

Vilde Sylvette Lie Hem, Agnes Roll-Matthiesen & Magnus Ulvik

# Mot bedre IKT-prosjekter i offentlig sektor i lys av gevinstrealiseringens skyggeside

En casestudie av gevinstrealisering i Helse Midt-Norge

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse  
Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo  
Juni 2022



Vilde Sylvette Lie Hem, Agnes Roll-Matthiesen &  
Magnus Ulvik

# **Mot bedre IKT-prosjekter i offentlig sektor i lys av gevinstrealiseringens skyggeside**

En casestudie av gevinstrealisering i Helse Midt-  
Norge

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse  
Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



Kunnskap for en bedre verden



# Forord

Denne masteroppgaven er skrevet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) våren 2022. Oppgaven er skrevet ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, innenfor fagfeltet strategisk endringsledelse. Oppgaven har til hensikt å undersøke hvordan gevinstrealisering organiseres og praktiseres ved innføringen av store IKT-prosjekter i offentlige organisasjoner, og ser spesielt på innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge.

Vi vil takke vår veileder Marte Daae-Qvale Holmemo for gode diskusjoner, tilbakemeldinger og støtte i løpet av prosessen. I tillegg vil vi rette en stor takk til Helse Midt-Norge for å ha gitt oss en unik tilgang til organisasjonen.

Trondheim, 9. juni 2022

Vilde Sylvette Lie Hem, Agnes Roll-Matthiesen og Magnus Ulvik

# Sammendrag

Etter en rekke kostbare og feilslåtte IKT-prosjekter i offentlig sektor, lanserte regjeringen i 2009 Prosjektveiviseren, en offisiell veileder for prosjektstyring. Prosjektveiviseren bygger på den populære IKT-prosjektmetodikken gevinstrealisering, som skal sikre at organisasjoner oppnår gevinster som veier opp for teknologiens investeringskostnader. Til tross for at gevinstrealiseringens forsvarene går langt i å love prosjektsuksess, og metodikken anbefales til alle offentlige organisasjoner, etterlyses det mer forskning på hvordan metodikken etterlevs i praksis. Oppgaven søker derfor å besvare hvordan gevinstrealisering organiseres og praktiseres ved innføringen av store IKT-prosjekter i offentlige virksomheter.

Problemstillingen er besvart med utgangspunkt i en casestudie av Helseplattformen i Helse Midt-Norge. Datagrunnlaget består, i tillegg til offentlige og interne dokumenter, av 24 enkeltintervjuer og to gruppeintervjuer, som dekker hele lederlinjen fra øverste hold i Helse Midt-Norge til nederste ledernivå ved St. Olavs hospital.

Funnene indikerer at gevinstrealiseringen, til tross for å være grundig organisert av ledelsen, ikke praktiseres av helsepersonellet. Dermed får den anbefalte prosjektmetodikken minimal innflytelse på organisasjonens primære drift. Gevinstrealiseringen i Helse Midt-Norge synes altså å være gjenstand for det som i organisasjonsteorien omtales som dekobling. Det argumenteres for at gevinstrealisering kan resultere i dekobling fordi metodikken gir praktisk veiledning som ikke har praktisk substans, måler prestasjoner som ikke kan måles og styrer ansatte som ikke bør styres. Oppgaven belyser altså en skyggeside ved metodikken som synes å gjøre den lite gunstig for ansatte i primær drift, og som i liten grad problematiseres i Prosjektveiviseren.

I lys av gevinstrealiseringens skyggeside argumenteres det for at offentlige organisasjoner bør være kritisk i møte med regjeringens anbefaling av metodikken. Kanskje bør anbefalingen, i fravær av grundig vitenskapelig belegg, modereres til et "forslag". Funnene taler videre for at metodikken i større grad bør tilpasses konteksten, tone ned bruken av målinger og gi de ansatte mer autonomi i utformingen og realiseringen av gevinster.

# Abstract

After a series of failed IT projects within the Norwegian public service sector, the government developed the project management model "Prosjektveiviseren" to ensure value from future IT investments in public sector organisations (PSOs). The project model incorporates Benefits Management (BM), a methodology that seeks to optimise the potential benefits of projects. Although the government recommends BM for all PSOs, and practitioners argue that the model ensures project success, more research on how the methodology achieves its promises is sought. Therefore, the purpose of this thesis is to examine how BM is administered and carried out within PSOs during the implementation of large IT projects.

In order to research this, the study examines the implementation of the Central Norway electronic patient journal system in 2022. Data sources include public and internal documents, as well as 24 interviews with informants from the Central Norway Regional Health Authority and St. Olav's University Hospital.

The results show a discrepancy between the prescribed and the enacted BM. According to the project's perspective, the planning is thorough and complies with the methodology. However, BM is neglected by health care personnel causing it to have a minimal effect on the organisation. Organised versus practised BM can be understood as a decoupling where the organisation indicates the use of a management practice, regardless of actual implementation. This thesis argues that the decoupling occurs because BM is a practical guide without any practical value. It attempts to measure work processes that cannot be measured. Lastly, it seeks to control professionals who should not be controlled.

In light of these aspects, it is reasoned that PSOs should have caution in following the government's recommendation. And perhaps should this recommendation be a mere suggestion? The results indicate that BM needs adaptation to its implementation context, that there should be less fixation on measuring work processes and that health care personnel need autonomy in defining and realising benefits.

# Innhold

<b>1 Introduksjon</b>	<b>1</b>
<b>2 Bakgrunn</b>	<b>4</b>
2.1 Gevinstrealisering	4
2.2 Kontekst	7
2.2.1 Offentlig sektor og Prosjektveiviseren	7
2.2.2 Sykehus som profesjonelt byråkrati	10
2.2.3 Case: Innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge	11
<b>3 Metode</b>	<b>13</b>
3.1 Forskningsdesign	13
3.2 Forskningsprosess	14
3.3 Forskningsmetode	15
3.3.1 Datagenerering	15
3.3.2 Dataanalyse	20
3.4 Forskningskvalitet og refleksjoner	22
3.4.1 Reliabilitet	22
3.4.2 Validitet	23
3.4.3 Tidspunktets betydning	24
3.4.4 Anonymisering	25
<b>4 Analyse</b>	<b>26</b>
4.1 Organisert gevinstrealisering	27
4.1.1 Ledelsen etterlever gevinstrealisering i tråd med Prosjektveiviseren	27
4.1.2 Ledelsen overfører ansvaret for realisering til helsepersonellet	32
4.1.3 Ledelsen ser verdier av gevinstrealiseringsarbeidet	32
4.2 Praktisert gevinstrealisering	33
4.2.1 Helsepersonellet etterlever ikke gevinstrealisering som planlagt	34
4.2.2 Helsepersonellet mottar ansvaret for realisering fra ledelsen	35
4.2.3 Helsepersonellet ser liten verdi av gevinstrealiseringsarbeidet	38



<b>5 Diskusjon</b>	<b>40</b>
5.1 Gevinstrealiseringens skyggeside	40
5.1.1 Gevinstrealisering gir praktisk veiledning som ikke har praktisk substans	41
5.1.2 Gevinstrealisering måler prestasjoner som ikke kan måles	44
5.1.3 Gevinstrealisering styrer ansatte som ikke bør styres	47
5.2 I lys av gevinstrealiseringens skyggeside - mot bedre IKT-prosjekter i offentlig sektor	50
5.2.1 Funnenes relevans for offentlig sektor	50
5.2.2 Funnenes relevans for fremtidige IKT-prosjekter	52
<b>6 Konklusjon</b>	<b>56</b>
<b>Referanseliste</b>	<b>58</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>70</b>
Vedlegg A: Intervjuguide for ledernivå 1 og 2	71
Vedlegg B: Intervjuguide for ledernivå 3 og 4	72

# Figurer

1	Prosjektveiviseren (Digitaliseringsdirektoratet, 2019c)	8
2	Gevinstrealisering i fire faser (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022b)	9
3	Organisasjonskart for Helse Midt-Norge regionalt helseforetak (Helse Midt-Norge, 2021)	12
4	Oversikt over informantenes stillinger	17
5	Oversikt over datastrukturen etter analysen	21
6	Oppgavens fokus på gevinstrealiseringsprosessen i HMN. Inspirert av HMNs gevinstrealiseringsstrategi	26
7	Eksempel på oppdeling av regionalt gevinstmål. Hentet fra presentasjon holdt av gevinstrealiseringsprosjektet	29
8	Gevinstkart for gevinstmål vedrørende legemiddelhåndtering. Hentet fra den regionale gevinstrealiseringsplanen	30
9	Sammenhengen mellom linjeledelsen ved St. Olavs hospital og gevinstrealiseringsprosjektet	31

# Tabeller

1	Sammenligning av gevinstrealisering og tradisjonell IKT-prosjektledelse, inspirert av Ward og Daniel (2012) og Flak et al. (2012)	5
2	Oversikt over gjennomgåtte dokumenter	16
3	Antall informanter fordelt på roller	19
4	Oversikt over analysens struktur	26
5	Helse Midt-Norges åtte regionale gevinstmål (Helseplattformen, 2021b)	28
6	Gevinstrealiseringens skyggeside. Tre aspekter ved gevinstrealisering der metodikken fremstår fordelaktig for ledelsen, men ugunstig for helsepersonellet	50

# 1 Introduksjon

“Investeringer i IKT i offentlig sektor har noen særskilte utfordringer”, uttrykte regjeringen i 2009 og lanserte med det behovet for noen prinsipper som skulle gjelde for alle offentlige digitaliseringsinitiativ (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2009). Innstillingen kom etter en rekke feilslåtte IKT-prosjekter på 90- og 2000-tallet (Bøgh et al., 2019), som tilsynelatende “sløste med offentlige midler” (Nørve, 2012, s. 15). I den forbindelse lanserte regjeringen Prosjektveiviseren, en praktisk veileder for styring av digitaliseringsprosjekter (Bøgh et al., 2019), og anbefalte den til hele offentlig sektor (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022).

Prosjektveiviseren bygger på den populære IKT-prosjektmetodikken gevinstrealisering, kjent som “benefits management” (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2014). Gevinstrealisering defineres som “prosessen med å organisere og lede slik at mulige gevinster fra bruk av informasjonssystemer/informasjonteknologi faktisk realiseres” (Ward & Daniel, 2006, oversatt av Flak et al., 2012, s. 19). Realisering av gevinster fra teknologi har vært utfordrende så lenge datamaskiner har vært i kommersielt bruk (Hirschheim & Klein, 2012), og synes kun å øke med tiden ettersom teknologien skal løse stadig mer teknisk og organisatorisk komplekse oppgaver (Nørve, 2012). Gevinstrealisering blir ofte fremstilt som en slags “vidunderkur” som løser disse utfordringene og sikrer at IKT-prosjekter oppnår gevinster som veier opp for investeringskostnadene (Breese, 2011).

Til tross for at gevinstrealisering anbefales til alle offentlige organisasjoner i Norge og mange andre land (Breese et al., 2015), fremhever flere (Ashurst et al., 2008; Askedal, 2020; Doherty et al., 2012; Hellang et al., 2013) at det ikke foreligger tilstrekkelig forskning på hvordan metodikken utspiller seg i praksis. Dessuten synes det å være bred enighet om at forskningen på gevinstrealisering er spesielt underutviklet på tvers av prosjekter innad i og mellom komplekse organisasjoner (Askedal et al., 2019; Breese et al., 2015), en setting som synes å dominere offentlige IKT-prosjekter (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Regjeringen kan

altså ikke støtte seg på entydig forskning når den anbefaler gevinstrealisering som et middel for å sikre bedre IKT-prosjekter i offentlig sektor.

Politikere har ikke nødvendigvis noe ytterligere rasjonale for sine anbefalinger enn at en styringsmodell er populær (Diesen, 2013; Piazza & Abrahamson, 2020) eller anbefalt i andre land (Breese et al., 2015; Østergren, 2006). Dessuten kan de nødig forutsi hvordan anbefalingen av én prosjektmetodikk til hele offentlig sektor, vil utspille seg i den enkelte organisasjon (Ward & Daniel, 2012). Ifølge flere (Benders, 1999; Boxenbaum & Jonsson, 2008; Piazza & Abrahamson, 2020) vil det alltid være en risiko for at den anbefalte metodikken ikke utspiller seg i praksis slik den er foreskrevet i teorien og vedtatt av toppledelsen.

Ifølge Sveningsson og Sörgärde (2020), har preskriptive rammeverk, som gevinstrealisering, til hensikt å gi råd og retningslinjer som hjelper ledere å kontrollere endringsprosesser. Flere (Alvesson & Sveningsson, 2008; Pettigrew, 1997; Sveningsson & Sörgärde, 2020) problematiserer imidlertid at preskriptive rammeverk har en tendens til å vektlegge hvordan toppledelsen initierer og *organiserer* endringsprosesser, og dermed neglisjerer utfordringer som oppstår når mottakerne av planene skal *praktisere* dem. I forsøk på å se forbi gevinstrealiseringens lovnader om suksessfulle IKT-prosjekter, tar oppgaven derfor utgangspunkt i følgende problemstilling:

*Hvordan organiseres og praktiseres gevinstrealisering ved innføringen av store IKT-prosjekter i offentlige organisasjoner?*

I denne oppgaven refererer “organisering” til den delen av gevinstrealiseringen som utøves av personer med aktive roller i gevinstrealiseringsprosjektet, typisk ledelsen, og innebærer eksempelvis utarbeidelse av planverk og roller. “Praktisering” betegner gevinstrealiseringen som utøves av de ansatte i organisasjonen som ikke har aktive roller i prosjektet, men er mottakere av prosjektets planer.

For å besvare problemstillingen er innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge valgt som case. Helseplattformen er et av Norges dyreste digitaliseringsprosjekt med en estimert

prislapp på 3,3 milliarder kroner (Ekroll, 2020). Prosjektet har til hensikt å innføre et felles, elektronisk pasientjournalssystem for helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører i Midt-Norge (Helseplattformen, 2021a). Helse Midt-Norge har en uttalt ambisjon om å benytte gevinstrealisering i tråd med Prosjektveiviseren (Helse Midt-Norge, 2018, 2022b) og etablerte i 2019 et eget gevinstrealiseringsprosjekt tilknyttet Helseplattformen.

Oppgaven baseres på offentlige og interne dokumenter, 24 enkeltintervjuer og to gruppeintervjuer med ansatte i Helse Midt-Norge og ved St. Olavs hospital. Informantene dekker hele lederlinjen, og utgjør følgelig et bredt empirisk grunnlag for å vurdere hvordan gevinstrealisering organiseres og praktiseres ved innføringen av store IKT-prosjekter i offentlig sektor.

## 2 Bakgrunn

I dette kapitlet vil det først gis en generell introduksjon av gevinstrealisering. Deretter presenteres konteksten gevinstrealiseringen studeres i. Dette innbefatter en presentasjon av norsk offentlig sektor, sykehuskonteksten og casebedriften Helse Midt-Norge.

### 2.1 Gevinstrealisering

IKT utgjør et betydelig ressursforbruk i de fleste organisasjoner (Ward & Daniel, 2012), og det rapporteres om at virksomheter gjennomsnittlig bruker 8% av inntekten på IKT-investeringer (Flexera, 2021). Samtidig rapporterer en stor andel, potensielt opp mot 80% (Flak et al., 2012), at det er utfordrende å realisere teknologiens tilsiktede gevinster (Ward & Daniel, 2012).

Gevinstrealisering, kjent som “benefits management”, er én av flere forskningsstrømninger som søker å maksimere verdipotensialet av teknologi i organisasjoner (Flak et al., 2012; Ward & Daniel, 2012; Ward & Elvin, 1999), og er blant de som har fått størst gjennomslag i både forskning og praksis (Askedal, 2020). Oppslutningen rundt gevinstrealisering økte på midten av 90-tallet, samtidig som antall IKT-investeringer steg (Hellang et al., 2013). Som en konsekvens av at en stor andel IKT-prosjekter fortsetter å feile, har gevinstrealiseringens popularitet vedvart (Askedal, 2020). Flak et al. (2012) poengterer videre at utfordringene tilknyttet IKT-investeringer kun synes å øke ettersom teknologien søker å løse stadig mer teknisk og organisatorisk komplekse problemer, og at gevinstrealisering derfor vil bestå som konsept.

En rekke forskere (for eksempel Bradley, 2010; Jenner, 2014) har gjort omfattende arbeid innen gevinstrealisering. Det er imidlertid Ward og Daniel (2012) som har dannet grunnlaget for store deler av den nyere forskningen på fagfeltet (Waring et al., 2018) og synes å ha hatt størst innflytelse i norsk offentlig sektor (Askedal, 2020; Hellang et al., 2013).

Ward og Daniel (2012) definerer en gevinst som “en fordel for en spesifikk interessent eller gruppe av interessenter” (s. 70). Definisjonen impliserer at gevinsten eies av en eller flere

personer, som ønsker å oppnå en bestemt verdi fra investeringen. En gevinst kan være både kvantitativ og kvalitativ (Ward & Daniel, 2012), og eksempler kan være kostnadsbesparelser, effektivisering, økt kvalitet og kundetilfredshet. Gevinstrealisering defineres som “prosessen med å organisere og lede slik at mulige gevinster fra bruk av informasjonssystemer/informasjontechnologi faktisk realiseres” (Ward & Daniel, 2006, oversatt av Flak et al., 2012, s. 19).

Ward og Daniel (2012) argumenterer for at foregående, tradisjonelle tilnærminger til IKT-prosjektledelse er mangelfulle. Videre fremhever Flak et al. (2012) at gevinstrealiseringens særegenhet kommer tydeligst til uttrykk gjennom fokuset på endringsledelse, nytte og prosess. Tabell 1 viser hvordan gevinstrealisering skiller seg fra tradisjonell IKT-prosjektledelse på de nevnte tre punktene.

	<b>Tradisjonell IKT-prosjektledelse</b>	<b>Gevinstrealisering</b>
<b>Fokus</b>	Teknologiimplementering	Endringsledelse
<b>Mål</b>	Leveranse	Nytte
<b>Hensikt</b>	Evaluering	Oppnå gevinster, evaluering, læring og forbedring

*Tabell 1: Sammenligning av gevinstrealisering og tradisjonell IKT-prosjektledelse, inspirert av Ward og Daniel (2012) og Flak et al. (2012)*

Gevinstrealisering fokuserer på endringsledelse, heller enn teknologiimplementering (Flak et al., 2012). Dette kommer av at IKT-implementering i seg selv ikke impliserer realisering av gevinster (Remenyi et al., 2007, sitert i Askedal, 2020; Peppard & Ward, 2005). For at gevinster skal realiseres må teknologien brukes effektivt og riktig, og dette er i større grad bestemt av organisasjonens virke og ledelse, enn teknologien. Det kreves derfor endring i de ansattes arbeidspraksis, og dermed et fokus på endringsledelse, for å lykkes (Ward & Daniel, 2012).

Videre søker gevinstrealisering å flytte fokus fra leveranse til nytte. Tradisjonelt har prosjektlederens overordnede mål vært å innfri “The triple constraint”, som innebærer at prosjektets leveranse skal vurderes i henhold til tid, budsjett og spesifikasjoner (Shenhar & Dvir,

2007; Ward & Daniel, 2012). Chih og Zwikael (2015) hevder at et sterkt fokus på prosjektkrav har en tendens til å innsnevre teamets perspektiv og undergrave det opprinnelige forretningsrasjonale bak prosjektet. Denne tendensen gjenspeiles i undersøkelser gjort av Ward og Daniel (2012), som finner at de fleste prosjektledere evaluerer prosjekter i henhold til kostnad (90%), tidsfrist (89%) og tekniske spesifikasjoner (73%), mens kun halvparten (49%) evaluerer prosjektets gevinster. Gevinstrealisering søker derfor å utvide perspektivet på prosjektsuksess (Flak et al., 2012) og gå et steg videre fra “The triple constraint” (Chih & Zwikael, 2015), ved å flytte fokuset fra *innfrielse av prosjektets krav* til *realisering av prosjektets nytte*.

Til slutt presiserer Flak et al. (2012) at gevinstrealisering er noe mer enn en evaluering i for- og etterkant av prosjektet. Ofte blir gevinstarbeid utført som et engangstiltak i forkant av prosjektet med hovedhensikt å rettferdiggjøre kostnader og oppnå finansiering (Coombs, 2015; Lin & Pervan, 2003; Ward & Daniel, 2012). Flak et al. (2012) poengterer imidlertid at gevinstrealisering er “en ledelsesoppgave og en prosess som løper fra prosjektidé til man har oppnådd ønskede gevinster” (s. 19). Hensikten er altså ikke bare evaluering, men også å identifisere potensielle gevinster og forsikre at avgjørelser og tiltak gjennom hele investeringens livssyklus leder til realisering av de forespeilede gevinstene (Ward & Daniel, 2012).

Til tross for gevinstrealiseringens voksende oppslutning stiller noen forskere (Breese, 2011; Lin & Pervan, 2003) seg kritisk til metodikken. Flere (Badewi, 2016; Breese, 2011; Doherty, 2014) uttrykker et behov for ytterligere forskning knyttet til hvordan gevinstrealisering utspiller seg i praksis, særlig i komplekse settinger som fordrer samarbeid på tvers av enheter (Askedal et al., 2019; Breese et al., 2015). Breese (2011) argumenterer videre for at forskningen på gevinstrealisering må utfordre den preskriptive litteraturen dersom den skal reflektere kompleksiteten i endringsinitiativ. Dette understøttes av Casey et al. (2015), som argumenterer for at gevinstrealisering i større grad må sees i sammenheng med historie, kontekst og individuelle verdier.



## 2.2 Kontekst

I dette delkapitlet vil det redegjøres for konteksten gevinstrealisering studeres i. Først presenteres de aspektene ved offentlig sektor som ligger til grunn for regjeringens anbefaling av Prosjektveiviseren og derunder gevinstrealisering. Deretter vil sykehuset som endringskontekst legges frem, før det gis en introduksjon til Helse Midt-Norge og Helseplattformen.

### 2.2.1 Offentlig sektor og Prosjektveiviseren

Norsk offentlig sektor har en hierarkisk struktur, bestående av regjering, departement og direktorater som videre styrer forvaltningen av offentlige foretak og virksomheter (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2022). I dette hierarkiet står ansatte i organisasjonen til ansvar for ledelsen som videre står til ansvar for staten (Bovens et al., 2008). Hver aktør i denne lenken søker kontroll over hvordan den underordnede gruppen forvalter det tildelte ansvaret (Chang, 2015; Christensen et al., 2021). Disse maktforholdene utgjør en viktig del av konteksten offentlige virksomheter opererer i, og er følgelig viktig for å forstå organisatoriske endringer i offentlig sektor (Christensen et al., 2021; Dawson, 2003; Pettigrew, 2012; Scott, 1987).

De siste to tiårene har norsk offentlig sektor vært preget av økende mistillit mellom staten, ledelsen i offentlige organisasjoner og deres ansatte, ifølge Christensen et al. (2021). De hevder at nivåene i det offentlige hierarkiet, i større grad enn tidligere, preges av en mistanke om at de underordnede vil forsøke å unndra seg kontrollen ovenfra. På bakgrunn av dette har det oppstått en “økende satsing på styring” (Christensen et al., 2021, s. 138). Mistilliten har altså avlet et behov for kontroll og derav metodikker som søker å formalisere ansvarsforholdet mellom under- og overordnede (Christensen et al., 2021). Dette kommer eksempelvis til uttrykk gjennom økt bruk av resultatkrav, rapportering og evalueringer i offentlige virksomheter (Chang, 2015; Christensen et al., 2021).

Offentlig sektor preges også av et stadig økende behov for rasjonalisering og effektivisering, som følge av trangere økonomisk handlingsrom og økende forventninger fra innbyggerne (Finansdepartementet, 2021). Regjeringen anser digitalisering av sektoren som et av de viktigste tiltakene for å møte disse utfordringene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019).

Offentlig sektor har imidlertid slitt med å hente ut verdi av digitaliseringsprosjekter, og de mange IT-skandalene (for eksempel Flexus (Bach, 2019; Welde, 2018; Waale, 2018) og Tress-90 (Brustad et al., 1995; Flak et al., 2012)) har presset myndighetene til å ta grep (Nørve, 2012). Vesentlige svakheter knyttet til kostnadsoverskridelser, forsinkelser og lite tilfredsstillende gevinstrealisering, har tydeliggjort behovet for sterkere føringer for å sikre forsvarlig bruk av offentlige midler, ifølge Bøgh et al. (2019).

Norsk offentlig sektor har altså vært preget av økende grad av mistillit og et behov for rasjonalisering siden tusenårsskiftet. “Vi sløser med offentlige midler når vi ikke utvikler felles metodikk og rammeverk for prosjekt-, program- og porteføljestyling på en tydeligere måte”, hevdet Jens Nørve (2012, s. 15) på vegne av Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). På bakgrunn av dette lanserte regjeringen i 2009 Prosjektveiviseren og anbefalte den til hele offentlig sektor (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022).

Prosjektveiviseren er et rammeverk for overordnet styring av digitaliseringsprosjekter i offentlig sektor (Bøgh et al., 2019; Nørve, 2012). Som vist i figur 1, gir rammeverket en oversikt over fasene prosjekter gjennomgår, samt ansvarsfordelingen mellom linjeorganisasjon og prosjekt (Digitaliseringsdirektoratet, 2019c). I 2017 svarte 71% av statlige virksomheter at de benyttet Prosjektveiviseren eller hadde planer om å ta den i bruk i løpet av de tre neste årene (Rambøll Management Consulting, 2017).



Figur 1: Prosjektveiviseren (Digitaliseringsdirektoratet, 2019c)

Prosjektveiviseren bygger på gevinstrealiseringsmetodikken. Det legges opp til et kontinuerlig og systematisk arbeid mot gevinster, hvor både linje- og prosjektorganisasjon er involvert (Digitaliseringsdirektoratet, 2021). Rådene tar utgangspunkt i DFØ sin veileder for gevinstrealisering (Digitaliseringsdirektoratet, 2022) som definerer fire forskjellige faser for hvordan gevinstrealiseringen skal foregå i løpet av prosjektets levetid (se figur 2) (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022b). Merk at gevinstrealiseringens fire faser fordeler seg på Prosjektveiviserens fem faser. Dette forvirringsmomentet er imidlertid ikke av betydning for resten av oppgaven som videre vil ta utgangspunkt i gevinstrealiseringens fire faser.



*Figur 2: Gevinstrealisering i fire faser (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022b)*

I den første fasen identifiseres prosjektets gevinster (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022d). Her er det viktig at linjeorganisasjonen leder arbeidet slik at gevinstene blir relevante og treffende for deres behov. Deretter skal det lages en gevinstoversikt som viser sentrale gevinster med kvantifiserte estimater, forutsetninger og eventuelle utfordringer.

I planleggingsfasen er det fokus på å utforme en gevinstrealiseringsplan og gjennomføre nullpunktsmålinger hvor man måler tilstanden før IKT-systemet implementeres (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022e). Gevinstrealiseringsplanen skal fungere som en operativ handlingsplan virksomhetsledelsen kan benytte til å følge opp prosjektet. I denne fasen skal det også utnevnes en gevinstleder som er overordnet ansvarlig for at prosjektets gevinster blir realisert. Dette er typisk en leder i den delen av linjeorganisasjonen hvor gevinstene skal realiseres (Digitaliseringsdirektoratet, 2019a).

