Olsen, J. P., (1995). *Democratic governance*. New York, Free Press.

Mydske, P. K., Claes, D. H., Lie, A., (2007). *Nyliberalisme – ideer og politisk virkelighet*. Oslo: Universitetsforlaget

NOU (Norges Offentlige Utredninger) 2000:19 *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?*

Repstad, P., (1993). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Røvik, K. A., (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Selznick, P., (1997). *Lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Scott, W. R., (2003). *Organizations: rational, natural, and open systems*. Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall: Pearson Education International.

Spector, P., (1981). *Research design*. Beverly Hills: Sage Publications

Strand, T., (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2.utg) Bergen: Fagbokforlaget

Thagaard, T., (2009). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Wilmar, B., Bruusgaard, P., Frich, J.C., Fugelli, P. (2009). *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk