

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Lars Utne Haukland og Kjetil Aaseby

Benchmarking

«Bend over, here it comes again»

Dato: 14.06.2018

Totalt antall sider: 70

Forord

Da nærmer det seg enden på et to års studie med mye godt samarbeid og nye bekjenskaper på tvers av helseforetakene i Nord. En givende og ikke minst lærerik tid er nå i ferd med å avsluttes.

Prosessen med å skrive en slik oppgave kan fremstå som noe hektisk. Den henger over oss som en sky i hverdagen. Noen dager tunge grå skyer, mens andre dager kun blå himmel. Emnet vi har skrevet om er fagspesifikt, men samtidig interessant siden tema er treffende for de fleste nivå og fagområder innenfor helseforetakene.

Emnet dukket opp etter diskusjon mellom Lars Utne Haukland og Barthold Vonen på Senter for klinisk forskning og evaluering (SKDE) i Tromsø. SKDE har produsert og gitt ut Barnehelseatlasen og ytret ønske om å få belyst hvorvidt barnehelseatlasen har vært aktivt benyttet av i barneavdelinger i Norge. Vår tematikk i oppgaven var i så måte nokså treffende. Vi takker særlig Barthold Vonen og Olav Helge Førde ved SKDE for bistand med utvikling av spørreskjema.

Takk til kunnskapsavdelingen på Nordlandssykehuset ved Odd Leithe for teknisk bistand ved utsending av spørreundersøkelse som questback. Denne hjelpen sparte oss for mye tid og frustrasjon i gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

Vi må også rette en takk til Kari Nyland som har vært vår veileder gjennom denne oppgaven. Hun har gitt oss gode retningsangivelser med utrolig konkrete tilbakemeldinger underveis, og vært en god diskusjonspartner.

Vi vil også takke hverandre for godt samarbeid i perioden, og våre familier for tålmodighet og utholdenhet.

Bodø 10.06.2018

Lars Utne Haukland

Kjetil Aaseby

Sammendrag

Benchmarking er sammenlikning av en virksomhet med en annen, enten nasjonalt eller internasjonalt for å stimulere til å løse oppgavene bedre. Benchmarking er et begrep spesialisthelsetjenesten har vært kjent med i mange år, og ble innført som del av new public management konseptet som også spesialisthelsetjenesten startet benytte seg av på 2000-tallet. Benchmarking gjennomføres i de fleste nivåer i helsetjenesten. Alt fra intern benchmarking hvor en kan sammenligne to enheter i en klinikk, til benchmarking hvor en blir sammenlignet med avdelinger og enheter på andre sykehus.

Disse sammenlikningene møtes ofte med en holdning som kan beskrives med begrepet BOHICA (Bend over, here it comes again). Utfallet er ofte en følelsen av at en må forsvare sine egne forhold eller initiere endringer i egen organisasjon for å tilpasse seg omgivelsene uten nødvendigvis å kunne si at det en endrer til er best praksis.

«Barnehelseatlas» er et resultat av en ønsket benchmarking av forbruk av helsetjenester blant barn i Norge initiert av barnelegeforeningen. Med det som bakteppet stilte vi oss spørsmålet om etterspurt benchmarking brukes aktivt i styring og endring i avdelinger.

Spørreundersøkelse er gjennomført ved hjelp av et elektronisk verktøy som heter Questback, og er sendt til alle avdelingsoverlegene ved landets barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Vi har gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse, og oppnådde 100% respons på undersøkelsen.

Vår spørreundersøkelse viser at barnehelseatlasen i liten grad er blitt benyttet til endring av klinisk praksis. Nesten halvparten av avdelingsoverlegene oppfatter likevel «barnehelseatlas» som et nyttig verktøy til styring av avdelingene. Et stort flertall (80%) ønsker gjentatte undersøkelser i fremtiden tross liten grad av bruk av atlas.

Abstract

Benchmarking is the comparison of departments, either national or international, to stimulate a better way of solving tasks. Benchmarking is a term the health care service has known for years, and it started as part of new public management concept which was introduced to the health care service in the early 2000. Benchmarking is now used at most levels of health care. Examples are internal benchmarking where you compare two units in the same clinic, and benchmarking where you compare departments and units in different hospitals.

These comparisons are often met with the attitude which can be described as BOHICA (Bend over, here it comes again). Benchmarking often makes leaders feel they have to defend their own practice or make changes in their own organization to adapt to the surroundings without always knowing if the change make their practice better.

“Barnehelseatlas” is the result of a requested benchmarking of consumed health services of children in Norway initiated by the Norwegian pediatric association. Based on this initiative we wondered whether a requested benchmarking would be used actively in the management of the pediatric departments and initiate change of clinical practice or not.

The survey was conducted by an electronical tool, Questback, and was sent to the chiefs of all the pediatric departments in Norway. The survey was a quantitative questionnaire, and the response was 100%.

Our survey showed that the “Barnehelseatlas” has been used to a limited extent to initiate change in clinical practice. Nevertheless, almost half of the chiefs of the pediatric departments perceive the “Barnehelseatlas” as a useful tool in the management of the departments. A great majority (80%) of them wants repeated surveys in the future, even though the use of this one has been limited.

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
INNHALDSFORTEGNELSE	IV
1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG BEGREPSAVKLARING	3
2 BARNEHELSEATLASET.....	6
3 BENCHMARKING SETT I ET TEORETISK PERSPEKTIV.....	14
3.1 BRUK AV BENCHMARKING I ET NORMATIV PERSPEKTIV	14
3.1.1 <i>Ulike typer Benchmarking</i>	16
3.1.2 <i>Benchmarking og endring</i>	17
3.2 BENCHMARKING I ET INSTITUSJONELT PERSPEKTIV.....	21
3.3 TEORETISK OPPSUMMERING.....	24
4 METODE.....	26
4.1 VALG AV METODE	26
4.2 VITENSKAPELIG STÅSTED.....	27
4.3 SPØRRESKJEMA	27
4.4 VERKTØY FOR INNHENTING AV DATA	28
4.5 VALG AV RESPONDENTER.....	28
4.6 BESKRIVELSE AV RESPONDENTER	30
4.7 ANALYSE AV DATA.....	31
4.8 RELIABILITET	31
4.9 VALIDITET.....	32
4.10 METODEKRITIKK	32
5 EMPIRISKE FUNN.....	34
5.1 EIERSKAP TIL BARNEHELSEATLASET	35
5.2 FAGMILJØETS KUNNSKAP OM INNHOLDET I BARNEHELSEATLASET	36
5.3 LEDELSENS KUNNSKAP OM INNHOLDET I BARNEHELSEATLASET	37
5.4 FORVENTNINGER TIL BARNEHELSEATLASET	39
5.5 ENDRING SOM ET RESULTAT AV BARNEHELSEATLASET	41
5.6 IKKE ENDRING SOM ET RESULTAT AV BARNEHELSEATLASET	42
5.7 STRATEGISK BRUK	44
5.8 OPPSUMMERING VIKTIGE FUNN	48
6 ANALYSE	50
6.1 OPPFATTES BENCHMARKING SOM ET NYTTIG VERKTØY TIL STYRING AV AVDELINGER?	50
6.2 BARNEHELSEATLASET HAR I LITE GRAD FØRT TIL ENDRING AV KLINISK PRAKSIS I BARNEAVDELINGENE	51
6.3 MANGEL PÅ TID/INTERESSE FREMHEVES SOM FORKLARING.....	54
6.4 DIALOG/KUNNSKAP FØRER TIL ENDRING PÅ SIKT?	56
7 KONKLUSJON	58
LITTERATURLISTE	60
FIGURLISTE.....	62
TABELLISTE.....	62
VEDLEGG 1 – INFOSKRIV SPØRRESKJEMA.....	63
VEDLEGG 2 – SPØRRESKJEMA.....	64
VEDLEGG 3 – GODKJENNING NSD.....	68

1 Innledning

Denne oppgaven presenterer en studie av hvordan benchmarking oppfattes som verktøy til styring av barneavdelinger i helseforetak med spesielt fokus på om benchmarking kan føre til endring av klinisk praksis.

1.1 Bakgrunn

Benchmarking er sammenligning av aktivitet med andre i samme situasjon. NOU 2000:19 “Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse” åpnet for bruk av benchmarking som styringsverktøy også i helsevesenet, og etter dette har benchmarking i økende grad blitt en del av hverdagen i spesialisthelsetjenesten på flere nivå (Arbeids- og administrasjonsdepartementet 2000).

Helseforetak sammenliknes årlig gjennom SAMDATA vedrørende forbruk av ressurser, effektivitet, kapasitet, forbruk av tjenester med mer på overordnet nivå (Helsedirektoratet 2013). Det gjennomføres lokale, regionale og nasjonale sammenlikninger av pasienttilfredshet i avdelinger, og det er tilgjengelige data for gjennomsnittlig ventetid for de fleste typer behandlinger ved landets helseforetak på nett. I oppdragsdokumentet fra Helse Nord til Nordlandssykehuset i 2018 er et av oppdragene å måle og rapportere på kostnad pr. pasient (KPP) som en del av kvalitetsutvikling (Helse Nord RHF 2018). Dette er bare noen få eksempler på den type benchmarking som etter hvert er blitt en selvfølge i spesialisthelsetjenesten.

Som mellomledere i helseforetak har vi begge gjennom flere år fått presentert benchmarking av egne avdelingens resultater med andre avdelinger eller foretak. Intensjonen med denne sammenligningen er å stimulere til endring av klinisk praksis og økonomisk drift i retning av det som oppfattes som beste praksis.

Vårt inntrykk er at den benchmarking mellomlederne i helseforetak presenteres for i liten grad er etterspurt, men vanligvis er initiert av overordnet ledelse i helseforetaket, Regionalt helseforetak eller Helsedirektoratet.

Egne erfaringer er at benchmarking svært ofte utløser mye støy og sjelden fører til endring av drift eller behandlingspraksis. Utfallet av benchmarkingen er ofte rettferdiggjøring av egne

resultater, og resultatene blir ofte møtt med spørsmål ved detaljer i tallmateriale og sammenligningsgrunnlaget. Dette skyldes ofte at de som får presentert denne type benchmarking ikke føler noen form for eierskap til data som presenteres. Utfallet av uønsket benchmarking med manglende eierskap til resultatene blir gjerne motvilje til å forholde seg til resultatene. Dette fenomenet omtales gjerne populistisk som “BOHICA; Bend over, here it comes again”, og utfallet blir ofte ikke som forventet.

Det å gjennomføre benchmarking har en kostnad, og i den forbindelse må man kunne se på kost-nytte verdien av benchmarkinger. Kostnaden defineres ikke bare for de menneskene som utfører arbeidet med selve benchmarkingen (i vår oppgave; Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE i Tromsø), men også kostnaden med registrering av data og tolkning av resultat i de forskjellige helseforetakene.

Hvis en omfattende benchmarking ikke medfører endringer, kan en stille spørsmål om kostnaden ved å hente ut og systematisere data, rettferdiggjøres av nytteverdi.

Det kan også være vanskelig å vite om endringer er iverksatt på bakgrunn av resultater av benchmarking, eller om endringen allerede er initiert før resultater av benchmarking foreligger.

Det finnes eksempler på fagmiljø som selv har initiert og bestilt benchmarking av sitt eget fagmiljø. Norsk barnelegeforening ba i januar 2015 selv om en gjennomgang av forbruk av helsetjenester ved alle landets barneavdelinger. Bestillingen var forankret i et møte i regi av Barnelegeforeningen der avdelingsoverleger fra alle barneavdelinger i Norge var representert.” Barnehelseatlas” ble presentert i september 2015 og viste til dels store ulikheter i forbruksrate av helsetjenester mellom de ulike helseforetakene, noe følgende sitat fra rapporten viser: *"Det er overraskende store geografiske forskjeller når det gjelder innleggelse av barn i sykehus. For eksempel innlegges barn fra boområde Vestfold dobbelt så ofte som barn som sogner til boområde Vestre Viken"* (SKDE 2015).

Barnelegeforeningens mål med atlasen var å undersøke om barn i ulike regioner har lik tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor, og om tilgjengelige ressurser blir brukt best mulig.

Loven om spesialisthelsetjeneste har som to av sine formål: "... bidra til likeverdige tjenestetilbud" og "... bidra til at ressursene utnyttes best mulig" (Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

Helsedirektør Guldvog oppfordret i sin årlige tale 26.04.18 ledere i helsevesenet til å gjøre noe med uforklarlige variasjoner i helsetilbud til pasientene (Dagens Medisin 2018). Hans påstand er at denne uønskede variasjonen i helsetilbud skyldes manglende oppmerksomhet fra lederne.

Den nye "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten" som trådte i kraft 01.01.2017, pålegger ledere å identifisere forbedringsområder og iverksette nødvendige tiltak for å korrigere aktivitet ved behov for forbedringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

Vi ønsker med denne undersøkelsen å vurdere om en etterspurt benchmarking initiert av fagmiljøet kan ha bidratt til endringsprosesser. Vår antagelse ved oppstart av prosjektet var at heller ikke etterspurt benchmarking blir benyttet til systematisk forbedringsarbeid i avdelinger, og det skaper et dilemma i forhold til ressursbruken ved utarbeidelsen av materialet.

1.2 Problemstilling og begrepsavklaring

Vi har utviklet følgende problemstilling:

"Oppfattes benchmarking som et nyttig verktøy til styring av avdelinger i helseforetak?"

Vi ønsker å undersøke spesielt om benchmarking oppfattes som nyttig i forhold til endring av praksis i pasientbehandling, for eksempel justering av terskel for innleggelse, regulering av kapasitet av tilbud og liknende.

Avhengig av våre funn vil eventuell oppfølgingsspørsmål være:

Har barneavdelingene endret praksis etter at resultatet av barnehelseatlasen er gjort kjent?

Hvordan kan vi med utgangspunkt i teori forstå disse endringene?

Vi forsøker også å kartlegge motivasjon som kan ligge bak både valg om å gjennomføre og ikke gjennomføre endringer etter at resultatene ble kjent.

Alle barneavdelingene i Norges erfaring med Barnehelseatlas legges som grunnlag for å vurdere om benchmarking brukes til styring av avdelinger. Vår vurdering av benchmarking begrenses til sammenlikning av klinisk praksis i pasientbehandling, vi forholder oss ikke til økonomisk benchmarking i denne oppgaven.

Resultatene vil bli tolket opp mot aktuell teori, og våre egne erfaringer vil ligge som bakteppe for tolkningene. Vi vil benytte oss av normativ teori som forklarer hvordan benchmarking kan brukes ut fra lærebokperspektiv, og institusjonell teori som tar høyde for at helseforetak er komplekse organisasjoner der praksis ikke alltid stemmer med lærebøkene.

Avklaring av sentrale begreper:

Benchmarking

Benchmark: *“En på forhånd definert posisjon, brukt som en referanse noe måles opp mot”* (Andersen & Pettersen 1995).

Direktorat for forvaltning og IKT (Difi) definerer benchmarking som: *“sammenlikning av en virksomhet med en annen, enten nasjonalt eller internasjonalt for å stimulere til å løse oppgavene bedre”*(Direktoratet for forvaltning og IKT 2015).

I denne oppgaven forholder vi oss til Difi sin definisjon som sier at benchmarkingens målsetning er å skape forbedring av praksis.

Styring

Styring oppfattes som en type administrasjon og er systemorientert. Styring beskrives som «en sentralisert, direktivliknende påvirkning utøvd indirekte, bl.a. gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner» (Røvik 2007). I vår oppgave tolker vi styring som den måten leder kan instruere ansatte om hvordan driften skal organiseres for å oppnå et definert mål. I forhold til benchmarking vil styring kunne brukes til å definere krav som må oppfylles før innleggelse eller hvilke diagnoser der oppfølging kan overføres til fastlege i stedet for poliklinikk.

Helseforetak

Et helseforetak (HF) er en norsk statlig virksomhet som eies av et regionalt helseforetak.

Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står

i naturlig sammenheng med dette. Virksomheten til helseforetak reguleres av helseforetaksloven av 2001 (“Helseforetak – Wikipedia,” 2018).

Avdeling

Med avdeling i denne oppgaven mener vi barneavdelinger ved somatiske sykehus i Norge.

Barnehelseatlas

Barnehelseatlasets presenterer benchmarking av forbruk av helsetjenester blant barn i alderen 0-16 år i Norge i perioden 2011 - 2014. Forbruket av helsetjenester er registrert i barnets boområde og knyttet opp mot geografisk tilhørende barneavdeling. Sammenligningen er gjort både for innleggelser i sykehus, polikliniske konsultasjoner og for enkelte utvalgte diagnoser.

Oppgavens oppbygging

I kapittel en har vi presentert bakgrunn for problemstilling, definert og avklart sentrale begreper. I kapittel to gir vi en kort beskrivelse av barnehelseatlasets. I kapittel tre presenterer vi aktuell teori som vi forventer kan brukes til å belyse og forklare resultater i undersøkelsen. I kapittel fire redegjør vi for valg av metode og gjennomgår metodens fremgangsmåte. Kapittel fem beskriver våre funn i spørreundersøkelsen og vår tolkning av data. Vi viser de hovedfunn som tas videre til analysen. I kapittel seks gjennomføres analysen av funn opp mot aktuell teori. Kapittel syv inneholder konklusjon og vår tolkning av betydningen av våre funn.

2 Barnehelseatlas

Barnehelseatlas er en rapport som omtaler forbruk av helsetjenester for barn i alderen 0 - 16 år i Norge. Barnehelseatlas ble til etter initiativ fra Barnelegeforeningen med bakgrunn av intern benchmarking utført for årene 2012 og 2013 av foreningen selv, og ble utarbeid av senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord med en referansegruppe fra barnelegeforeningen. Bakgrunnen for initiativet var et ønske om å undersøke om det eksisterte regionale forskjeller i forbruk av helsetjenester og eventuelt forsøke å harmonisere tilbudet uavhengig av geografi. Et annen ambisjon var å lære av hverandre og oppnå bedre ressursutnyttelse. Det at initiativet kommer fra fagmiljøet selv gir det sterkt forankring i fagmiljøet. Denne forankringen belyses i forord fra barnelegeforeningen ved daværende leder Ingebjørg Fagerli, sitat "Fagmiljøet ville da også ha et eierforhold til resultatene" (SKDE 2015).

I rapporten er alle offentlig finansierte somatiske helsetjenester for barn i perioden 2011 - 2014 inkludert. Barne- og ungdomspsykiatrien er ikke tatt med i denne rapporten. Data er hentet ut fra Norsk pasientregister (NPR) og er strukturert etter sykehusopphold. Det er også hentet data fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) for å vise pasientkontakter ved fastleger og legevakt. Kontaktene er knyttet opp mot Helseforetak med barneavdelinger og de boområder som naturlig sokner til avdelingene. Forbruket er angitt i aldersjustert forbruksrate pr 100 000 barn.

Rapporten beskriver forbruk av helsetjenester for barn i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved helseforetak og privatpraktiserende spesialister. For sykehus skilles det mellom innleggelser og polikliniske kontakter, og materialet er delt mellom kirurgiske og medisinske tilstander. Det er også valgt ut enkelte "vanlige" diagnoser der forbruk av polikliniske konsultasjoner og innleggelser ved sengepost er angitt for de enkelte boområdene.

I atlaset benyttes "forbruksrate" som er definert som aldersjusterte rater for konsultasjoner/innleggelser pr 100 000 barn i boområde, og "pasientrate" definert som aldersjustert rate for antall pasienter (unike pasienter) pr 100 000 barn i boområdet.

Vi har begrenset vår bruk av barnehelseatlas til å gjelde medisinske kontakter i spesialisthelsetjenesten, det vil si den behandlingen som foregår i barneavdelingene ved Helseforetakene.

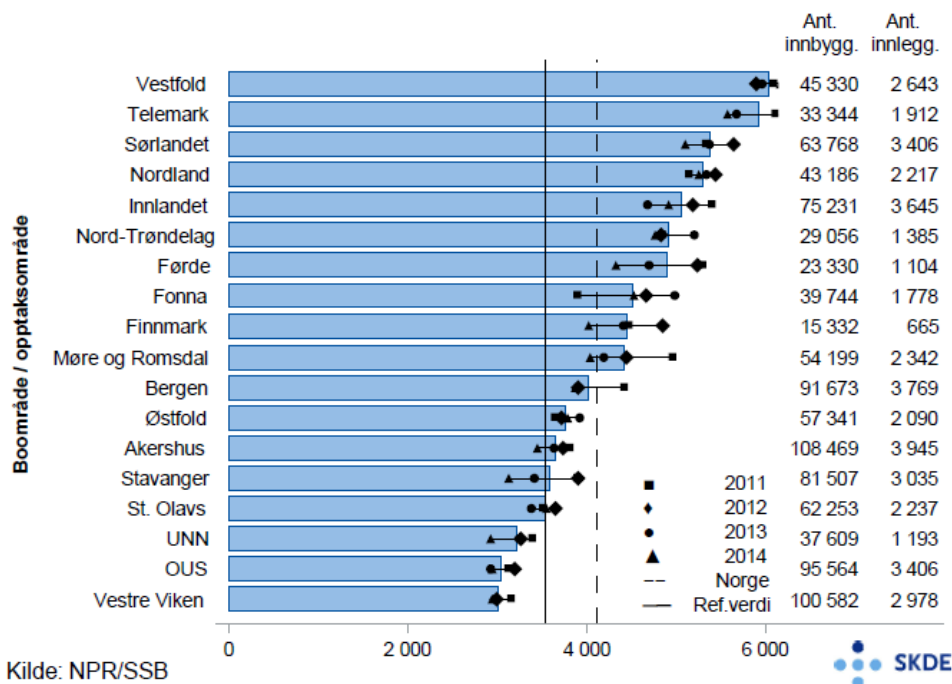
Store regionale forskjeller i barns bruk av spesialisthelsetjenester.

Barnehelseatlas ble presentert i september 2015 og avdekket til dels store regionale forskjeller i forbruk av helsetjenester for både innleggelser og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten (SKDE 2015). Hvert tredje barn i en av verdens antatt friskeste barnebefolkninger er årlig i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

For pasientgruppen som helhet og innenfor enkelte diagnoser ble det vist at det i enkelte regioner var opp til fire ganger høyere forbruk av helsetjenester enn andre uten at dette kunne forklares ved geografi, avstander eller andre faktorer man tradisjonelt tenker vil utløse ulik praksis.

For innleggelser for gruppen som helhet ses det stor variasjon mellom boområdene.

Figur 1- Alle innleggelser, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år pr. boområde, pr. år, referanseverdi og gjennomsnitt for perioden 2011-2014. (Kilde Rapport barnehelseatlas s. 38)

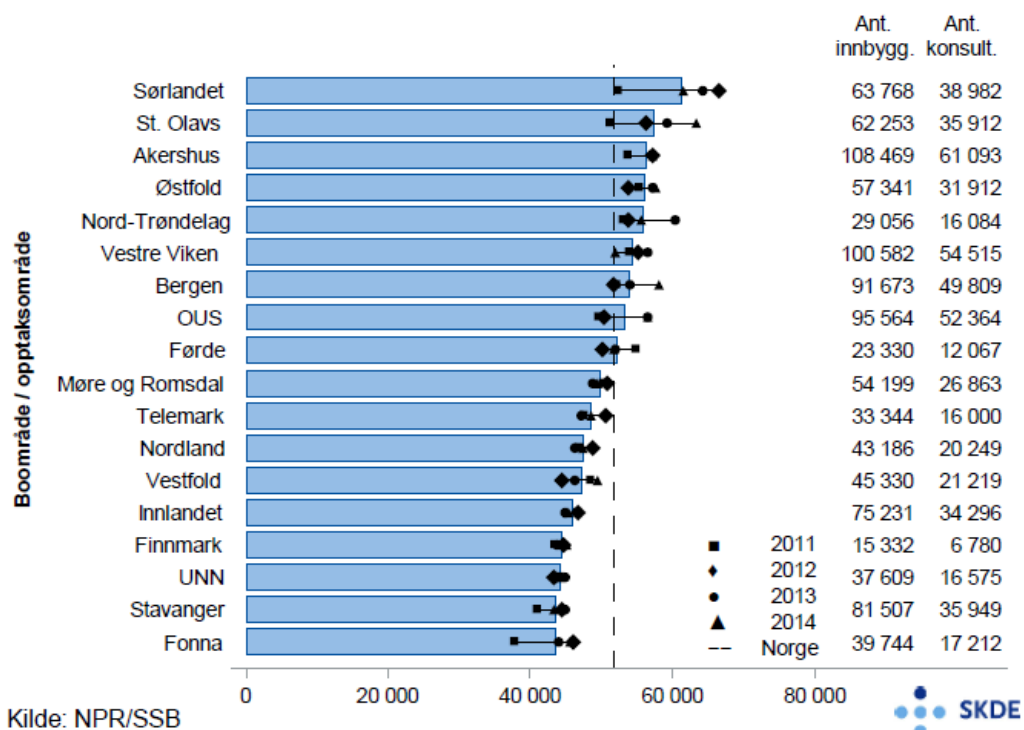


Forenklet kan man si at barn i boområde Vestfold legges inn dobbelt så ofte som i boområde Vestre Viken. Disse to barneavdelingene er lokalisert i Tønsberg og i Drammen, og det burde derfor ikke være geografiske forklaringer til ulikt forbruk.

Boområdene til Universitetssykehusene er blant de med lavest forbruk av innleggelser. Dersom de andre boområdene hadde kopiert Universitetssykehusenes forbruk, ville antall medisinske innleggelser blitt redusert med 6500 innleggelser årlig tilsvarende 15%.

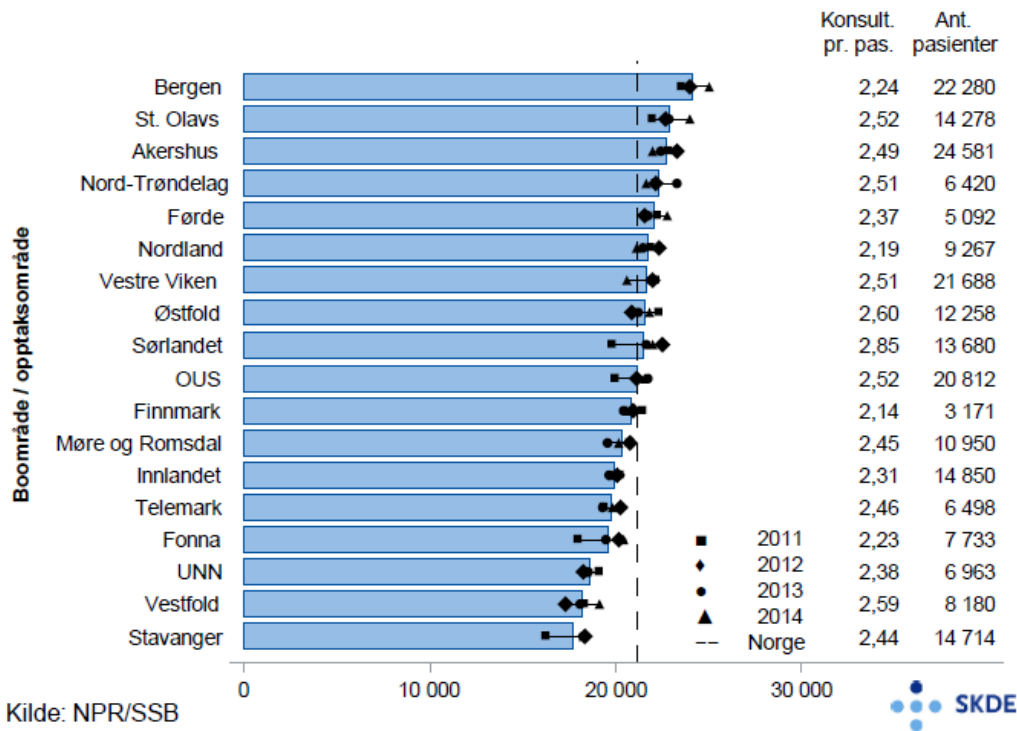
For poliklinikk for barnegruppen som helhet, var resultatene følgende:

Figur 2-Poliklinikk/dagbehandling, medisinske tilstander, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år pr. boområde, pr. år og gjennomsnitt for perioden 2011-2014 (Kilde Rapport barnehelseatlas s. 49)



Figur 2 viser at det i boområdet Sørlandet er 40% høyere forbruksrate enn boområdet Fonna, det betyr 40% flere gjennomførte konsultasjoner pr 100 000 barn.

Figur 3- Poliklinikk/dagbehandling, medisinske tilstander, aldersjusterte, pasientrater pr. 100 000 barn 0-16 år pr. boområde pr. år og gjennomsnitt for perioden 2011-2014. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient (Kilde Rapport barnehelseatlas s.50).



Figur 3 viser at pasientraten er 40% høyere i boområde Bergen sammenlignet med boområde Stavanger. Det betyr at det undersøkes 40% flere unike pasienter i spesialisthelsetjenesten i Helse Bergen enn i Stavanger.

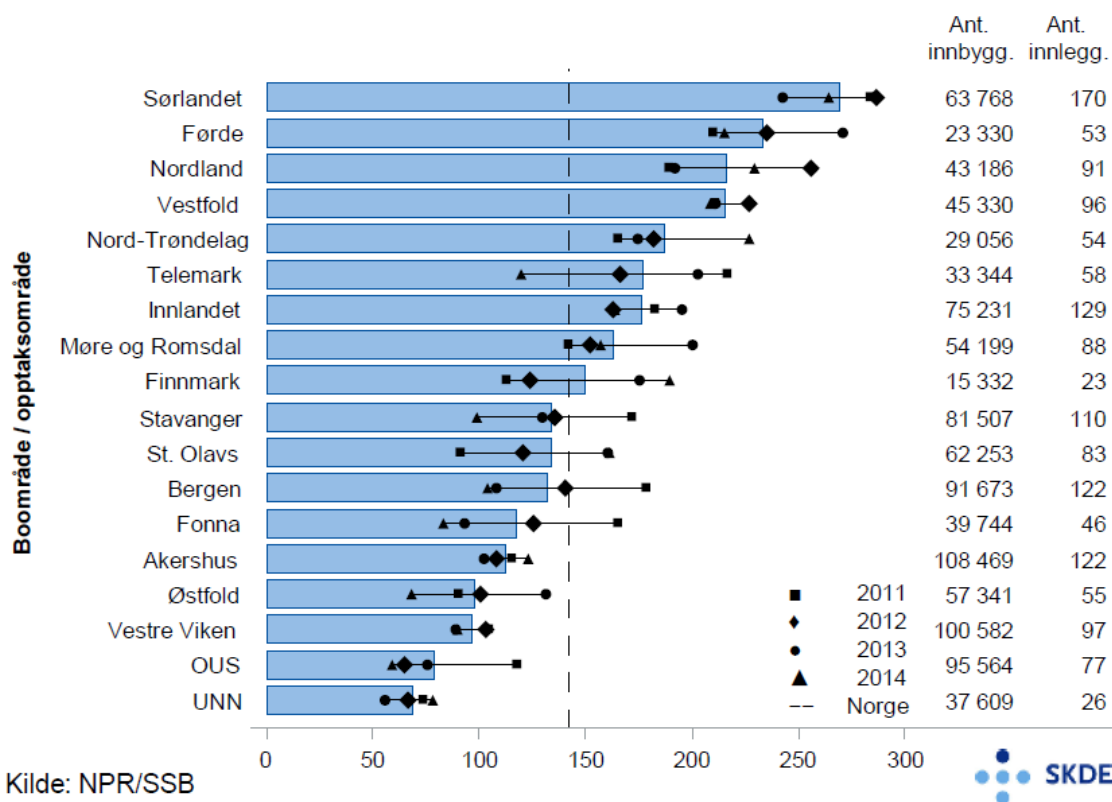
Tallene demonstrerer også at variasjonen i antall årlige kontroller pr pasient er fra 2,14 i Finnmark til 2,85 på Sørlandet. Denne forskjellen tilsvarer 710 flere konsultasjoner pr 1000 pasienter som er under behandling.

Barnehelseatlas viser at det for spesifikke diagnoser er enda større forskjeller i forbruk av helsetjenester. Vi vil vise noen eksempler på dette i kommende avsnitt for å klargjøre den ulike praksisen nærmere.

Forstoppelse

For innleggelser er det særlig i diagnosegruppen "forstoppelse" det demonstreres stor regional forskjell i forbruk av helsetjenester (Figur 4).

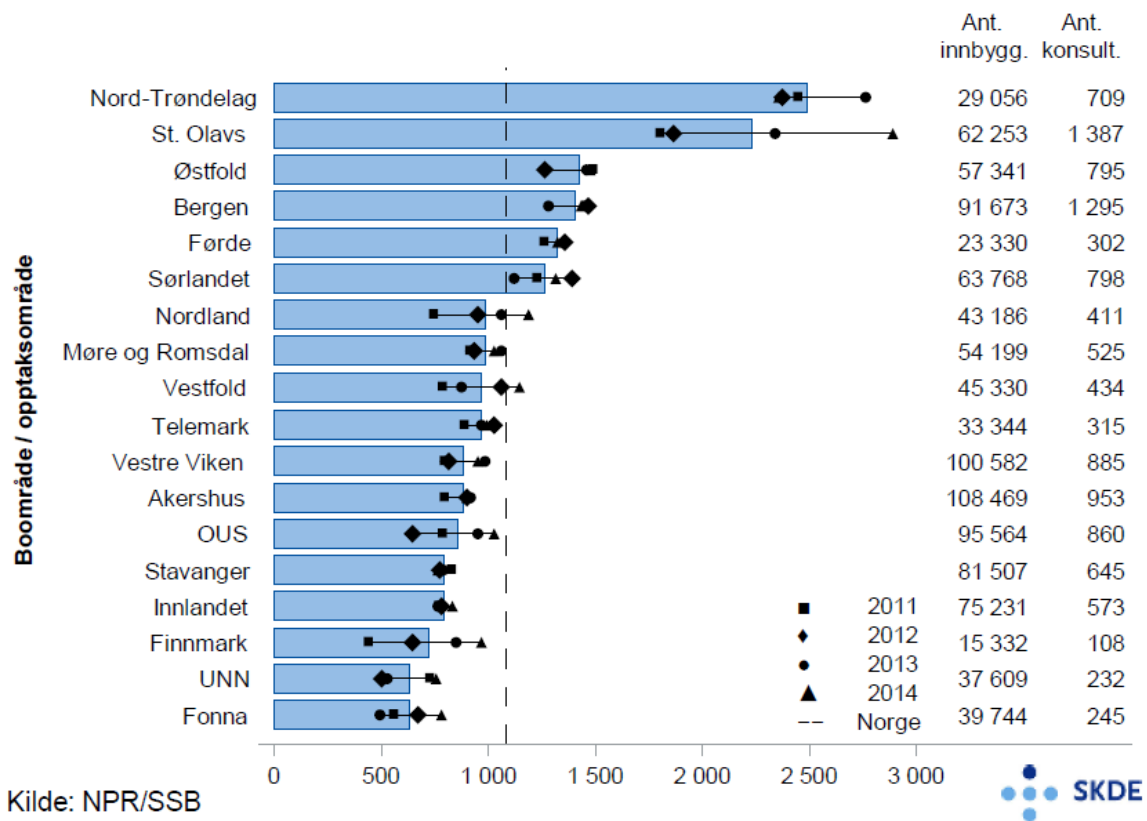
Figur 4- Forstoppelse, innleggelser, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år pr. boområde pr. år og gjennomsnitt for perioden 2011-2014 (Kilde Rapport barnehelseatlas s. 55)



Barn med forstoppelse i boområde Sørlandet legges inn 3,9 ganger hyppigere til behandling enn barn bosatt i boområde UNN. Denne pasientgruppen utgjør riktignok bare 3-4% av innleggelsene med medisinske diagnoser, men ulikheten i praksis er svært stor.

For samme pasientgruppe er det også påfallende ulikhet i forbruk av polikliniske konsultasjoner (Figur 5). De avdelingene som har lavt forbruk av innleggelse ser også ut til å ha lavere forbruk av poliklinikk, og de som legger inn flest ser ut til å ha høyere poliklinisk forbruk enn snittet også. Dette tyder på at det ikke er valg av type oppfølging som er forskjellig, men kanskje terskelen for helsehjelp er ulik i de ulike geografiske områdene.

Figur 5- Forstoppelse, poliklinikk/dagbehandling, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år pr. boområde, pr. år og gjennomsnitt for perioden 2011-2014. (Kilde Rapport barnehelseatlas s. 66)



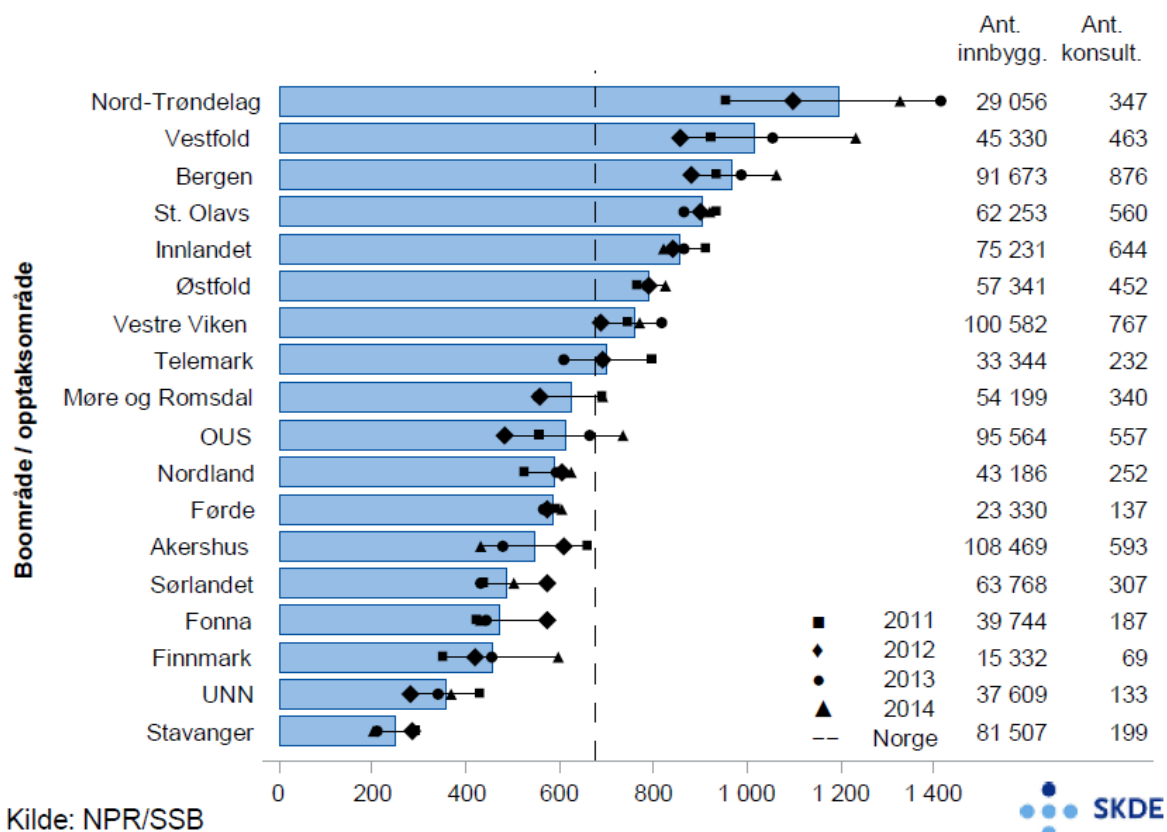
Kilde: NPR/SSB



Sengevæting og urinlekkasje

Den diagnosegruppen som utmerker seg med størst ulikhet i forbruk innen polikliniske konsultasjoner er "Sengevæting og urinlekkasje". Dette er en vanlig tilstand som de fleste vokser av seg ved 6-7 års alder og som i liten grad krever spesialistutredning.

Figur 6- Sengevæting og urinlekkasje, poliklinikk/dagbehandling, aldersjusterte forbruksrater pr. 100 000 barn 0-16 år pr. boområde, pr. år og gjennomsnitt for perioden 2011-2014. (Kilde Rapport barnehelseatlas s. 75)

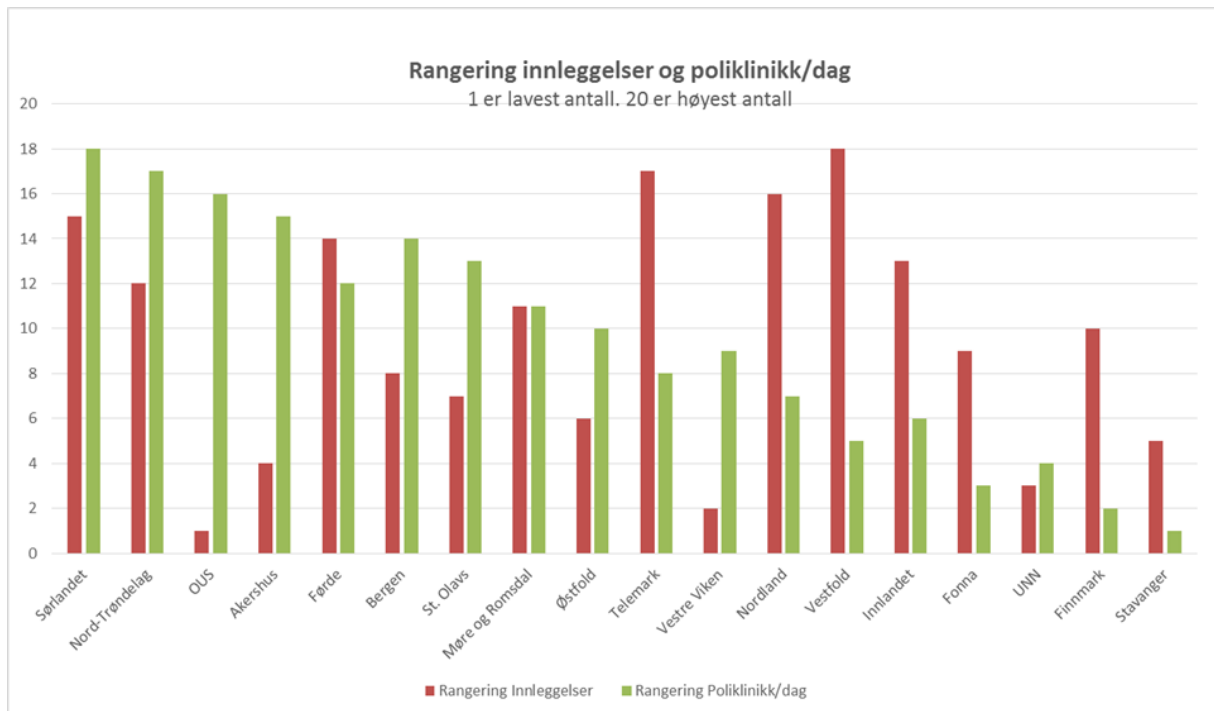


Tallene (figur 6) viser at for denne pasientgruppen er det 4,8 ganger høyere forbruksrate og 3,5 ganger høyere pasientrate i boområde Nord-Trøndelag enn i boområde Stavanger.

I tillegg så man at 6% av pasienten var under 6 år, det vil si utenfor anbefalt henvisningstidspunkt.

Hvis vi rangerer antallet innleggelser og antall poliklinikk pr dag får vi denne grafen (Figur 7). Her er avdelingene rangert fra 1-18 der 1 er de lavest forbruk og 18 er høyest forbruk.

Figur 7- Rangering av poliklinikk/dag og innleggelser hvor 18 er høyest forbruk og 1 er lavest forbruk. (Kilde barnehelseatlas)



Noen av boområdene utmerker seg med lavt forbruk både av innleggelser og poliklinikk, for eksempel UNN, Stavanger og Vestre Viken, mens Sørlandet, Førde og Nord-Trøndelag ligger høyt innenfor begge områdene. Andre boområder som OUS og AHUS har ulik fordeling med høy poliklinisk aktivitet og lav innleggelsesrate. I andre enden har Vestfold, Telemark og Nordlandssykehuset høyt forbruk av innleggelser og lavere poliklinisk aktivitet.

Rapporten viser klart at det er store geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester for barn i Norge. Rapporten kan imidlertid ikke vise til en “gullstandard” for hva som er korrekt nivå av helsetjenester, og dette gjør det litt vanskelig å vurdere tallene opp mot beste praksis. De store ulikhetene demonstrerer uansett stor forskjell i hvordan retningslinjer for behandling og oppfølging av syke barn praktiseres i de ulike helseforetakene, og dette faktum burde danne grunnlag for vurdering av om forbruk av helsetjenester ligger på riktig nivå.

Rapporten konkluderer med at det er grunn til å stille spørsmål om det er et generelt overforbruk av helsetjenester til barn i Norge, og om det høye forbruket av helsetjenester til i utgangspunktet “friske” barn går på bekostning av grupper med kroniske eller livstruende tilstander med betydning for livskvalitet og helse for resten av livet.

3 Benchmarking sett i et teoretisk perspektiv

Vi presenterer her teori som bakgrunn for mulige forståelser av problemstillingen. Først presenterer vi normativ teori som forklarer rasjonale bak benchmarking som del av ønske om forbedring. Deretter ser vi på institusjonell teori som i større grad tar utgangspunkt i praksis, og søker å forstå hvorfor praksis utvikler seg og endringer skjer. Sykehus er spesielle organisasjoner som er preget av sterke profesjoner. Vi ser derfor nærmere på litteratur som søker å forstå endring i slike kunnskapsorganisasjoner.

3.1 Bruk av benchmarking i et normativ perspektiv

Normativ teori beskriver hva fenomenet benchmarking er og til hvilket formål man kan se for seg at det kan anvendes.

Benchmarking som begrep gjorde sitt inntog i helsevesenet og offentlig forvaltning som en del av New Public Management (NPM) på begynnelsen av 2000-tallet (Arbeids- og administrasjonsdepartementet 2000). Et sentralt trekk ved NPM var å innføre styringsverktøy som hadde vist seg å fungere i privat sektor inn i offentlig sektor, også helsevesenet (Hood 1995). Et eksempel på styringsverktøy som har fungert i privat sektor var mål- og resultatstyring, og dette ble innført i helsevesenet da sykehusene ble helseforetak med selvstendig resultat- og økonomiansvar. I den forbindelse ble det sentralt å sammenligne egne resultater med andres ved benchmarking, for å forbedre resultatene gjennom læring av andre.

Teori om begrepet benchmarking omfatter mye litteratur som beskriver økonomisk teori, eller hvor begreper fra økonomisk tenkning er trukket inn. Benchmarking omtales også mye i forbindelse med produktivitets- og kvalitetsforbedring (Andersen & Pettersen 1995).

I Barnehelseatlas er ikke økonomi en del av sammenligningen mellom barneavdelingene. I denne rapporten sammenlignes forbruk av helsetjenester for barn i Spesialisthelsetjenesten i Norge. Definisjonen fra Difi sier *“Sammenlikning av en virksomhet med en annen, enten nasjonalt eller internasjonalt for å stimulere til å løse oppgavene bedre”* er for oss som en nøytral definisjon som dekker intensjonen ved denne rapporten. Den sier noe om å stimulere til å løse oppgaven bedre uten å definere hvem som er best. Virksomheten sammenliknes med *“beste praksis”* med et ønske om læring. Resultatene av sammenligningen danner grunnlag for forbedringsarbeid og læring.

Andersen og Pettersen definerer benchmark som *“En på forhånd definert posisjon, brukt som en referanse noe måles opp mot”* (Andersen & Pettersen, 1995, s.13)

Ut fra denne definisjonen er det en forutsetning at beste praksis er definert og akseptert som ønsket mål for at virksomheten skal kunne utvikle seg og lære gjennom benchmarking.

Mangel på mål eller norm for beste praksis er en av utfordringen med barnehelseatlas i forhold til benchmarking. Her som innen mange andre områder som benchmarkes i helsevesenet, er ikke riktig nivå av helsetjenester definert. Det man kan si noe om er hva som er høyt, middels og lavt forbruk av tjenester.

Andersen og Pettersen (1995) beskriver hvordan det kontinuerlige forbedringsarbeidet i en bedrift ofte kjennetegnes av små inkrementelle endringer. Forbedringsideer tar gjerne utspring i egen organisasjon, for eksempel gjennom problemløsningsgrupper, kvalitets sirkler eller på individuell basis.

I kontinuerlig forbedringsarbeid kan benchmarking ses på som et verktøy eller supplement. Dette gjøres ved at man identifiserer kilder til forbedring utenfor sin egen organisasjon og finner nye og innovative metoder som skaper utvikling for bedriften. Det pekes ut mål som ligger på høyde med de beste og som forplikter organisasjonen til å forbedre seg. Dette krever imidlertid at en vet hvem som er de beste og hva som er "ønsket" nivå.

Ved Nordlandssykehuset og i andre helseforetak i Norge foregår det daglig forbedringsarbeid i både liten og stor skala. Disse forbedringsprosjektene er gjerne tuftet på forskning og beste praksis på nasjonalt nivå. I disse prosjektene er benchmarking et av verktøyene som brukes for å sammenligne seg med best praksis.

Ved barneavdelingen ved Nordlandssykehuset har de startet en prosess med fokus på barn med forstoppelse på bakgrunn i en magesfølelse som tilsa at praksis måtte endres.

Barnehelseatlas har bidratt til å bekrefte denne magesfølelsen da rapporten viser at for denne pasientgruppen ligger Nordlandssykehuset i øvre sjiktet i forhold til antall innleggelser.

I et normativ perspektiv av benchmarking vil en slik bekreftelse på at avdelingen ikke følger beste praksis, utløse et ønske og behov for å forbedre sin egen drift. Benchmarkingen kan i så måte være et verktøy som bidrar til motivasjon for forbedringsarbeid.

3.1.1 Ulike typer Benchmarking

Det finnes mange former for benchmarking som kategoriseres avhengig av hvilken type sammenligning som utføres. En kan sammenligne sin organisasjon som en helhet mot en tilsvarende organisasjon, eller en kan trekke ut enkelte prosesser, funksjoner eller aktiviteter som sammenlignes. Andersen og Pettersen (1995) deler dette inn i hva og hvem en sammenligner med. Mye litteratur som omhandler benchmarking tar for seg økonomiske perspektiver eller industrielle perspektiver. Samtidig har de en del fellestrekk.

Prestasjonsbenchmarking går ut på at en sammenligner prestasjoner som økonomitall, nøkkeltall, kvalitetsindikatorer og andre faktorer for å si noe om hvor god ens enhet/avdeling/klinikk er i forhold til andre sammenlignbare avdelinger/enheter/klinikker.

Prosessbenchmarking er en sammenligning av for eksempel medisinske metoder for behandling og praksis med andre sammenlignbare organisasjoner med den hensikt å lære av de beste for selv å bli bedre.

En kan sammenligne strategiske valg og disposisjoner med andre sammenlignbare organisasjoner, noe som kalles *strategisk benchmarking*. Hensikten er å hente informasjon til egen strategisk planlegging og posisjonering. Nå er i stor grad helseforetakene styrt av oppdragsdokument og strategiske styrende dokument. Men det enkelte foretak/klinikk/avdeling/enhet har anledning til å selv gjøre strategiske valg for eksempel i form av forbedringsprosjekter. Barnehelseatlas kan ses på både som eksempel på strategisk benchmarking og prestasjonsbenchmarking.

Benchmarking kan også kategoriseres basert på hvem en sammenligner seg med. *Intern benchmarking* er beskrevet som en type benchmarking som brukes av store konsern. For Helseforetakene kan det være at en ser på enheter som anvender metoder og teknikker som kan overføres til andre deler av foretaket. Innenfor Helse Nord-systemet er data og informasjon lett tilgjengelig og ofte i standardisert form, og sammenligninger vil relativt enkelt kunne utføres.

En annen type benchmarking i det offentlige helsevesen som er nokså lik intern benchmarking er *funksjonell benchmarking*. Dette er av Andersen og Pettersen definert som en benchmarking som gjøres mot bedrifter innenfor en bransje, og i noen tilfeller også mot

kunder eller leverandører. I det offentlige helsevesen kan en trekke inn pasienter og leverandører som et eksternt aspekt.

Generisk benchmarking er en type sammenligning der man ser til helt andre bransjer og vurderer om en kan dra paralleller inn i egen bransje. For helsevesenet er et eksempel “trygg kirurgi” og sjekklister der en hentet inspirasjon fra luftfart og de typene sjekklister de bruker der. Andersen og Pettersen trekker frem strekkodesystemet som er noe som har spredt seg til mange bransjer også helsevesenet. Dette anvendes både til merking av pasienter, varer og prøvemateriale.

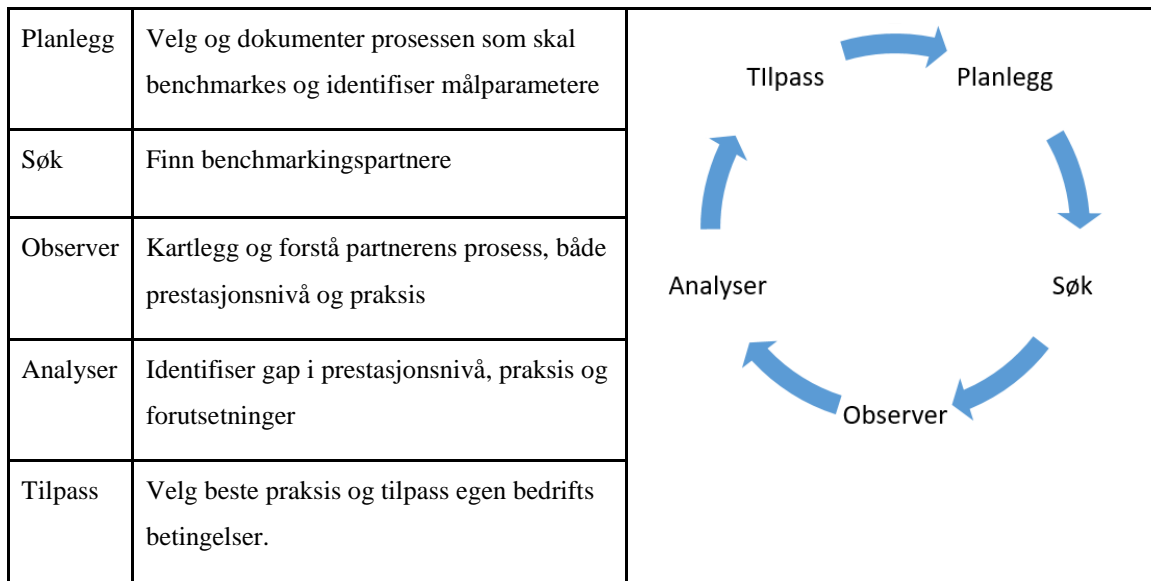
Barnehelseatlas vil være et eksempel på funksjonell benchmarking med sammenlikning mot andre innen samme fagområde.

Andersen og Pettersen påpeker også at benchmarking ikke er alt, men må sees på som en selvstendig aktivitet i sammenheng med øvrige aktiviteter i egen organisasjon. Eksempler på annen slik aktivitet er kvalitet og forbedringsarbeid i organisasjonen.

3.1.2 Benchmarking og endring

Benchmarking gjøres vanligvis med mål om å løse oppgavene bedre (Difi, 2015). Dette betyr at benchmarkingen må være en del av en endringsprosess. Andersen og Pettersen beskriver denne endringsprosessen i en modell de kaller benchmarkinghjulet. Dette hjulet beskriver innholdet og trinnene i forbedringsprosesser basert på benchmarking. I denne prosessen kan informasjon hentet fra benchmarking benyttes i alle trinn.

Figur 8- Benchmarkingshjulet



Benchmarkinghjulet samstemmer i stor grad med styringshjul innen både forbedringsarbeid og økonomistyring.

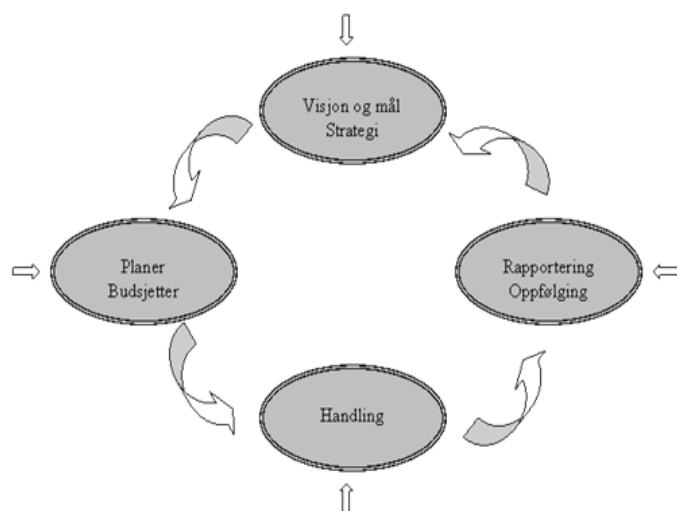
Forbedringshjulet (PDSA-sirkelen) er en anerkjent metode for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. Sirkelen tar utgangspunkt i Demings sirkel (William E Deming, 1900 - 1993), og inneholder punktene; planlegge (Plan), utfør (Do), studere (Check) og korrigerer (Act), forkortet til PDSA-sirkelen. Helsedirektoratet innførte som ledd i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005 - 2014) en veileder "... og bedre skal det bli!", der dette forbedringshjulet ble introdusert (Helsedirektoratet 2005). Metoden er basert på 3 spørsmål. Hva ønsker vi å oppnå? Når er en endring en forbedring? Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring? Basert på disse 3 spørsmålene, går man videre med systematisk arbeid via forbedringshjulets faser. Også i dette arbeidet kan informasjon fra benchmarking benyttes i alle ledd av prosessen, men i størst grad til kontroll.

Figur 9- Forbedringshjulet



Et annet styringshjul som er nærmest identisk med benchmarkingshjulet er den økonomiske styringssirkelen (Pettersen 2008). Dette er en rasjonell modell for virksomhetsplanlegging der man definerer strategi (satsningsområder), planlegger drift og budsjett ut i fra mål, følger opp aktivitet gjennom handling, og rapporterer og evaluerer resultatene. Styringshjulet er ment å være en kontinuerlig prosess med korrigeringer ved behov.

Figur 10- Økonomiske styringssirkelen



Benchmarking av den typen som barnehelseatlas er eksempel på, vil kunne benyttes i alle ledd i forbedringshjulet og den økonomiske styringssirkelen. Avdelingen kan identifisere forbedringspunkter og sette mål i henhold til det. Det legges en plan for hvordan mål kan

oppnås, og planen iverksettes med handling. Etter en stund, gjøres det ny registrering og det evalueres om mål er oppnådd. Ved behov settes deretter nye mål eller mål korrigeres, og sirkelen gjentas.

En forutsetning for benchmarking som ledd av NPM med mål og resultatstyring, er at organisasjonene skal ha et ønske om å etterstrebe beste praksis. Av denne grunn er benchmarking en naturlig del av alt forbedringsarbeid i helsevesenet, men det har vist seg at når det brukes som verktøy til styring av enheter kommer det andre mekanismer inn som gjør at bruken kan bli mer utfordrende.

Endring i kunnskapsorganisasjoner i et normativt perspektiv

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver endringsprosessen med fire faser. Fase en er en endring, oftest utenfor organisasjonen, som organisasjonen må forholde seg til. Fase to er analyse av endringen og beslutning om mål. Fase tre er analyse og valg av alternativ til løsning. Fase fire er iverksetting av endring. Disse fasene er svært lik både benchmarkingshjulet, forbedringshjulet og styringssirkelen. Benchmarking kan i dette tilfellet brukes til å identifisere endringsbehovet og på den måten starte endringsprosessen.

To forhold er spesielt viktig for å lykkes;

1. Det må skapes et opplevd behov for endring.
2. Man må håndtere den motstand som ofte oppstår mot endring.

Endringer er ofte hierarkisk styrt, men i kunnskapsorganisasjoner er det større sjanse for suksess om medarbeiderne er aktivt deltagende, og særlig dersom det er organisert som en "bottom-up"-strategi der medarbeiderne er pådrivere for endringen (Jacobsen & Thorsvik 2013).

Normativ teori som vi nå har gjort rede for, gir "lærebokoppskriften" på bruk av benchmarking. I praksis ser vi ofte at det ikke fungerer slik lærebøkene sier. Vi vil derfor se nærmere på institusjonell teori, som søker å forstå hvorfor praksis utvikler seg slik det gjør.

3.2 Benchmarking i et institusjonelt perspektiv

Institusjonell teori beskriver det praktiske livet i organisasjonene (Berg, 2014).

Organisasjoner som eksisterer basert på fundamentale verdioppfatninger i samfunnet, slik som helseforetak, kalles gjerne institusjoner. Institusjoner er preget av kulturer som rettferdiggjør og forklarer deres eksistens, og har ofte komplekse strukturer (Strand 2007).

Organisasjonene utvikler seg over tid og har mange uformelle sider. Organisasjonskulturen er viktig, og kan skape komplekse organisasjoner som er vanskelig å styre og lede på en målrettet måte. Disse faktorene påvirker det praktiske livet i organisasjonene slik at virkeligheten kan være noe annet enn lærebøkene sier. Dette gjelder også for bruk av benchmarking.

Strand deler organisasjoner i fire ulike typer; byråkratier, ekspertorganisasjoner, gruppeorganisasjoner og entreprenørorganisasjoner (Strand 2007). Sykehusenes ansatte er dominert av profesjonelle og eksperter, og sykehusene er derfor eksempel på ekspertorganisasjon i denne sammenheng.

Kunnskapsorganisasjoner/ekspertorganisasjoner domineres av egenskaper som kunnskap og problemløsning. Ekspertene har ofte liten tillit til administrative ledere. De har ofte sterk motstand mot å la pålagte rutiner og streng økonomivurdering sette til side profesjonelle faglige vurderinger. Det kan gjøre det vanskelig å innføre standardiserte prosesser med mål om gevinst i tid, penger og sikker pasientbehandling på bekostning av faglig autonomi. Det sies at kulturen holder strukturen på plass (Strand 2007).

Benchmarking med målsetning om faglig utvikling og forbedring av behandlingsresultater blir i disse miljøene ofte positivt mottatt, og er allerede godt etablert i forbedringsarbeid. I disse sammenhengene brukes benchmarking ofte til å bekrefte allerede mistenkte behov for endring, og på den måten skapes legitimitet for ønskede endringer.

Benchmarking rettet mot mer aktivitetsbaserte data, ofte litt foraktelig omtalt som «produksjon», vil ofte oppfattes som trussel mot profesjonenes autonomi, og vil derfor bli møtt med skepsis dersom det ikke kan brukes til egen fordel.

Kunnskapsarbeidere utfører sitt arbeid med stor grad av selvstendighet, og det kan derfor være krevende å få kunnskapsorganisasjoner til å jobbe for kollektive mål.

Kunnskapsarbeidere må inspireres og motiveres til å benytte sin kreativitet og kunnskap, og

lar seg i liten grad kommandere gjennom byråkratiske kontrollordninger (Grund 2006). Medarbeidere med sterk tilknytning til profesjon, for eksempel leger, har ofte en sterkere lojalitet til profesjon, fag og egen karriere, enn til organisasjonen de er ansatt i (Strand 2007; Berg 2016a). Dette kan gjøre det vanskelig å motta ordre og kritikk ovenfra i organisasjonen. Benchmarking som har mål som ikke passer overens med virksomhetens indre kultur, vil av disse årsakene ofte motarbeides. Dette fenomenet omtales som dekobling, og betyr at operativt nivå velger å ikke forholde seg til benchmarkingens resultat (Busch & Ramstad 2006).

Å være leder i kunnskapsorganisasjoner kan være krevende. Ledere er ofte nært knyttet til rollen som fagkyndig, og blir vurdert etter de faglige resultatene de oppnår og sin status i "faglauget" (Strand 2007). Legene er ofte selvgående, og får sin tilbakemelding på yrkesutøvelsen fra sine pasienter og kollegaene. Organisasjonene er likevel avhengig av hierarkiske administrative styringssystemer som gjerne eksisterer ved siden av produksjonen. Disse styringssystemene omtales for eksempel av Berg som "ledelsessyklus" (Berg 2016c). Eksempel på styringssystemer som fagfolkene påvirkes av er budsjettammer, målstyring, internkontroll og kontinuerlig forbedringsarbeid. Den administrative ledelsen oppleves ofte av legene som besværlig og uønsket siden administrative regler og krav kan komme i konflikt med faglige prioriteringer.

Styring er lite etterspurt og avgjørelser må ofte grunngis med faglige argumenter. Ledere av ekspertorganisasjoner bør ha faglig autoritet for å bli hørt, men det betyr at fagpersonen må være villig til å akseptere mindre tetthet til faget for å kunne styre og lede på en god måte (Strand 2007).

Ansatte som jobber i disse organisasjonene, vil ofte ønske å ledes med fokus på å oppnå resultater og med retningslinjer for å oppnå mål. De vil i liten grad administreres og styres, og det er ofte høy grad av ønske om å oppnå mål av egen motivasjon. I denne typen organisasjon skiller det ofte mellom lederrolle i et "kollegialt hierarki" og den byråkratiske, administrative ledelsen. Den kollegiale ledelsen er ofte basert på faglig veiledning på profesjonens premisser og fungerer bra. Administrativ ledelse som ivaretar samfunnets interesse, ressursstyring og grensesetting er lite etterspurt, og kan være krevende for disse organisasjonene (Strand 2007). Når det oppstår spenninger mellom faglige og administrative hensyn, ser en at dekobling kan

være en måte å løse dette på. En ser altså bort fra styringsinfo som for eksempel benchmarking der dette ikke passer overens med faglige mål.

Tross ønske om faglig autonomi og vegring mot administrativ styring i medisinske miljøer, velger man også i disse miljøene å innføre benchmarking. Endring kan være utløst av faglig begrunnede ønske om forbedring, men det kan også forstås på en annen måte. Institusjoner har en tendens til å kopiere vellykkede konkurrenter for å fremstå som moderne og vellykket selv. Ny institusjonell sosiologi kaller dette fenomenet isomorfisme (Meyer & Rowan 1977). Populære trender og moter implementeres for å vise at organisasjonen følger med i utviklingen. Benchmarking som fenomen har vært utbredt i privat næringsliv i lang tid, og som del av NPM har det blitt en økende trend også i offentlig virksomhet. Virksomhetsledere som ønsker å fremstå som oppdaterte og moderne, innfører derfor benchmarking i egen virksomhet. Dette skaper legitimitet i organisasjonen, men i seg selv fører det ikke til endring av praksis.

Isomorfisme som begrep ses også ved modernisering av offentlig sektor (Busch & Ramstad 2006). Benchmarking som begrep tas opp i organisasjonene og gir legitimitet. Bruken kan være koblet ved at alle ledd i organisasjonen deler mål, og benchmarking brukes slik det skal. Det kan imidlertid også brukes dekoblet ved at man snakker om det, men ingenting skjer. Ved dekoblet bruk skiller man ofte formell organisasjon fra den operative delen. På fasaden gjør organisasjonen noe nytt, men praksis endres ikke

Konkurransetilje og ønske om resultater er stor i denne typen organisasjoner, og av den grunn vil man kunne se for seg at benchmarking av prestasjoner og resultater utløser ønske om forbedring av arbeidsprosesser. Det vil særlig være effektivt dersom benchmarking bekrefter antakelser som allerede er tilstede i organisasjonen og på den måten legitimerer ønske om endring. Skulle imidlertid benchmarkingens mål ikke passe overens med organisasjonen, vil det kunne oppstå dekobling, og endringsarbeidet kan bli motarbeidet.

Endring i kunnskapsorganisasjoner i et institusjonelt perspektiv

Tradisjonelt har det blitt argumentert for at det er krevende å gjennomføre endringer av praksis i kunnskapsorganisasjoner. Kulturen er ofte dominert av ønske om autonomi og

utøvelse av fag, og styring av aktivitet og prioriteringer “beordret” av leder er sjeldent vellykket.

Individets rolle i institusjonell teori har ofte vært minimalisert, men enkeltpersoners innsats kan bidra til endring av praksis i institusjonelle miljøer i en større grad enn tidligere antatt (Lawrence et al. 2011). Tradisjonelt har teoriene argumentert for at organisasjonenes kultur har dominert i slik grad at enkeltindividers innsats har hatt liten betydning. Lawrence argumenterer for at overbeviste nøkkelpersoner i stor grad vil kunne bearbeide organisasjonen og påvirke endringsprosesser, enten de sitter i lederposisjoner eller som medarbeidere. Er disse nøkkelpersonene, ofte omtalt som institusjonelle entreprenører, tilstede i organisasjonene vil mulighetene til å påvirke og endre kultur og holdninger øke betydelig.

3.3 Teoretisk oppsummering

Til grunn for denne oppgaven velger vi to teoretiske perspektiver om benchmarking som verktøy til styring av avdelinger. Normativ teori beskriver den ideelle verden der ønske om å kopiere beste praksis er drivkraften for endring. I normativ teori benyttes benchmarking i alle deler av virksomhetsplanlegging og strategisk styring, både til å sette mål, planlegge, gjennomføre og evaluere virksomheten, for gjennom læring utvikle et enda bedre resultat.

Institusjonell teori tar hensyn til organisasjonens indre kultur og søker på den måten å beskrive den praktiske virkeligheten. Benchmarking kan innføres i en organisasjon for å fremstå vellykket og moderne basert på utbredt anvendelse innenfor andre områder. Dette kan skape legitimitet internt for arbeidet i organisasjonen, men fører nødvendigvis ikke til endringsprosesser. Ansatte i kunnskapsorganisasjoner verdsetter i liten grad styring og ønsker stor grad av faglig autonomi. Dette kan vanskeliggjøre bruk av benchmarking som hjelpemiddel til styring av organisasjonen. Benchmarking som bekrefter mistanker organisasjonen allerede har, oppfattes som nyttig ved at det legitimerer endringsbehov. Sammenligning som ansatte ikke ønsker eller ser nytte av, blir ofte oversett. Dette skaper dekobling fra prosessen, og vanskeliggjør endring av praksis.

Endringsprosesser i kunnskapsorganisasjoner krever opplevelse av behov for endring og at motstand mot endringene håndteres. Det er økende fokus på at dedikerte enkeltpersoner i store organisasjoner kan drive frem endringsprosesser i mye større grad enn tidligere antatt.

Disse teoretiske aspektene danner grunnlag for utvikling av spørreskjema som ivaretar både normativ og institusjonell perspektiv. For å vurdere det normative perspektivet har vi for eksempel spurt om barnehelseatlasen har vært benyttet til å utarbeide målsetninger for avdelingen? Har det blitt benyttet til budsjettarbeid, prosedyreutvikling og evaluering? Har det blitt igangsatt endring av praksis?

For å vurdere det institusjonelle perspektivet har vi spurt om forankring av undersøkelsen i avdelingene? Dersom det har vært gjort endring av praksis, hvilke grunner er det til det? Dersom man har valgt å ikke endre praksis, hva har grunnene vært til det? Har avdelingene opplevd barnehelseatlasen som nyttig til styring? Foreligger det ønske om oppfølgende undersøkelser?

Noen av spørsmålene gir mulighet til å vurdere bare et av de teoretiske perspektivene, mens andre gir tolkningsmulighet av begge perspektiver avhengig av svar.

4 Metode

I dette kapittelet vil vi forsøke å si noe om hvordan vi har gått frem for å komme til en konklusjon i selve oppgaven. Vi har valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse med respondenter fra alle barneavdelingene i Norge. Vi vil forsøke å klargjøre hva tanken med spørreskjema er, hvordan vi tenker å behandle data fra respondenter samt rette et kritisk blikk til spørreskjema og metoden i seg selv.

4.1 Valg av metode

Vår problemstilling kunne i utgangspunktet vært belyst både ved kvalitativ og kvantitativ undersøkelsesmetode. En kvalitativ tilnærming med intervjuer ville gitt mulighet til mer detaljert kartlegging av hvordan de ulike avdelingene har forholdt seg til resultatene i barnehelseatlasen, men ville vært krevende å gjennomføre siden vi ønsket å inkludere alle barneavdelingene. Tilstrekkelig antall intervjuer ville nok ikke vært mulig å gjennomføre innenfor den tids- og økonomiske rammen vi har for denne oppgaven.

Vårt mål har i stor grad vært å kartlegge kvantitative opplysninger om bruk av barnehelseatlasen, slik at en kvantitativ tilnærming med spørreskjema ble vurdert som mest formålstjenlig.

Svarene blir respondentenes opplevelse av nytte og bruk, og denne opplevelsen er det fenomenet vi undersøker. Fenomenologi er læren om fenomener, og brukes for å tolke hvordan fenomenet fremstår for oss (Wikipedia 2018a).

Resultatene er fortolket ut fra vårt faglige og vitenskapelige ståsted. Selv om data i all hovedsak er kvantitativ, er det nødvendig med en viss grad av fenomenologisk fortolkning for å forstå hva respondentene opplever å ha svart på.

Undersøkelsen er gjennomført som questback-undersøkelse med støtte til praktisk gjennomføring fra seksjon for kunnskapsbygging ved Nordlandssykehuset.

Den praktiske anvendelsen av denne typen benchmarking innen et fagfelt er i liten grad tidligere undersøkt, og forståelsen av svarene er gjort via fenomenologisk fortolkning og basert på egen erfaring.

4.2 Vitenskapelig ståsted

Begge forfatterne har medisinskfaglig bakgrunn som lege og sykepleier med naturvitenskapelig forankring, men i denne undersøkelsen har vi tilstrebet å innta et samfunnsvitenskapelig ståsted. Vi har valgt en kvantitativ tilnærming til problemstillingen basert på en positivistisk tro om at tallmaterialet er objektivt og kvantifiserbart.

Avdelingsoverlegen svarer på bakgrunn av sin opplevelse, og hans/hennes svar vil ikke kunne forstås som en absolutt "sannhet". Vi må åpne for at en annen respondent ved samme avdeling ville kunne gi andre svar. Dette gjør fortolkning av statistikk på bakgrunn av slike spørreskjema utfordrende. Vi har likevel vurdert det slik av avdelingsoverlegen er mest kvalifisert til å svare på vegne av avdelingen.

Hermeneutikk er læren om fortolkning av data/tekster ("hermeneutikk – Store norske leksikon," 2018). Våre data må fortolkes i sin kontekst med en hermeneutisk, fenomenologisk tilnærming.

Tallene som fremkommer i undersøkelsen er tolket i lys av denne innsikten, kombinert med egne erfaringer og kunnskaper, og denne kombinasjonen anser vi som en metodologisk styrke egnet til kritisk refleksjon rundt resultatene.

4.3 Spørreskjema

Spørreskjema har vi selv utviklet med bakgrunn i de teoretiske aspektene rundt benchmarking vi har ønsket å vurdere. Vi har samarbeidet med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord for å kvalitetssikre spørsmålene våre mot problemstillingen og tema i oppgaven.

Vi har i stor grad valgt standardiserte svaralternativer med alternativene: enig, litt enig, nøytral, litt uenig, uenig. Dette gir ifølge Johannessen et al (2010) flere fordeler, blant annet mulighet til å behandle svarene statistisk.

Spørreskjema inneholder totalt 31 spørsmål (Vedlegg 2). Flere av spørsmålene har svaralternativet som leder til oppfølgingsspørsmål. Vi har også valgt å inkludere noen åpne spørsmål for å se om det kan gi viktig tilleggsmåling. Spørreskjema kan derfor karakteriseres som semistrukturert, men domineres av predefinerte svaralternativer.

Spørsmålene er alle knyttet opp mot aktuell teori i skjemaguide med tanke på hvilket tema de er ment å belyse, og alle aktuelle teorier er etter vår mening dekket i spørreskjema. I slutten av teorikapittelet har vi oppsummert de aspektene ved normativ og institusjonell teori vi vil avdekke med spørreskjema.

4.4 Verktøy for innhenting av data

Vi valgte å benytte et elektronisk verktøy for innhenting av data. Dette verktøyet heter Questback og har i mange år vært benyttet ved Nordlandssykehuset til innsamling av data i mange sammenhenger. Vi har hatt bistand fra seksjon for kunnskapsbygging ved Nordlandssykehuset som har mye erfaring med denne type verktøy.

Forfatterne har søkt bistand hos jurist hos Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i forhold til behov for godkjenninger for å gjennomføre undersøkelsen. Juristen har vurdert at det ikke er behov for godkjenninger basert på personvern hensyn, da undersøkelsen ikke inneholder personidentifiserbare data. Det er søkt om tillatelse til å gjennomføre undersøkelse hos Norsk senter for forskningsdata den 24.01.2018. Denne søknaden ble godkjent den 02.02.2018. (Vedlegg 3)

4.5 Valg av respondenter

Barnelegeforeningen var initiativtakere til utvikling av barnehelseatlasen, og det var derfor naturlig for oss å kontakte dette fagmiljøet som respondenter. En av forfatterne er selv avdelingsoverlege ved barneavdeling, og deltar i avdelingsoverlegemøter i regi av barnelegeforeningen. Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen ble gjort i et slikt møte, og barnelegeforeningen oppfordret sine medlemmer til deltagelse.

Avdelingsoverleger på barneavdelingene i Norge er et relativt lite nettverk og alle samtykket til deltagelse. Vi har valgt å kun fokusere på avdelingsoverlegene da disse har vært pådrivere for benchmarkingen i fagmiljøet, og er de som har det medisinskfaglige ansvaret i avdelingene. De har dermed ansvar for å følge opp resultatene og eventuelt korrigere virksomheten ved egen enhet ved behov.

Vi har diskutert muligheten for å utvide undersøkelsen til også å omfatte ledernivå over avdelingsoverleger, men dette ble forkastet da det sannsynligvis ikke ville gi ekstra informasjon om anvendelse av barnehelseatlas.

Barnehelseatlas beskriver forbruk av helsetjenester i boområder tilsvarende barneavdelinger ved 18 helseforetak. Ved 2 av helseforetakene er det 2 geografisk adskilte avdelinger som oppfattes som selvstendige enheter, og disse er derfor begge inkludert i undersøkelsen. Vi har av denne grunn 20 respondenter i stedet for 18. Dette er gjort bevisst for å få så bred representasjon som mulig, men har komplisert tolkningen til en viss grad.

Ved en feiltakelse ble undersøkelsen også sendt til en overlege ved et helseforetak der avdelingsoverlege også har besvart. Vi endte derfor opp med 21 respondenter. Svarene fra disse 2 var nærmest identisk, og vi har derfor valgt å ekskludere en av respondentene slik at statistikken blir mer korrekt.

Undersøkelsen ble sendt ut til 20 barneavdelinger i Norge, og etter purring svarte alle avdelingene. Dette gir svarrespons på 100%.

Tabell 1- Oversikt over helseforetak med barneavdeling i regionale helseforetak

Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
Akershus universitetssykehus	Helse Bergen	Helse Møre og Romsdal	Finnmarkssykehuset
Oslo universitetssykehus	Helse Fonna	Helse Nord-Trøndelag	Nordlandssykehuset
Sykehuset innlandet - Elverum	Helse Førde	St. Olavs Hospital	Universitetssykehuset Nord-Norge
Sykehuset Innlandet - Lillehammer	Helse Stavanger		
Sykehuset Telemark			
Sykehuset Vestfold			
Sykehuset Østfold			
Sørlandet sykehus - Kristiansand			
Sørlandet sykehus - Arendal			
Vestre Viken			

4.6 Beskrivelse av respondenter

Respondentene til denne undersøkelsen er avdelingsoverleger ved alle barneavdelinger med sengepost ved helseforetak i Norge. Med avdelingsoverleger mener vi den personen som har medisinsk faglige ansvar ved avdelingen, uavhengig av tittel.

Vi inkluderer også barneavdelingen ved Nordlandssykehuset selv om en av forfatterne er avdelingsoverlege her. Habilitetsspørsmålet ble løst ved at stedfortreder i avdelingen deltok i

spørreundersøkelsen uten innblanding fra forfatteren. På denne måten ble alle avdelingene i Norge inkludert.

4.7 *Analyse av data*

Analysen av innsamlet data er utført av forfatterne. Datamengden var begrenset og nok så håndterlig å analysere.

Resultatet fra spørreundersøkelsen ble levert fra questback med ferdig grafer på hvert spørsmål i tillegg til en datafil i Excel til videre bearbeidelse. Vi har brukt Microsoft Office Excel 2013 til ytterligere analyse og statistikk.

4.8 *Reliabilitet*

Reliabilitet ved undersøkelsen sier noe om hvor pålitelig data er (Johannessen et al. 2010). I vår undersøkelse har avdelingsoverlegene gitt svar på deres opplevelse av nytte og bruk av barnehelseatlasen, og det er vanskelig å kvalitetssikre at deres svar stemmer overens med virkeligheten. Skulle vi kontrollert det, burde vi gjennomført noen kvalitative intervjuer med leger på lavere nivå. På grunn av begrenset tid og ressurser er dette ikke gjort. Basert på egen kjennskap til tema og fagområdet, har vi ikke grunnlag til å si at det skulle være en stor svakhet ved undersøkelsen.

Respons fra alle deltakerne med 100% svarprosent styrker reliabiliteten.

Forhåndsdefinerte svaralternativer kan være en utfordring av reliabilitet. Vi har derfor i tillegg åpne spørsmål som muliggjør svar i fritekst for å korrigere manglende svaralternativer.

I spørreskjema spør vi om hvor godt avdelingsoverlegen opplever at klinikkleder kjenner resultater. Når respondenten svarer på vegne av andre blir usikkerheten i data større.

Vi har ikke gjennomført en test-retest for å vurdere reliabilitet med tanke på om svarene lar seg reprodusere ved gjentatt gjennomføring. Men ved et uhell ble undersøkelsen sendt til 2 representanter ved samme helseforetak. Ved gjennomgang av deres svar var de i prinsippet identiske, og den ene ble derfor ekskludert fra utvalget. Det at to representanter fra samme helseforetak gir tilnærmet identisk svar på undersøkelsen kan indikere høy reliabilitet.

4.9 Validitet

Undersøkelsens validitet sier noe om hvor godt data representerer fenomenet som undersøkes. I hvilken grad resultatene kan generaliseres til et større utvalg (ekstern validitet) og i hvilken grad kan resultatene egner seg til å representere det fenomenet vi ønsker å undersøke (intern validitet) (Johannessen et al. 2010).

Vår undersøkelse er gjennomført i et fagmiljø som selv har etterspurt utarbeidelsen av benchmarking. Respondentene har besvart hva som er deres opplevelse av hva som er gjort, og det er usikkert om det representerer hele virkeligheten.

Det er også usikkert om våre funn kan generalisere til andre fagfelt som ikke selv hadde samme ønske om denne type benchmarking.

En av forfatterne tilhører samme fagmiljø som respondentene, og kan tolke og forstå svarene i denne kontekst. Dette oppleves som en styrke av validitet.

Vår vurdering er at undersøkelsen har god intern validitet, men sannsynligvis lav ekstern validitet.

4.10 Metodekritikk

En svakhet med vår undersøkelse er at den er gjennomført innen et lite fagfelt. Vi har spurt 20 avdelingsoverleger om deres oppfattelse av nytte og bruk av benchmarkingen. Det er vanskelig å vite at det lederne svarer virkelig representerer klinisk praksis. Kompletterende intervjuer med klinikere, eventuelt også klinikkledere, ved enkelte avdelinger som har utmerket seg positivt eller negativt, ville vært en styrke for reliabiliteten i vår undersøkelse.

En betydelig styrke er at alle avdelingene har respondert og at vi derfor har 100% svar. Det er derfor liten grunn til å tro at vi har mistet viktige ulikheter i undersøkelsen.

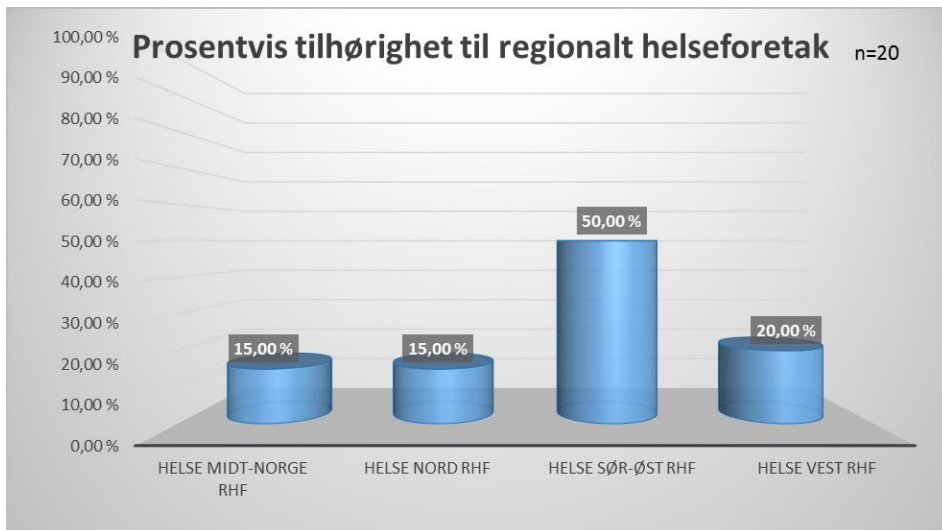
Spørreundersøkelse med hovedsakelig forhåndsdefinerte svaralternativer kan begrense nyanser i svarene. Vi har også inkludert åpne spørsmål med muligheter for fritekst og på den måten er dette aspektet ivaretatt i undersøkelsen.

En mulig svakhet med undersøkelsen er at vi spør om opplevelse av nytte og bruk av en undersøkelse som ligger 3 år tilbake i tid. Det kan føre til at man oppgir andre reaksjoner og følelser enn de som da var tilstede.

5 Empiriske funn

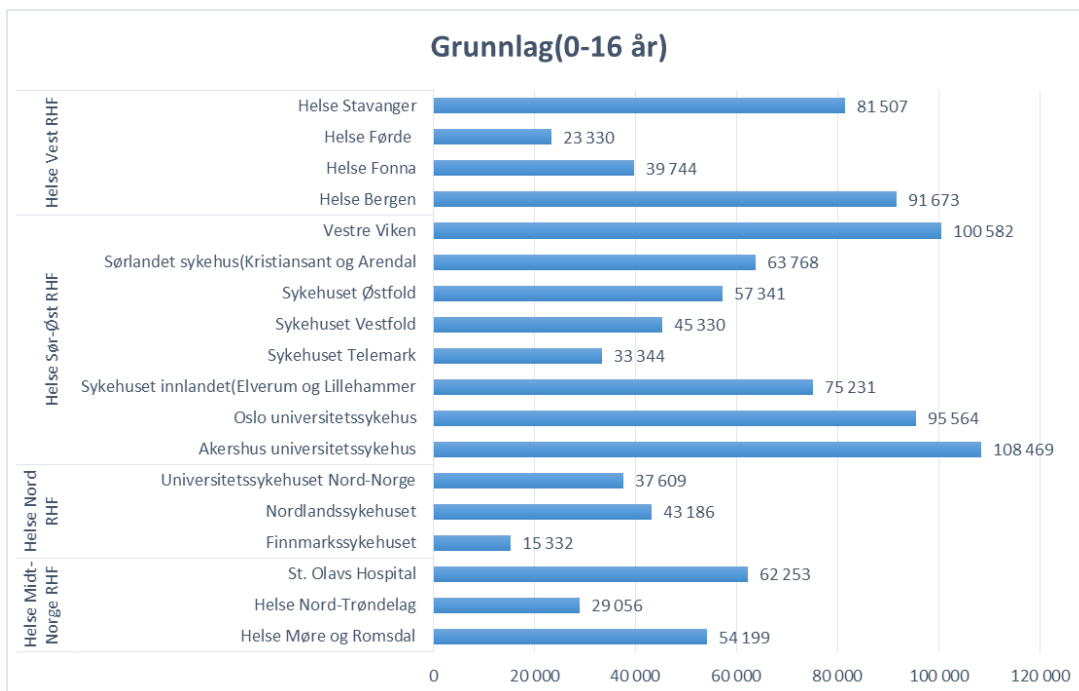
Data ble hentet inn fra avdelingsoverlegene ved alle landets barneavdelinger, og den geografiske fordelingen er som i figur 11.

Figur 11- Spørreundersøkelse – Deltaket på undersøkelse. Prosentuelt av 20 respondenter.



Helseforetak har store forskjeller i pasientgrunnlag på boområdet som vist i figur 12.

Figur 12- Pasientgrunnlag 0-16 år pr. helseforetak og regionalt helseforetak (Kilde barnehelseatlas og SSB)



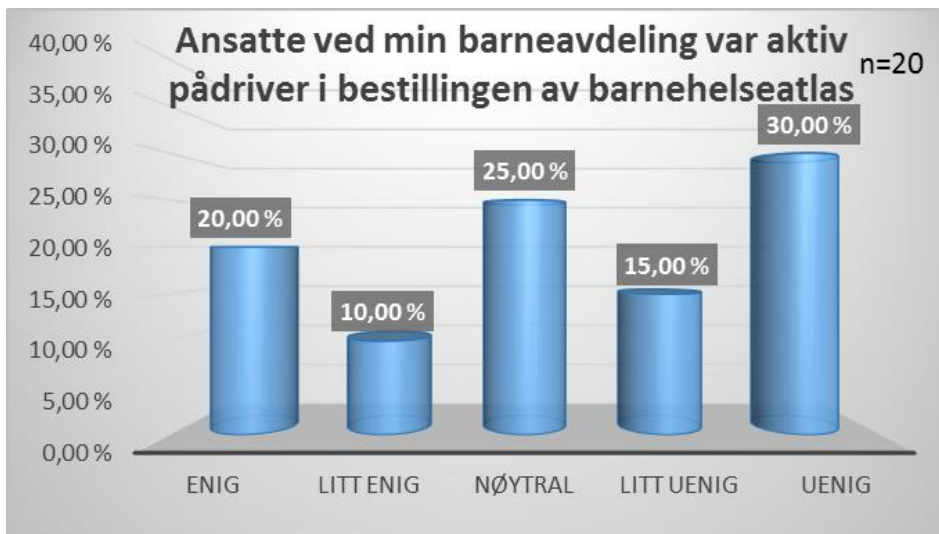
Sykehusene i Oslo-regionen og Vestre Viken er størst med pasientgrunnlag rundt 100 000 personer (barn 0-16 år), og Finnmarkssykehuset og Helse Førde er minst med pasientgrunnlag rundt 20 000 personer (barn 0-16 år).

5.1 Eierskap til barnehelseatlas

I barnehelseatlas trekkes det frem at bestillingen kommer fra et samlet kollegiet i barnelegeforeningen (SKDE 2015). Dette er i praksis de samme personene som har besvart spørreundersøkelsen, og vår forventning var at det skulle gi seg uttrykk i stor grad av forankring i fagmiljøet. Et av våre spørsmål var om avdelingsoverlegene opplevde at deres avdeling enten ved avdelingsoverlege eller annen ansatte hadde vært aktiv pådriver i forhold til bestillingen av barnehelseatlas. Litt overraskende svarte bare seks avdelinger (30%) at de var litt enig eller enig i dette, mens 14 avdelinger (70%) var nøytralt, litt uenig og uenig (Figur 13).

Dette kan tyde på at det i stor grad var styret i barnelegeforeningen som var pådriver for initiativet, og at det i mindre grad var forankret hos leger i enkelte helseforetak. Om tallene skal forstås slik at mange avdelinger ikke føler eierskap til rapporten av denne grunn, er usikkert. Det er imidlertid grunnlag for å stille spørsmålsteget ved om atlas er så godt forankret i fagmiljøet som det presenteres som.

Figur 13- Spørreundersøkelse. Pådrivere i bestilling av barnehelseatlas. Prosentuelt av 20 respondenter.



5.2 Fagmiljøets kunnskap om innholdet i barnehelseatlas

Resultatene som Barnehelseatlasen presenterer er godt kjent i fagmiljøet. 16 avdelingsoverleger (80%) beskriver at de har god kunnskap til barnehelseatlas og resultatene (Figur 14). God kunnskap om resultatene og eget forbruk av helsetjenester er et godt utgangspunkt for aktivt bruk av atlasen både til faglige vurderinger og eventuelt strategiske veivalg innenfor den enkelte avdelinger.

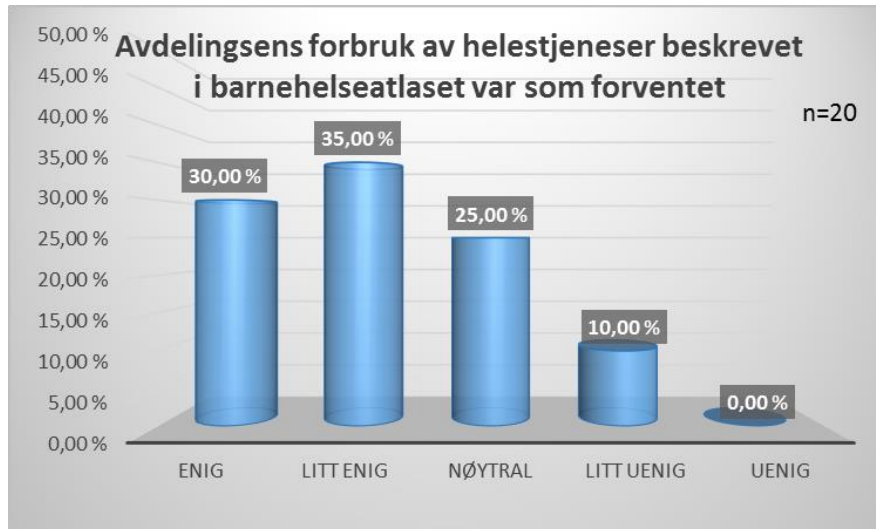
Figur 14- Spørreundersøkelse. Kjennskap til barnehelseatlasen. Prosentuelt av 20 respondenter.



Som vist på figur 15 oppgir 13 (65 %) at avdelingens resultat på forbruk av helsetjenester var som forventet på forhånd. Dette betyr at avdelingene har brukbar oversikt over egen praksis

vurdert opp mot målt forbruk av helsetjenester hos befolkningen fra før, og at atlaset for mange avdelinger ikke ga ny kunnskap.

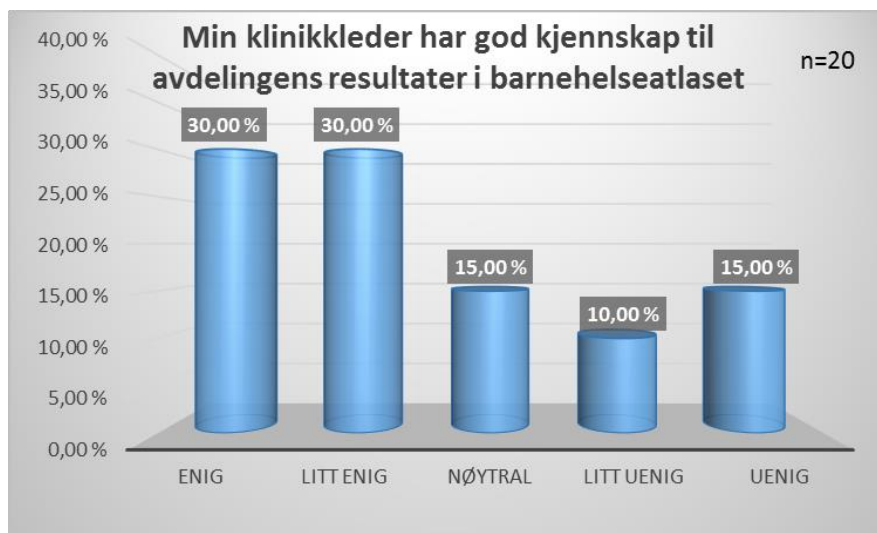
Figur 15- Spørreundersøkelse. Forventet resultat av forbruk i barnehelseatlas. Prosentuelt av 20 respondenter.



5.3 Ledelsens kunnskap om innholdet i barnehelseatlas

Barnehelseatlas er også godt kjent på ledernivå over avdelingsoverlegene. 12 (60%) av respondentene oppgir at de tror at deres klinikkleder har god kjennskap til avdelingens resultater i barnehelseatlas (figur 16). 15 avdelingsoverleger (75%) oppgir at avdelingens resultater har vært diskutert i møter med klinikkens ledelse (figur 17). Denne kunnskapen på ledernivå skulle tilsi at atlaset kan brukes aktivt i planlegging av avdelingens drift gjennom strategisk planlegging og budsjettarbeid i klinikkene. Et eksempel på slik strategisk planlegging vil være utvikling av en strategisk kompetanseplan.

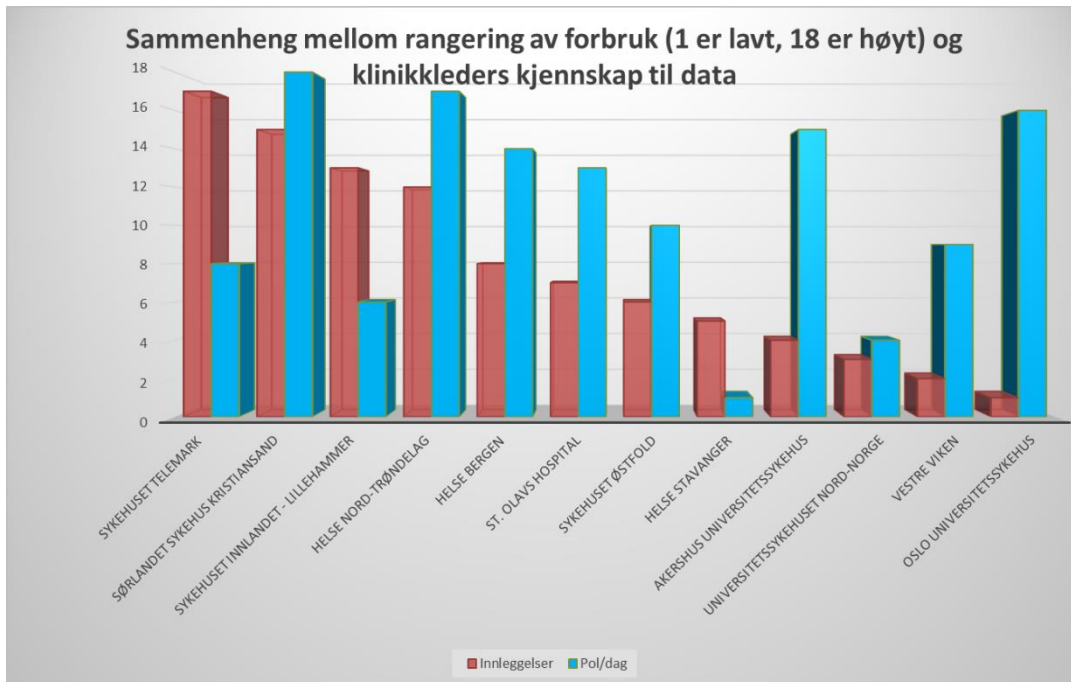
Figur 16- Spørreundersøkelse. Klinikkleders kjennskap til barnehelseatlasen. Prosentuelt av 20 respondenter.



Figur 17- Spørreundersøkelse. Resultater diskutert med klinikkens ledelse. Prosentuelt av 20 respondenter.



Figur 18- Sammenheng mellom klinikkleders kjennskap til innhold i barnehelseatlasets og rangering av forbruk av tjenester.



Figur 18 er et uttrekk av de helseforetakene som har sagt seg enige eller litt enige i at klinikkleder har god kjennskap til barnehelseatlasets resultater. Vi ser at mange har til dels høyt forbruk av tjenester enten på innleggelses eller poliklinikk/dagbehandling, men det er ikke mulig å se noen klar tendens på fordeling.

5.4 Forventninger til barnehelseatlasets

Vi var nysgjerrig på hvilke forventninger de ulike barneavdelingene hadde på forhånd med tanke på hva barnehelseatlasets resultater skulle føre til for egen avdeling. Syv (35%) av respondentene hadde forventninger om at resultatene skulle medføre endring av klinisk praksis ved egen avdeling. Omtrent like mange hadde ingen forventning eller er nøytral i dette spørsmålet. Denne vide spredningen i svar oppleves som avmålt forventninger (figur 19).

Vi har også åpnet for utvidede svar i fritekst for å klargjøre forventningene noe mer. Flere respondenter hadde konkrete forventninger til oppfølgende aktivitet som kunne komme i kjølvannet av barnehelseatlas.

En respondent uttalte: «... at når man får sammenliknbare tall så vil det komme en overordnet sentral ressursstyring, samt at variasjonen som avdekkes gir en god faglig diskusjon med påfølgende dreining mot god praksis" (Fra svar på spørreskjema).

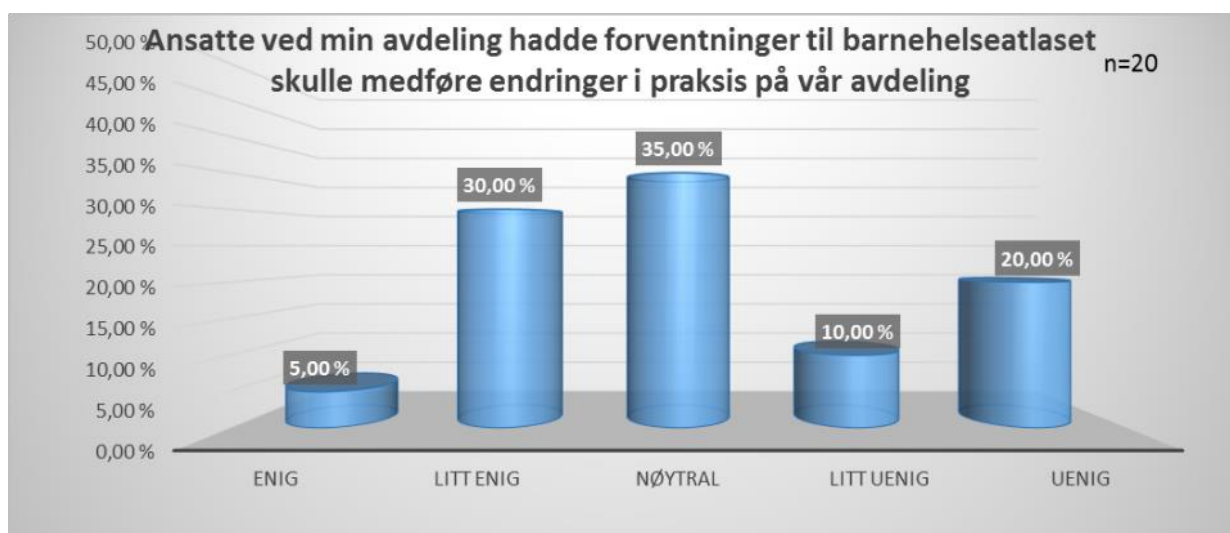
En annen respondent skrev: "... Jeg hadde forventninger om at vi kunne få til å bruke resultatene aktivt, både strategisk ovenfor ledelse i utvikling av tilbudene, og til internt bruk" (Fra svar på spørreskjema).

Det var også flere som hadde forventninger om at atlasen skulle skape forståelse blant sine kollegaer om behov for endring i praksis.

Flere problematiserer utfordringen med å bestemme riktig nivå, det vil si definere best praksis. Det oppleves slik at det var en forventning om at barnehelseatlasen i seg selv gjennom å vise store ulikheter i forbruk av helsetjenester skulle bidra til prosesser som skulle avklare beste praksis.

Denne problemstillingen dukker på nytt opp når vi spør hva som kunne gjort barnehelseatlasen mer anvendelig for den enkelte avdeling. Også her er det mange som problematiserer et behov om å avklare hva som er riktig nivå på tilbudet. Flere fremmer ønske om at dette bør diskuteres og avklares sentralt for eksempel i regi av barnelegeforeningen.

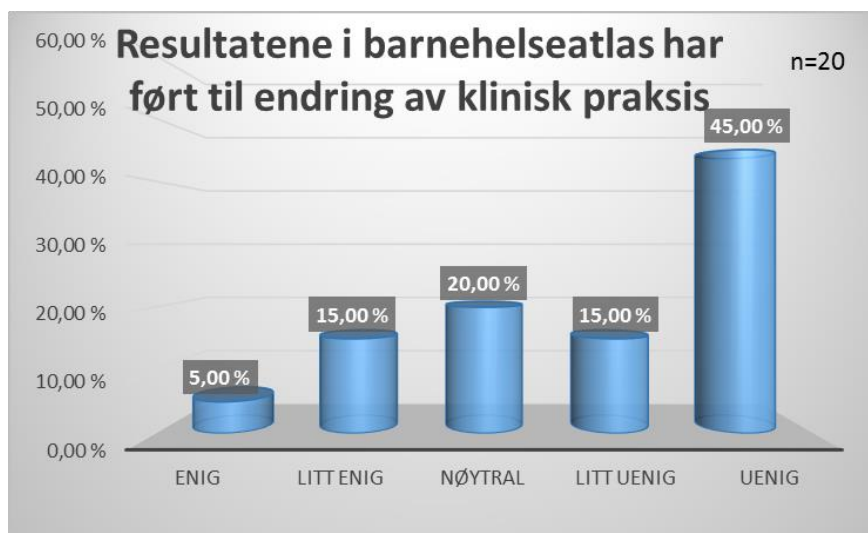
Figur 19- Spørreundersøkelse. Forventninger til endring av praksis. Prosentuelt av 20 respondenter.



5.5 Endring som et resultat av barnehelseatlas

Vår undersøkelse viser at det i liten grad er iverksatt endringer av klinisk praksis ved landets barneavdelingen etter av resultatene i atlasen er gjort kjent. Fire av 20 avdelinger (20%) rapporterte endret praksis basert på rapporten, tre i noen grad, en i stor grad (Figur 20).

Figur 20- Spørreundersøkelse. Endring av praksis. Prosentuelt av 20 respondenter.



Av de fire fikk to bekreftet noe de allerede mistenkte, mens to fikk ny kunnskap (Figur 21). En av disse fire avdelingene har økt tilbudet basert på rapporten. De hadde dokumentert lavt forbruk innen poliklinikk i barnehelseatlasen. Rapporten bekreftet en mistanke de allerede hadde om behov for mer poliklinikk, og har medvirket at kapasiteten er bygd opp. De tre andre lå relativt høyt i forbruk, en innen innleggelse og en innen poliklinikk. Etter at rapporten ble gjort kjent, har de hevet terskelen for å tilby vurdering av spesialisthelsetjenesten.

Figur 21- Spørreundersøkelse. Årsak til endring av praksis. Prosentuelt av 4 respondenter.



Tre avdelinger (15%) svarer at barnehelseatlasen har vært brukt til å lage prosedyrer for drift (figur 22). Dette kan være uttrykk for et faglig fokus utløst av behov for klarere pasientforløp, men det kan også være ledd i et strategisk fokus i forhold til prioriteringer mellom pasientgrupper.

Figur 22- Spørreundersøkelse. Brukt til å lage prosedyrer for drift. Prosentuelt av 20 respondenter.



5.6 Ikke endring som et resultat av barnehelseatlasen

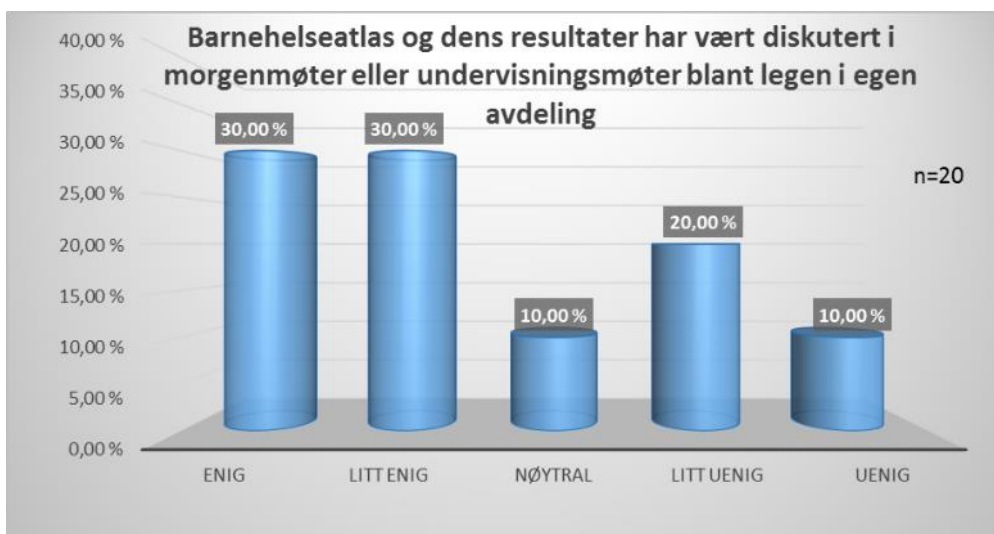
Av de fire som har endret praksis var bare en avdeling blant de seks avdelingene med høyest forbruk av innleggelses, og en avdeling blant de syv med høyest forbruk av poliklinikk og dagbehandling. En avdeling lå svært lavt på forbruk av poliklinikk, og den siste befant seg nær landsgjennomsnitt for både innleggelses og poliklinikk.

Det betyr at seks av de syv avdelingene som lå øverst på forbruk for innleggelse og polikliniske konsultasjoner ikke har funnet grunnlag for å endre praksis basert på rapporten.

Det er bare en av de syv avdelingene med lavest forbruk både på innleggelser og poliklinikk som har brukt rapporten som argument for økt ressursbehov og økt tilbudet til pasientene.

12 av avdelingene (60%) angir at rapporten har vært diskutert i møter mellom legene i avdelingen (figur 23).

Figur 23- Spørreundersøkelse. Diskutert i møtepunkter med leger. Prosentuelt av 20 respondenter.



Av disse 12 har det ved 10 avdelinger vært diskutert om resultatene burde ført til endring av praksis. Dette utgjør 50% av avdelingene, mens bare fire avdelinger (20%) har endret praksis.

I tabell 2 fremkommer det at av de 12 avdelingen som ikke har endret praksis svarer syv (58%) at de ikke har tid eller kapasitet til endring, seks (50%) at de er usikker på hva riktig nivå av helsetjeneste er, og tre avdelinger (25 %) oppgir manglende interesse i avdelingen/klinikkens ledelse.

Tabell 2- Grunner til å ikke ha endret klinisk praksis. (Mulig med flere svar) Prosentuelt av 12.

24. Avdelingen har ikke funnet grunn til å endre klinisk praksis basert på resultatene i barnehelseatlasen, og dette skyldes (flere svar mulig)	Prosent
Ikke behov/riktig nivå av helsetjenester	17 %
Tror ikke på data	0 %
Usikkerhet om hva rett nivå av helsetjenester (beste praksis) er	50 %
Ikke tid/kapasitet	58 %
Manglende kunnskaper om endringsprosesser	8 %
Manglende interesse i avdelingens/klinikkens ledelse	25 %
Ressursmangel	17 %
Ikke hatt tid	8 %

10 av disse avdelingene, det vil si halvparten av Norges barneavdelinger, mener atlasen kunne vært benyttet til endringsprosesser, hovedsakelig til intern omfordeling av ressurser. Tross denne erkjennelsen, har de ikke aktiv forsøkt å endre klinisk praksis.

5.7 Strategisk bruk

Tross liten endring av praksis etter at resultatene av atlasen er blitt kjent, er det flere avdelingsoverlegene som angir at de opplever å ha nytte av atlasen. 9 av avdelingene (45 %) oppgir at atlasen har vært nyttig til styring av avdelingen, mens like mange opplever at det ikke er det. At flere angir atlas som nyttig til styring enn de som har endret klinisk praksis, kan bety at atlasen gir en verdi utover vurdering av praksis for disse avdelingene.

Figur 24 - Spørreundersøkelse. Opplevd nytte til styring. Prosentuelt av 20 respondenter.



12 av respondentene (60%) mener deres klinikkleder har god kjennskap til avdelingens resultater i barnehelseatlas (figur 16), og 15 (75%) angir at resultatene har vært diskutert i møter med klinikkens ledelse (figur 17). Dette er høye tall som klart indikerer at barnehelseatlas er godt kjent av lederne, og derfor kunne vært brukt som styringsverktøy. Temaer som kvalitet, effektivitet, kapasitet og økonomi er belyst i diskusjoner med klinikkens ledelse (tabell 3). Disse punktene kan alle nyttes til styring av avdelingene, og det er naturlig at dette diskuteres på bakgrunn av resultatene atlasen viser. Resultatene kan brukes både til faglig styring gjennom kvalitet og effektivitet, men også styring av økonomi/ressursbehov i form av diskusjoner rundt over- og underkapasitet samt økonomi.

Tabell 3- Klinikken har vært opptatt av disse tema i diskusjon.

17. Klinikken har vært opptatt av følgende tema i disse diskusjonene (svar gjerne flere svar)	Totalt	Prosent
Kvalitet	13	65 %
Effektivitet	10	50 %
Overkapasitet	11	55 %
Underkapasitet	9	45 %
Økonomi	11	55 %
Øke ressurser	6	30 %
Begrense ressurser	10	50 %
Annet (beskriv)	7	35 %
Totalsum	20	385 %
17: Annet: Beskriv:	Totalt	
	5	
forskjeller i spesialområder	1	
Vi har diskutert hvorfor vi ligger så høy på innleggelser, jobbet med å redusere antall innleggelser, behandle flere polil	1	
Totalsum	7	

Barnehelseatlasen har blitt brukt til strategisk planlegging for å sette avdelingens mål ved ni avdelinger (45%) (figur 25). Dette samsvarer med at også ni av avdelingene (45%) har opplevd barnehelseatlasen som et nyttig hjelpemiddel til styring av barneavdelinger (figur 26).

Figur 25- Spørreundersøkelse. Strategisk planlegging for å sette mål. Prosentuelt av 20 respondenter.

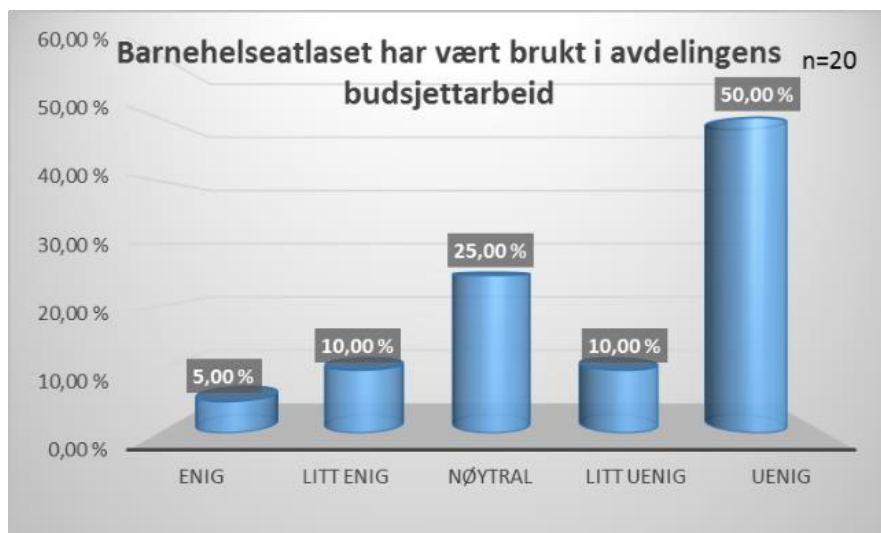


Strategisk bruk av benchmarking krever imidlertid at resultatene tas med i alle ledd av styringshjulet, og der er resultatene noe ulike.

Ni avdelinger (45%) har benyttet atlasen til å sette mål for avdelingen (figur 25) og ti (50%) har benyttet det til å evaluere avdelingens resultater (figur 25). Bare tre (15%) har benyttet atlasen til budsjettarbeid (figur 26), tre (15%) til planlegging av drift gjennom prosedyrer (figur 22) og fire avdelinger (20%) har endret klinisk praksis (figur 20). Disse funnene tolker vi som at avdelingene har forsøkt å bruke tallene til strategisk arbeid, men ikke klart å ta hensyn til resultatene i alle ledd av styringssirkelen slik teorien sier de må for å lykkes (Andersen & Pettersen 1995; Helsedirektoratet 2005; Pettersen 2008). Mange har satt mål basert på atlas, men ikke aktivt styrt ressurser og aktivitet for å oppnå målene underveis. Da oppnås det brudd i styringssirkelen, og mulighetene for å lykkes reduseres svært mye.

Oppslutningen om atlasen er stor og hele 80% av avdelingene ønsker at barnehelseatlasen følges opp med ny undersøkelse (figur 28).

Figur 26- Spørreundersøkelse. Brukt i budsjettarbeid. Prosentuelt av 20 respondenter.



Figur 27- Spørreundersøkelse. Brukt til å evaluere resultater. Prosentuelt av 20 respondenter.



Figur 28- Spørreundersøkelse. Ønske om ny undersøkelse. Prosentuelt av 20 respondenter.



5.8 Oppsummering viktige funn

Med bakgrunn i gjennomgått data kan vi trekke fram noen hovedelementer som vi ønsker å se nærmere på i analysen.

Moderat oppfattet nytte av barnehelseatlasen til styringsformål.

Ni av 20 barneavdelinger (45%) angir benchmarking i form av barnehelseatlas som et nyttig verktøy i styring av avdelingen. Det har blant annet vært benyttet til å sette mål og evaluere resultater som uttrykk for strategisk bruk.

Kun et fåtall av avdelingene har endret klinisk praksis på bakgrunn av barnehelseatlasen.

Barnehelseatlasen har i liten grad blitt etterfulgt av endring av klinisk praksis. Fire avdelinger har gjort visse former for endring i sin drift, og deres motiver for endring vil vi diskutere videre. Vi vil også diskutere disse avdelingenes endring opp mot deres resultater med tanke på forbruk av helsetjenester.

Mangel på definert beste praksis, tid og interesse fra klinikkledere oppfattes som viktigste forklaring på manglende endring.

Det faktum at mange avdelinger ikke har endret praksis, er interessant å se nærmere på. Vurdert opp mot barnehelseatlasen mener vi det er et interessant funn at de fleste av de som befinner seg i ytterpunktene av skalaen i forhold til forbruk har valgt å ikke gjøre noen endringer.

Deres begrunnelser til hvorfor de ikke har gjort endringer av praksis er interessant å se nærmere på.

Barnehelseatlasen har ført til oppmerksomhet og dialog i helseforetakene.

Det er interessant at flere har brukt barnehelseatlasen i dialog/møter, både internt i det medisinskfaglige miljøet, men også opp mot ledelsen. Kan denne type bruk bidra til endring på lengre sikt?

6 Analyse

Vi vil i dette kapittelet diskutere og forsøke å forklare de viktigste funnene i undersøkelsen opp mot gjennomgått teori om benchmarking og styring.

Vårt utgangspunkt var et ønske om å undersøke om denne typen benchmarking på avdelingsnivå oppfattes som et nyttig hjelpemiddel til styring av avdelingen, og om forankringen i fagmiljøet gjør at atlaset brukes aktivt.

Arbeidet med barnehelseatlasen ble initiert av barnelegeforeningen etter diskusjon blant avdelingsoverlegene. Både i innledningen til barnehelseatlasen skrevet av administrerende direktør Helse Nord RHF Lars Vorland, og i forordet signert leder i Norsk barnelegeforening Ingebjørg Fagerli, står det beskrevet at initiativet til å utarbeide barnehelseatlasen kommer fra fagmiljøet selv. Vorland fremhever initiativet som et enestående fenomen og en stor styrke (SKDE 2015). Vår undersøkelse viser at det er få avdelinger som opplever at de var aktive pådrivere i arbeidet og forventningene til endring av klinisk praksis basert på resultatene var lave. Disse opplysningene tolker vi slik at både forankring i fagmiljøet og forventninger til hva atlasen skulle brukes til, nok er lavere enn det har vært gitt inntrykk av.

6.1 Oppfattes benchmarking som et nyttig verktøy til styring av avdelinger?

Omtrent halvparten av barneavdelingene angir at de opplever barnehelseatlasen som et nyttig verktøy til styring av avdelingen. Disse lederne sier de har benyttet seg av atlasen til å sette mål for avdeling og til å evaluere avdelingens resultater. Atlasen har i liten grad vært benyttet til å utarbeide prosedyrer eller til budsjettarbeid.

Brudd i styringssirkelen

Normativ teori om benchmarking sier at man basert på ønske om forbedring skal sette mål, planlegge aktivitet, gjennomføre aktivitet og deretter evaluere resultatet. Både benchmarkingshjulet (Andersen & Pettersen 1995), forbedringssirkelen (Helsedirektoratet 2005) og det økonomiske styringshjulet (Pettersen 2008) inneholder prosesser knyttet til; sette mål, planlegge, gjennomføre og evaluerer. Aktiv bruk av benchmarking må være tilstede i alle nivåer av styringssirkelen for å lykkes (Helsedirektoratet 2005; Pettersen 2008).

I vår undersøkelse fremkommer det at benchmarkingen brukes til å sette mål og evaluere, men vi finner at resultatene i liten grad brukes til planlegging, utarbeidelse av prosedyrer, budsjettering og gjennomføring. Konsekvensen av det er at målet ikke blir tatt hensyn til alle ledd av virksomhetsstyringen, og det oppstår brudd i styringssirkelen. Dette reduserer mulighetene til å lykkes med endringen betydelig (Andersen & Pettersen 1995; Helsedirektoratet 2005). Vi kan ikke se at atlasen og dets resultater har vært brukt på en systematisk måte i barneavdelingene for å skape endringer slik benchmarking i teorien er tenkt å fungere.

Flertallet av avdelingene angir at resultatene i atlasen var som forventet på forhånd, mens noen få avdelinger ble overrasket. Dette gir et inntrykk av at barneavdelingene i stor grad har en følelse av hvordan deres praksis er sammenlignet med andre, og at benchmarking ikke kommer med ny informasjon. Dette kan også forklare hvorfor mange avdelinger ikke opplever atlasen som nyttig til styring i et normativt perspektiv (Andersen & Pettersen 1995).

6.2 Barnehelseatlasen har i lite grad ført til endring av klinisk praksis i barneavdelingene

Barneavdelingene i Norge har i liten grad endret klinisk praksis, selv om resultatene fra barnehelseatlas viser stor geografisk forskjell i forbruk av helsetjenester.

Spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten ilegger ledere en plikt til å sørge for lik tilgang til helsetjenester, utnytte ressursene best mulig og forbedre avvik dersom behov (Spesialisthelsetjenesteloven 1999; Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

Tross dette er det bare fire avdelinger som sier at de har gjennomført endringer etter at disse resultatene ble kjent. Den avdelingen som i størst grad har brukt atlasen til endringsprosesser fikk i atlasen dokumentert og bekreftet noe de hadde mistanke om fra før, nemlig at de hadde lavere forbruk av helsetjenester enn de andre. Dette har ført til oppbygging av tilbud slik at deres forbruk har økt.

Av de avdelingene med høyest forbruk av helsetjenester var det liten endring å finne i undersøkelsen. Bare en av de seks avdelingene med høyest forbruk av innleggelses og en av

de syv avdelingene med høyest forbruk for poliklinikk, har innført endringer for å redusere sitt forbruk.

Kanskje mer overraskende er det like lite endring å finne blant de avdelingene med lavt forbruk av helsetjenester. Bare en av de seks avdelingene med lavest forbruk har gjort tiltak for å øke tilgangen på helsetjenester for barn i sitt boområde. Vi hadde forventet at disse avdelingen hadde brukt barnehelseatlas som argument for behov for økte ressurser for å utjevne skjevheten i tilgang på helsetjenester gjennom å bygge opp sitt tilbud. Vi ser også en liten tendens til at de avdelingene med lavt forbruk også i mindre grad opplever at deres klinikkleder har kjennskap til resultatene fra barnehelseatlas. Det kan delvis forklare at avdelingene ikke har fått tildelt økte ressurser, men disse klinikklederne burde blitt informert om resultatene av sine fagfolk. Den administrative styringen fordrer opplysning og informasjonsflyt både opp og ned i ledelsessløyfa (Berg 2016c).

Det kan selvfølgelig være at de avdelingene med lavt forbruk føler at deres forbruksnivå er riktig og at det burde være norm for de andre avdelingene. Da er det ikke naturlig å jobbe for å øke forbruket. Dersom det er virkeligheten, setter det de andre avdelingenes forbruk i et underlig lys.

Hvordan kan vi med utgangspunkt i teori forstå disse endringene

Av de fire avdelingene som har endret praksis, oppga to at de fikk bekreftet noe de hadde mistanke om. De to andre var ikke klar over at de hadde høyt forbruk av helsetjenester, og fikk således ny kunnskap. Disse avdelingene har forhold seg til benchmarking slik den normative teorien tilsier. Det er avdekket et forbedringsbehov ved sammenlikning med andre avdelinger, og basert på dette funnet iverksettes endringsprosess for å korrigere praksis mer lik de man er sammenlignet med (Jacobsen & Thorsvik 2013; Andersen & Pettersen 1995). I en slik bruk av styringssirkelen er det ønskelig med repeterte målinger for å evaluere resultatet (Helsedirektoratet 2005). For disse avdelingene hadde det derfor vært interessant med nytt barnehelseatlas for å vurdere om endringen har gitt ønsket og forventet effekt.

Bekreftelse av allerede mistenkte forbedringspotensial er også kjent som en viktig faktor for endring i et institusjonelt perspektiv (Busch & Ramstad 2006). Denne bekreftelsen skaper legitimitet i miljøet for behovet for å endre praksis, og det blir lettere å motivere sine

medarbeidere. Denne mekanismen er rasjonell og forståelig, og betyr at benchmarking kan brukes som et effektivt virkemiddel der man trenger dokumentere allerede mistenkt forbedringsbehov (Strand 2007).

Endringsprosessene som er gjort i disse avdelingene fremstår å ha fulgt endringsprosesser som de er beskrevet gjennom teori med normativt perspektiv (Jacobsen & Thorsvik 2013; Andersen & Pettersen 1995; Helsedirektoratet 2005).

Vi finner ikke sikkert grunnlag i vårt materiale til å uttale oss om enkeltpersoners betydning for de endringer som er iverksatt. Institusjonelle entreprenører kan bidra til å drive gjennom endringer tross motstand i institusjonene, og avdelingsoverlegene ved disse avdelingene har nok bidratt i denne funksjonen (Lawrence et al. 2011).

Hvordan kan vi med utgangspunkt i teori forstå mangel på endring

Halvparten av landets barneavdelinger ser at deres praksis kanskje burde vært endret basert på tallene som presenteres i barnehelseatlasen. Dette viser at funnene i atlasen har gjort inntrykk på avdelingenes ledere. Disse tallene er også etter vår vurdering mer representativt for atlasen enn de fire som har gjort endringer.

Benchmarking som verktøy for å avsløre forbedringspunkter, baserer seg i et normativt perspektiv på et definert benchmark; "Hva er beste praksis?", eller i denne sammenheng; "Hva er riktig nivå av helsetjenester for barn i Norge?" (Andersen & Pettersen 1995).

Halvparten av lederne ved barneavdelingen mener at riktig nivå av helsetjenester ikke er avklart, og at man derfor ikke kan konkludere hva som eventuelt er overforbruk eller underforbruk av helsetjenester. Så lenge det ikke er avklart en norm for riktig nivå vil det etter læreboken være vanskelig å bruke atlasen til forbedringsarbeid (Andersen & Pettersen 1995).

Vi får inntrykk av at fagmiljøet hadde en forventning om at dette også skulle bli avklart som en del av arbeidet med barnehelseatlas, og at de derfor er "skuffet" over at det ikke er avklart.

Resultatene demonstrerer så stor geografisk forskjell at de uansett burde trigge en interesse for mulige forklaringer hos de avdelingene som befinner seg i ytterpunktene. Det er sjeldent at "fasit" befinner seg i ytterpunktene, slik at det burde være noe å lære for disse avdelingene. I vår undersøkelse klarer vi ikke vise at resultatene har skapt nysgjerrighet i avdelingene med høyest og lavest forbruk for hva man kan lære av de andre avdelingene, og noen av disse

avdelingene er blant dem som har benyttet atlasen i absolutt lavest grad. Dette står i kontrast til spesialisthelsetjenestelovens formål om lik tilgang til helsetjenester (Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

I forhold til teori om endringer i kunnskapsorganisasjoner, virker det som om disse avdelingene enten ikke opplever at det er et behov for endring basert på funnene, eller at det er motstand i organisasjonen mot endringen som bør skje. I så fall er det vanskelig å lykkes med endring i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik 2013). Et tredje alternativ er at det oppstår dekobling i organisasjonen ved at den operative delen av avdelingen mangler interesse for resultatene og ikke ønsker å forholde seg til avslørt endringsbehov (Meyer & Rowan 1977; Busch & Ramstad 2006).

Kjennskap til resultater i klinikkledelse er dominert av avdelinger høyt forbruk. En mindre andel av avdelingene med lavt forbruk har sørget for at klinikkledelsen vet om resultatene, og de har i liten grad forsøkt å argumentere for økte ressurser for å utjevne ulik tilgang på helsetjenester slik lov og forskrift sier (Spesialisthelsetjenesteloven 1999; Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

6.3 Mangel på tid/interesse fremheves som forklaring

De dominerende grunnene disse avdelingene gir som forklaring på at de ikke har igangsatt endring av praksis er manglende tid/kapasitet og manglende interesse i ledelsen. I et institusjonelt perspektiv er dette klassiske eksempler på dekobling fra prosesser (Meyer & Rowan 1977; Busch & Ramstad 2006). Man velger av ulike motiver å ikke forholde seg til resultatene, og behovet for endringsprosess blir ikke tatt tak i. Noen opplever nok en reell mangel på tid som er problemet, men det er til syvende og sist et spørsmål om prioritering. Dersom avdelingens indre kultur er uenig i at avdelings praksis trenger korrigeres basert på sammenligning med andre avdelinger, vil det utvikles motargumenter som vanskeliggjør endring (Berg 2016a; Strand 2007). Her oppleves det som om mange avdelinger har erkjent at det ulike forbruket av helsetjenester ikke er riktig og burde korrigeres, men det har blitt viktigere å forsvare egen praksis fremfor å se hvordan ulikheten kan jevnes ut.

Det kan være bygningsmessige begrensninger eller andre ytre faktorer som forhindrer endringer avdelingene ønsker å gjennomføre, men det er ikke kommet frem slike faktorer i svarene på spørreskjema.

Helseforetakene har lenge vært organisert i klinikker/divisjoner med ansvar for egen økonomi og aktivitet, og dette har i stor grad ført til silotenking, revirbeskyttelse og mangel på helhetlig tenking (Berg 2016b). Forskning viser også at ulike profesjoner i ledelsen av helseforetakene har ulike forventninger og krav, og i kombinasjon med silotenking gjør det samarbeid mellom fagledere og økonomer utfordrende (Pettersen & Solstad 2014). Silotenking trekkes også frem som en av de største utfordringene i arbeidet med forbedring og pasientsikkerhet i helseforetakene i dag (Røise 2016). Denne silo-organiseringen er også utfordrende i forhold til denne type benchmarking.

Man kan spørre seg om det er rimelig å forvente av de avdelingene som har høyest forbruk av helsetjenester på eget initiativ skal starte arbeid med å redusere forbruket. Dersom avdelingen har andre områder der de har dokumentert underkapasitet eller manglende tilbud, bør de omfordele ressurser internt for å gi bedre tilbud til alle pasientgruppene (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Avdelinger som ikke har et slikt behov for omfordeling, vil nok ikke oppleve det slik at de har for mye ressurser og redusere aktivitet på eget initiativ. De aller fleste avdelinger opplever selv at de mangler ressurser, og dette kan også være en av årsakene til at de avdelingene med høyest forbruk av helsetjenester ikke har gjort noe med det. Når helseforetakene er organisert som siloer, er det kanskje nødvendig at denne type benchmarking adresseres til et høyere ledelsesnivå som har ansvar for helhetstenking og prioriteringen av ressurser i helseforetaket.

Det vil nok være et behov for styring fra et høyere ledernivå for å starte en prosess med endring av praksis i de avdelingene som har høyt forbruk. Institusjonell teorien sier at en slik styring ovenfra kan bli oppfattet som et uønsket forsøk på å påvirke den faglige autonomien, og det er stor fare for at denne endringsprosessen vil bli motarbeidet av avdelingens indre kultur (Berg 2016a; Strand 2007). En forutsetning for å lykkes vil være at man klarer skape forståelse for at behovet for endring er tilstede, og at endringene vil føre til et bedre kvalitativt tilbud til pasientgruppen som helhet (Jacobsen & Thorsvik 2013).

6.4 Dialog/kunnskap fører til endring på sikt?

Tross liten endring av klinisk praksis i etterkant av barnehelseatlas og liten bruk til systematisk styring, oppgir mange ledere at de opplever atlasen som et nyttig verktøy til styring og ønsker nye atlas til oppfølging. Dette forstår vi slik at atlasen oppleves å gi en annen gevinst inn i avdelingene.

De fleste lederne av avdelingene angir å ha god kunnskap om resultatene i atlasen. Flertallet av avdelingene angir at atlasen har vært diskutert i møter med klinikkens ledelse og har vært diskutert mellom legene i avdelingen. Dette i formelle møter som morgenmøter og internundervisning, i tillegg har resultatene vært diskutert på mer uformell basis blant legene.

Dette tolkes slik at atlasen har fått stor oppmerksomhet og har skapt diskusjoner på avdelings- og klinikknivå. Lederne og medarbeiderne har diskutert funnene i formelle og uformelle møter, og egen praksis har blitt evaluert. Atlasen har på denne måten skapt faglig diskusjon og evaluering både på avdelingsnivå og klinikknivå. En slik evaluering av egen aktivitet, tross liten erkjent endring i ettertid, er viktig for utviklingen av avdelingene.

Kanskje kan et oppfølgende barnehelseatlas være det som skal til for å bekrefte om ulikheten i forbruk av helsetjenester består når det ikke gjøres systematiske tiltak for å endre praksis. Den aktiviteten og diskusjonen dette atlasen har skapt, tilsier at det er et ønske om en mer lik praksis nasjonalt. Tross dette ønsket har det skjedd lite for å oppnå en utjevning, og vår tolkning av ledernes svar tilsier at dette i stor grad skyldes usikkerhet på hva som er målet. Det oppleves som et stort behov å få avklart en norm for nivå av helsetjeneste.

Å enes om hva som er riktig nivå av helsetjenester er krevende. Fagmiljøet har gode nasjonale veiledere som er basert på dokumentert beste praksis, og som burde være et godt hjelpemiddel til å bidra til å definere dette (Barnelegeforening 2018). Sannsynligvis bør en ekspertgruppe, gjerne i regi av barnelegeforeningen, definere en norm basert på egne veiledere og annen tilgjengelig litteratur. Det vil selvfølgelig være utfordrende å definere siden det i slike prosesser også vil komme sterk påvirkning fra de ulike delene av fagmiljøet som vil være påvirket av sin behandlingskultur. Medisinen vil aldri bli helt objektiv og upåvirket av kultur og tradisjon, slik at institusjonell teori påvirket av organisasjonskulturer vil kunne bidra til forståelse i en slik prosess (Grund 2006; Strand 2007). Skal fagmiljøet ha mulighet til å oppnå

sitt definerte mål om å harmonisere tilbudet til pasientgruppen uavhengig av geografi, virker det nødvendig med en avklaring av norm for å komme videre.

Hele 80% av lederne ønsker oppfølgende undersøkelser med utarbeidelse av nytt atlas. Dette må sies å være et paradoks sett i lys av at bare halvparten av lederne opplever atlaset som et nyttig styringsverktøy. Basert på definisjonen av benchmarking som inkluderer “ ... stimulere til å løse oppgavene bedre” (Direktorat for forvaltning og IKT, 2015), er intensjonen med denne type sammenligning å initiere endringer. I følge våre funn angående bruk av atlaset, har det i liten grad initiert endring, og det er derfor ingen stor grunn til å gjennomføre nye undersøkelser ut fra lærebokteorien. Hensikt ved å utarbeide et nytt atlas, ny benchmarking, vil være å evaluere om iverksatte endringer har ført til utjevning av forbruk av helsetjenester (Andersen & Pettersen 1995; Helsedirektoratet 2005). Det vil i så fall være motiverende i seg selv, og kan stimulere til ytterligere utvikling og endringsprosesser.

Ser man på ønsket om gjentatte undersøkelser i et mer institusjonelt perspektiv, kan dette være et utslag av isomorfisme som sier at fagmiljøene gis legitimitet ved å gjøre som andre (Meyer & Rowan 1977). Det gjennomføres mye benchmarking innenfor mange de fleste fagmiljøer i helsevesenet, og det at barneavdelingene også gjør det gir legitimitet internt uten å nødvendigvis skape endringer (Busch & Ramstad 2006).

7 Konklusjon

Benchmarking oppfattes som et nyttig verktøy til styring ved nesten halvparten av landets barneavdelinger, men fører i liten grad til endring av klinisk praksis.

De avdelingen som har endret praksis har gjort dette basert på legitimering av endringsbehov ved at resultatene bekrefter eksisterende mistenkt avvik eller at de har fått ny kunnskap.

Mange avdelinger vurderer at resultatet viser for stor ulikhet i forbruk av helsetjenester, men har likevel ikke endret praksis. Oppgitte årsaker er at riktig nivå av helsetjenester ikke er avklart, manglende tid/kapasitet og manglende interesse i ledelsen.

Atlaset brukes til å sette mål og evaluere avdelingens drift, men tas ikke systematisk hensyn til i budsjettarbeid, drift og prosedyreutvikling. På denne måte er det brudd i styringssirkelen, og sjansene for å oppnå resultater reduseres.

Kost- nytteverdien av barnehelseatlas fremstår ikke som høy nok til at det vil være riktig å anbefale gjentatte sammenligninger basert på vår undersøkelse. Dersom det defineres en norm som sier noe om hvor riktig nivå av forbruk av helsetjenester bør ligge, kan dette likevel være hensiktsmessig. Da vil forutsetningen for endring av praksis basert på resultatene være tilstede, og nye målinger vil kunne gi nødvendig insentiv til utjevning av geografisk ulikhet i forbruk av helsetjenester. Og vil også kunne brukes som evaluering for de som allerede har gjennomført endringer.

Fagmiljøet har et sterkt ønske om oppfølgende atlas tross liten dokumentert nytteverdi i vår undersøkelse.

Praktisk implikasjon

Barneavdelingene opplever at det er for ulik praksis i forbruk av helsetjenester, og at dette bør jevnes ut. Fagmiljøet bør utfordres til å ta konsekvensen av det ved å starte arbeid med å utarbeide normer som på sikt bør etterstrebes.

Videre forskning

Våre funn viser at barnehelseatlas i liten grad medfører endring av klinisk praksis. Det kunne vært interessant å bredde denne undersøkelsen til å se i hvilken grad benchmarking innenfor andre fagområder har like dårlige resultater med tanke på endring av klinisk praksis.

Det kunne også være interessant å se på effekt av benchmarking over tid i forhold til dialog og modning i fagmiljøene.

Litteraturliste

- Andersen, B. & Pettersen, P.-G., 1995. *Benchmarking : en praktisk håndbok*, Tano. Available at: <https://www.nb.no/nbsok/nb/4cced8a26e76bce4ff1fc627f825d944?lang=no#0> [Accessed February 5, 2018].
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2000. *NOU 2000: 19*, regjeringen.no. Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-19/id117394/> [Accessed May 22, 2018].
- Barnelegeforening, N., 2018. Generell veileder i pediatri. Available at: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/forside> [Accessed June 12, 2018].
- Berg, O., 2016a. *Helseledelse : Å fatte beslutninger for en klinisk organisasjon*
Beslutningsprosesser i klinikken , spesielt på overordnet nivå : en oversikt,
- Berg, O., 2016b. *Klinikkens driftsmodeller og helsetjenestemarkedene : en karakteristikk av utviklingen*,
- Berg, O., 2016c. *Klinikkens styring og ledelse*,
- Berg, O., organisasjonsteori – Store norske leksikon. Available at: <https://snl.no/organisasjonsteori> [Accessed April 24, 2018].
- Busch, T. & Ramstad, L.S., 2006. Research Note: Modernisering av offentlig sektor: Endring, legitimitet og løse koblinger. *Beta*, 20(1), pp.51–63. Available at: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149063/Modernisering av offentlig sektor.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149063/Modernisering%20av%20offentlig%20sektor.pdf?sequence=1) [Accessed May 24, 2018].
- Dagens Medisin, 2018. Oppfordrer ledere til å gjøre noe med uforklarlige variasjoner i behandling - Politikk og økonomi - Dagens Medisin. *Dagens Medisin*. Available at: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/04/27/oppfordrer-ledere-til-a-gjore-noe-med-uforklarlige-variasjoner-i-behandling2/> [Accessed May 31, 2018].
- Direktoratet for forvaltning og IKT, 2015. Beste praksis og benchmarking | Difi.no. Available at: <https://www.difi.no/veiledning/tidstyver/finn-tidstyvene/tidstyver-virksomhetene/beste-praksis-og-benchmarking> [Accessed May 22, 2018].
- Grund, J., 2006. Kunnskapsorganisasjoner - hva er ledelses- og styringsutfordringene - *Magma*. *Magma*, 2.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, Available at: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> [Accessed May 31, 2018].
- Helse Nord RHF, 2018. *Oppdragsdokument 2018 Fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, Available at: [https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument 2018 fra Helse Nord RHF til helseforetakene.pdf](https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202018%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf) [Accessed May 31, 2018].
- Helsedirektoratet, 2005. *Og bedre skal det bli!*,
- Helsedirektoratet, 2013. *Samdata spesialisthelsetjenesten 2012*, Available at: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> [Accessed May 31, 2018].
- Hood, C., 1995. The ‘new public management’ in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(U3), pp.93–109. Available at:

- <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.464.4899&rep=rep1&type=pdf> [Accessed May 29, 2018].
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013. *Hvordan organisasjoner fungerer*, Fagbokforl.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L., 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Abstrakt.
- Lawrence, T., Suddaby, R. & Leca, B., 2011. Institutional work: Refocusing institutional studies of organization. *Journal of Management Inquiry*, 20(1), pp.52–58.
- Meyer, J.W. & Rowan, B., 1977. Institutional organizations: Formal structures as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, pp.340–363. Available at: <http://www.jstor.org/stable/2778293> [Accessed May 8, 2018].
- Pettersen, I.J., 2008. *Økonomi og helse*, Cappelen Akademisk Forl.
- Pettersen, I.J. & Solstad, E., 2014. Managerialism and Profession-Based Logic: The Use of Accounting Information in Changing Hospitals. *Financial Accountability and Management*, 30(4), pp.363–382. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/faam.12043> [Accessed June 12, 2018].
- Røise, O., 2016. Hva er problemet med helseledelsen i dag? *Overlegen*, 3. Available at: <https://yngreleger.no/artikkel/hva-er-problemet-med-helseledelsen-i-dag> [Accessed June 12, 2018].
- Røvik, K.A., 2007. *Trender og translasjoner, ideer som former det 21. århundrets organisasjon*, Universitetsforlaget.
- SKDE, 2015. *Barnehelseatlas for Norge*, Available at: https://www.helseatlas.no/sites/default/files/rapport_digitalt.pdf [Accessed May 31, 2018].
- SNL, 2018. hermeneutikk – Store norske leksikon. *SNL*. Available at: <https://snl.no/hermeneutikk> [Accessed May 31, 2018].
- Spesialisthelsetjenesteloven, 1999. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> [Accessed June 1, 2018].
- Strand, T., 2007. *Ledelse, organisasjon og kultur*, Fagbokforlaget.
- Wikipedia, 2018a. Fenomenologi – Wikipedia. *Wikipedia*. Available at: <https://no.wikipedia.org/wiki/Fenomenologi> [Accessed June 11, 2018].
- Wikipedia, 2018b. Helseforetak – Wikipedia. *Wikipedia*. Available at: <https://no.wikipedia.org/wiki/Helseforetak> [Accessed May 31, 2018].

Figurliste

FIGUR 1- ALLE INNLEGGELSER, ALDERSJUSTERTE FORBRUKSRATER PR. 100 000 BARN 0-16 ÅR PR. BOOMRÅDE, PR. ÅR, REFERANSEVERDI OG GJENNOMSNIITT FOR PERIODEN 2011-2014. (KILDE RAPPORT BARNEHELSEATLASET S. 38).....	7
FIGUR 2-POLIKLINIKK/DAGBEHANDLING, MEDISINSKE TILSTANDER, ALDERSJUSTERTE FORBRUKSRATER PR. 100 000 BARN 0-16 ÅR PR. BOOMRÅDE, PR. ÅR OG GJENNOMSNIITT FOR PERIODEN 2011-2014 (KILDE RAPPORT BARNEHELSEATLASET S. 49).....	8
FIGUR 3- POLIKLINIKK/DAGBEHANDLING, MEDISINSKE TILSTANDER, ALDERSJUSTERTE, PASIENTRATER PR. 100 000 BARN 0-16 ÅR PR. BOOMRÅDE PR. ÅR OG GJENNOMSNIITT FOR PERIODEN 2011-2014. GJENNOMSNIITTLIG ANTALL KONSULTASJONER PER PASIENT (KILDE RAPPORT BARNEHELSEATLASET S.50).....	9
FIGUR 4- FORSTOPPELSE, INNLEGGELSER, ALDERSJUSTERTE FORBRUKSRATER PR. 100 000 BARN 0-16 ÅR PR. BOOMRÅDE PR. ÅR OG GJENNOMSNIITT FOR PERIODEN 2011-2014 (KILDE RAPPORT BARNEHELSEATLASET S. 55)	10
FIGUR 5- FORSTOPPELSE, POLIKLINIKK/DAGBEHANDLING, ALDERSJUSTERTE FORBRUKSRATER PR. 100 000 BARN 0-16 ÅR PR. BOOMRÅDE, PR. ÅR OG GJENNOMSNIITT FOR PERIODEN 2011-2014. (KILDE RAPPORT BARNEHELSEATLASET S. 66).....	11
FIGUR 6- SENGEVÆTING OG URINLEKKASJE, POLIKLINIKK/DAGBEHANDLING, ALDERSJUSTERTE FORBRUKSRATER PR. 100 000 BARN 0-16 ÅR PR. BOOMRÅDE, PR. ÅR OG GJENNOMSNIITT FOR PERIODEN 2011-2014. (KILDE RAPPORT BARNEHELSEATLASET S. 75).....	12
FIGUR 7- RANGERING AV POLIKLINIKK/DAG OG INNLEGGELSER HVOR 18 ER HØYEST FORBRUK OG 1 ER LAVEST FORBRUK. (KILDE BARNEHELSEATLASET)	13
FIGUR 8- BENCHMARKINGSHJULET	18
FIGUR 9- FORBEDRINGSHJULET	19
FIGUR 10- ØKONOMISKE STYRINGSSIRKELEN	19
FIGUR 11- SPØRREUNDERSØKELSE – DELTAKSET PÅ UNDERSØKELSE. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	34
FIGUR 12- PASIENTGRUNNLAG 0-16 ÅR PR. HELSEFORETAK OG REGIONALT HELSEFORETAK (KILDE BARNEHELSEATLASET OG SSB)....	34
FIGUR 13- SPØRREUNDERSØKELSE. PÅDRIVERE I BESTILLING AV BARNEHELSEATLASET. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.....	36
FIGUR 14- SPØRREUNDERSØKELSE. KJENNSKAP TIL BARNEHELSEATLASET. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	36
FIGUR 15- SPØRREUNDERSØKELSE. FORVENTET RESULTAT AV FORBRUK I BARNEHELSEATLASET. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	37
FIGUR 16- SPØRREUNDERSØKELSE. KLINIKKLEDETS KJENNSKAP TIL BARNEHELSEATLASET. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	38
FIGUR 17- SPØRREUNDERSØKELSE. RESULTATER DISKUTERT MED KLINIKKENS LEDELSE. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	38
FIGUR 18- SAMMENHENG MELLOM KLINIKKLEDETS KJENNSKAP TIL INNHOOLD I BARNEHELSEATLASET OG RANGERING AV FORBRUK AV TJENESTER.	39
FIGUR 19- SPØRREUNDERSØKELSE. FORVENTNINGER TIL ENDRING AV PRAKSIS. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	40
FIGUR 20- SPØRREUNDERSØKELSE. ENDRING AV PRAKSIS. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	41
FIGUR 21- SPØRREUNDERSØKELSE. ÅRSÅK TIL ENDRING AV PRAKSIS. PROSENTUELT AV 4 RESPONDENTER.	42
FIGUR 22- SPØRREUNDERSØKELSE. BRUKT TIL Å LAGE PROSEDYRER FOR DRIFT. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	42
FIGUR 23- SPØRREUNDERSØKELSE. DISKUTERT I MØTEPUNKTER MED LEGER. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.....	43
FIGUR 24 - SPØRREUNDERSØKELSE. OPPLEVD NYTTE TIL STYRING. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	45
FIGUR 25- SPØRREUNDERSØKELSE. STRATEGISK PLANLEGGING FOR Å SETTE MÅL. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	46
FIGUR 26- SPØRREUNDERSØKELSE. BRUKT I BUDSJETTARBEID. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.....	47
FIGUR 27- SPØRREUNDERSØKELSE. BRUKT TIL Å EVALUERE RESULTATER. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	47
FIGUR 28- SPØRREUNDERSØKELSE. ØNSKE OM NY UNDERSØKELSE. PROSENTUELT AV 20 RESPONDENTER.	48

Tabelliste

TABELL 1- OVERSIKT OVER HELSEFORETAK MED BARNEAVDELING I REGIONALE HELSEFORETAK	30
TABELL 2- GRUNNER TIL Å IKKE HA ENDRET KLINISK PRAKSIS. (MULIG MED FLERE SVAR) PROSENTUELT AV 12.	44
TABELL 3- KLINIKKEN HAR VÆRT OPPTATT AV DISSE TEMA I DISKUSJON.....	45

Vedlegg 1 – Infoskriv spørreskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Brukes benchmarking til styring av avdelinger i helseforetak i spesialisthelsetjenesten"

"Har barnehelseatlas ført til endring av praksis ved barneavdelinger i Norge"

Bakgrunn og formål

Barnelegeforeningen initierte i 2015 en sammenligning av forbruk av helsetjenester ved landets barneavdelinger (Barnehelseatlas), og resultatet ble presentert i september 2015. Barnehelseatlas demonstrerte stor geografisk ulikhet i forbruk av helsetjenester for barn. Formålet med denne studien er å kartlegge om resultatene som ble demonstrert har ført til endring av praksis ved noen av landets barneavdelinger.

Prosjektet er masteroppgave ved Master i Helseledelse ved Nord Universitet.

Utvalget for undersøkelsen medisinskfaglige ansvarlig ved landets barneavdelinger, i praksis avdelingsoverleger/avdelingsleder. Avdelingsoverlegemøtet i barnelegeforeningen ble forespurt om deltagelse i plenum i møte under Pediaterdagene i Trondheim 17.01.18, og har som kollegium samtykket til deltakelse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å svare på elektronisk spørreskjema (Questback) som omhandler erfaringer med Barnehelseatlas og hvordan egen avdeling har brukt resultatene i klinisk praksis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke bli benyttet personidentifiserbare data i prosjektet. Prosjektets 2 studenter, veileder samt den som administrerer questback på Nordlandssykehuset HF vil være de eneste som har tilgang på dataene, og navneliste oppbevares adskilt fra øvrig data. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen der resultatene vil diskuteres på generelt nivå.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20 juni 2018, og datamaterialet vil bli destruert september 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Lars Utne Haukland, tlf 97599798. Veileder er Kari Nyland, mail: kari.nyland@ntnu.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vedlegg 2 – Spørreskjema

Nr.	Forutsetning	Forslag til ny vinkling	Forslag til svar	Teori
1		I hvilket regionalt helseforetak er din barneavdeling?	1. Helse Sør-Øst RHF, 2. Helse Vest RHF, 3. Helse Midt-Norge RHF, 4. Helse Nord RHF	Bakgrunn
2		Hvilket helseforetak tilhører din barneavdeling?	1. Hvis svar 1: 1. Akershus universitetssykehus, 2. Oslo universitetssykehus, 3. Sykehuset Telemark, 4. Sørlandet sykehus - Arendal, 5. Sørlandet sykehus Kristiansand, 6. Sykehuset Innlandet - Lillehammer, 7. Sykehuset innlandet - Elverum, 8. Sykehuset Østfold, 9. Sykehuset Vestfold, 10. Vestre Viken. 2. Hvis svar 2(Helse Vest) 1. Helse Førde, 2. Helse Bergen, 3. Helse Fonna, 4. Helse Stavanger. 3. Hvis svar 3 (Helse Midt Norge): 1. Helse Nord-Trøndelag, 2. Helse Møre og Romsdal, 3. St. Olavs Hospital. 4. Hvis Svar 4: 1. Finnmarkssykehuset, 2. Universitetssykehuset Nord-Norge, 3. Nordlandssykehuset	Bakgrunn
3		Jeg kjenner resultatene i barnehelseatlas godt	1 - 5	Bakgrunn
4		Ansatte ved min barneavdeling var aktiv pådriver i bestillingen av barnehelseatlas	1 - 5	Bakgrunn
5		Ansatte ved min avdelingen hadde forventninger til at barnehelseatlas skulle medføre endringer i praksis på vår avdeling.	1 - 5	Bakgrunn

Nr.	Forutsetning	Forslag til ny vinkling	Forslag til svar	Teori
6	Frivillig	Hvilke forventninger hadde du til barnehelseatlasen?	Fritekst	Bakgrunn
7		Jeg har kjenner innholdet i barnehelseatlasen godt.	1 - 5	Bakgrunn
8		Hvordan kom din avdeling ut når det gjelder forbruk av innleggelser (sammenlignet med gjennomsnittlig forbruk)?	Under gj sn, på gj sn, over gj sn, vet ikke	Bakgrunn
9		Hvordan kom egen avdelings forbruk av polikliniske/dag kontakter for hele pasientgruppen sammenlignet med gjennomsnitt var?	Under gj sn, på gj sn, over gj sn, vet ikke	Bakgrunn
10		Jeg fant følgende deler av barnehelseatlasen særlig interessant (svar gjerne flere)	Alternativer: Kontakter totalt, Innleggelser, Poliklinikk/dag, Diagnosespesifikke kontakter. Et felt med frivillig fritekst i forbindelse med diagnosespesifikke kontakter, Vet ikke	Bakgrunn
11		Avdelingens forbruk av helsetjenester beskrevet i barnehelseatlasen var som forventet	1 - 5	Bakgrunn
12		Min klinikkleder har god kjennskap til avdelingens resultater i barnehelseatlasen	1 - 5	Bakgrunn
13		Avdelingens resultater i barnehelseatlasen har vært diskutert i møter med klinikkens ledelse	1 - 5	
14	Hvis litt enig eller enig 13	Klinikkens ledelse har vært opptatt av følgende tema i disse diskusjonene (svar gjerne flere svar)	Kvalitet, Effektivitet, Overkapasitet, Underkapasitet, Økonomi, Øke ressurser, begrense ressurser? Annet: Fritekst.	Normativ
15		Barnehelseatlas og dens resultater har vært diskutert i morgenmøter eller undervisningsmøter blant legen i egen avdeling	1 - 5	

Nr.	Forutsetning	Forslag til ny vinkling	Forslag til svar	Teori
17	Hvis enig eller litt enig 15	Barnehelseatlas har ført til diskusjoner blant avdelingens leger om resultater burde medføre endring av klinisk praksis i avdelingen.	1 - 5	Normativ teori
18		Resultatene i barnehelseatlas har ført til endring av klinisk praksis	1 - 5	
19	Hvis enig eller litt enig 18	Årsaken til endring av klinisk praksis er	Ny kunnskap, bekreftet antakelser om endringsbehov (noe vi allerede visste), eksternt press, fritekst:	Normativ teori og institusjonell teori ang legitimering
20	Hvis enig eller litt enig 18	Avdelingen har gjennomført følgende endringer av klinisk praksis basert på resultatene i barnehelseatlas	Opplæring fastleger, strengere krav for tilbud i spesialisthelsetjenesten, redusert antall kontroller, økt antall kontroller, økt tilbud til enkelte pasientgrupper (fritekst: hvilke), Andre: fritekst	Normativ teori (endring)
21	Hvis litt uenig eller uenig 18	Avdelingen har ikke funnet grunn til å endre klinisk praksis basert på resultatene i barnehelseatlas, og dette skyldes (flere svar mulig)	Ikke behov/riktig nivå av helsetjenester, tror ikke på data, usikkerhet om hva rett nivå av helsetjenester (beste praksis) er, ikke tid/kapasitet, Manglende kunnskaper om endringsprosesser, manglende interesse i avdelingens/klinikkens ledelse, Ressursmangel, Annet: fritekst	Institusjonell teori angående dekobling
22	Hvis litt uenig eller uenig 18	Jeg ser for meg at barnehelseatlas kunne vært benyttet i avdelingen	1 - 5	
23	Hvis enig eller litt enig 22 - tekstfelt for fritekst (Frivillig)	Hva kunne barnehelseatlas vært benyttet til?	Tekstboks - frivillig	
24		Barnehelseatlas har vært brukt i strategisk planlegging for å sette avdelingens mål	1 - 5	Normativ (Mål)
25		Barnehelseatlas har vært brukt i avdelingens budsjettarbeid	1 - 5	Normativ (planlegging)

Nr.	Forutsetning	Forslag til ny vinkling	Forslag til svar	Teori
26	Hvis enig eller litt enig 25	Barnehelseatlasen har vært brukt i budsjettsammenheng som argument for (evt. flere svar)	Som argument for økt ressurser, forventning om effektivisering. Annet: Fritekst	Normativt (planlegging)
27		Barnehelseatlasen har vært brukt til å lage prosedyrer for drift	1 - 5	Normativt (gjennomføring)
28		Barnehelseatlasen har vært brukt til å evaluere avdelingens resultater	1 - 5	Normativt (evaluering)
29		Barnehelseatlasen har vært opplevd som et nyttig hjelpemiddel til styring av barneavdelingen	1 - 5	Normativt, evt. institusjonelt mtp dekobling og legitimering
30		Jeg mener det vil være nyttig for min avdeling om barnehelseatlasen følges opp med en ny undersøkelse.	1 - 5	Normativ og institusjonelt
31		Hva ville gjort barnehelseatlasen mer anvendelig for din avdeling?	Fritekst	

Vedlegg 3 – Godkjenning NSD



Kari Nyland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 02.02.2018

Vår ref: 58675 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.01.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

58675	<i>Brukes benchamrking til styring av avdelinger/enheter i helseforetak ? (Med fokus og bruk av barnehelseatlas)</i>
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kari Nyland
Student	Lars Haukland

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.
Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no