I gjennomføringsfasen begynner arbeidet med å gjennomføre gevinstrealiseringsplanen (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022c). Dette innebærer iverksettelse av de konkrete tiltakene som ble identifisert i planleggingsfasen. Arbeidet begynner i Prosjektveiviserens gjennomføringsfase, men fortsetter hele veien gjennom avslutning- og realiseringsfasen. Det er følgelig i denne fasen at gevinstene faktisk realiseres.

Til slutt skal de realiserte gevinstene dokumenteres (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022a). Dette innebærer oppfølging av nullpunktsmålingene for å se hvilke effekt prosjektet har hatt. I tillegg skal det vurderes hvorvidt det finnes muligheter for ytterligere gevinster.

En av de store utfordringene Prosjektveiviseren ikke har tatt tilstrekkelig tak i, er prosjekter som involverer styring på tvers av enheter innad i komplekse organisasjoner (Bøgh et al., 2019). Dette gjør gevinstrealisering i sykehus til en spesielt interessant kontekst å studere videre.

### 2.2.2 Sykehus som profesjonelt byråkrati

Sykehus er strukturert som profesjonelle byråkratier i måten de deler inn og koordinerer oppgaver på (Abernethy & Stoelwinder, 1990; Mintzberg, 1979). Det profesjonelle byråkratiet er en type organisasjonsstruktur som kjennetegnes ved at en stor andel av de ansatte er spesialister som jobber i organisasjonens primære drift. I sykehuset består spesialistene blant annet av klinikere og sykepleiere. Ledelsen som jobber med administrative oppgaver, er typisk relativt liten i profesjonelle byråkratier (Mintzberg, 1979).

Sykehuset som profesjonelt byråkrati kjennetegnes videre av helsepersonellens autonomi (Darr et al., 2003; Doolin, 2002; Mintzberg, 1979; Petrakaki et al., 2014). Mintzberg (1979) beskriver dette som essensielt for sykehusets drift da spesialistenes arbeid er så komplekst at det kun kan utføres effektivt dersom det styres av spesialisten selv. Dette gjør helsepersonell til en dedikert og motivert gruppe som tar ansvar for sine pasienter (Mintzberg, 1979). Arbeidets komplekse karakter innebærer imidlertid også at det ikke kan måles eller vurderes tilstrekkelig av andre enn spesialistene selv (Abernethy & Stoelwinder, 1990; Christensen et al., 2021; Mintzberg, 1979). Dette kan gjøre det utfordrende å enes om felles mål og måleindikatorer, som igjen kan føre til at strategier blir mindre virkningsfulle i sykehus (Mintzberg, 1983).

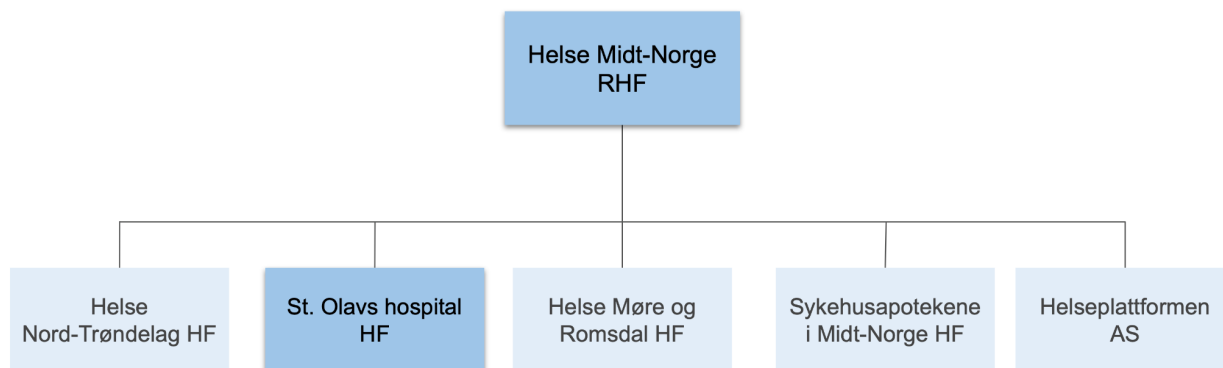
Spesialistenes komplekse arbeid og autonomi gjør det også utfordrende å utøve kontroll ovenfra-og-ned, og flere (Andreasson et al., 2018; Darr et al., 2003; Heldal & Sjøvold, 2015; Mintzberg, 1979) advarer mot inngripende styring i helsepersonellens primære drift. Spesialister skal i utgangspunktet ikke behøve inngripende styring fra ledelsen ettersom deres sertifisering og utdanning skal gjøre dem skikket til å opptre som autonome og ansvarlige ansatte (Mintzberg, 1979; Østergren, 2006). Mintzberg (1979) poengterer imidlertid at det må føres en viss finansiell kontroll i profesjonelle byråkratier for å forhindre uansvarlig opptreden.

Et annet aspekt som gjør styring av sykehus krevende, er ledelsens og helsepersonellens ulike perspektiv (Glouberman & Mintzberg, 2001; Martinussen et al., 2017). Helsepersonell fokuserer på å gi best mulig behandling til den *enkelte pasient*, mens ledelsen fokuserer på den overordnede behandlingen av *alle pasienter*, også de som befinner seg i kø (Glouberman & Mintzberg, 2001; Martinussen et al., 2017). Denne forskjellen på mikro- og makroperspektiv kan føre til at de to gruppene jobber uavhengig av hverandre heller enn sammen, og gjør sykehus til en krevende endringskontekst (Glouberman & Mintzberg, 2001).

### 2.2.3 Case: Innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge

Norsk offentlig helsesektor er delt inn i primærhelsetjenesten, ofte omtalt som den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og spesialisthelsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2018). Spesialisthelsetjenesten består av både somatiske og psykiatriske sykehus, i tillegg til andre institusjoner. Spesialisthelsetjenesten er videre delt inn i fire ulike helseregioner: Helse Nord, Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Denne oppgaven ser på spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge, med fokus på helseforetaket St. Olavs hospital.

Helse Midt-Norge regionalt helseforetak, heretter referert til som HMN, er ansvarlig for spesialisthelsetjenestene til de 734 000 (Statistisk sentralbyrå, u.å.) innbyggerne i Møre og Romsdal og Trøndelag (Helse Midt-Norge, 2021). HMN er overordnet fire helseforetak (se figur 3), deriblant St. Olavs hospital som har 10 515 ansatte (St. Olavs hospital, 2021b) og består av 20 klinikker (St. Olavs hospital, 2021a) som videre er brutt ned i avdelinger og seksjoner.



Figur 3: Organisasjonskart for Helse Midt-Norge regionalt helseforetak (Helse Midt-Norge, 2021)

I 2012 la Helse- og omsorgsdepartementet frem stortingsmeldingen “Én innbygger - én journal” som satte tydelige mål for digitalisering av sektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Stortingsmeldingen skisserer et målbilde hvor helseopplysninger skal følge innbyggerne i én journal som er tilgjengelig for helsepersonell, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp (Direktoratet for e-helse, 2018). Dette skal sikre bedre og tryggere behandling av pasienter, samt en enklere arbeidshverdag for helsepersonell.

Helseplattformen er et av tre nasjonale tiltak som skal bidra til visjonen om “Én innbygger - én journal” (Direktoratet for e-helse, 2021). Prosjektet begynte i 2012 da styret i HMN vedtok å anskaffe et nytt journalsystem som skulle “legge vekt på samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene, samt andre offentlige og private aktører i det videre arbeidet” (Helseplattformen, 2020). I løpet av 2016 sluttet samtlige kommuner i regionen seg til forberedelsene gjennom opsjonsavtaler (Helseplattformen, 2020), og prosjektet fikk status som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet (Direktoratet for e-helse, 2021). Helseplattformen AS ble opprettet i 2019 og er ansvarlig for å utvikle og innføre det nye journalsystemet som går under samme navn (Helseplattformen, 2019). Selskapet har i dag over 200 ansatte, hvorav de fleste har bakgrunn fra helsetjenesten i Midt-Norge.

St. Olavs hospital skulle etter planen ta i bruk det nye IKT-systemet fra mai 2022 (Helseplattformen, 2021c), men lanseringen ble utsatt til høsten 2022 på grunn av kritiske feil og mangler i datasystemet (Thobroe & Sørbø, 2022). Deretter står innføringen i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal for tur, henholdsvis seks og tolv måneder senere.

## 3 Metode

I dette kapitlet vil det redegjøres for hvordan vi, gjennom en utforskende tilnærming, har forsøkt å besvare problemstillingen.

### 3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet kan forstås som rammeverket for innsamling og analyse av data (Bryman, 2016). For å besvare oppgavens forskningsspørsmål valgte vi et utforskende casedesign som ville gi oss detaljkunnskap om gevinstrealisering i praksis (Bryman, 2016; Eisenhardt, 2021). Et casestudie er, ifølge Tjora (2021), “en undersøkelse som benytter en allerede eksisterende grense for hva og hvem undersøkelsen inkluderer og ekskluderer” (s. 48), og kan være en bedrift, et nærmiljø, et tiltak eller en organisasjon. Casestudier anses som særlig egnet der det eksisterer lite teori (Eisenhardt, 2021) og hvor forskningen søker å forklare hvorfor eller hvordan noe er (Yin, 2009).

HMN, med sine uttalte ambisjoner om gevinstrealisering tilknyttet Helseplattformen (Helse Midt-Norge, 2018, 2022b), utgjør det Eisenhardt (2021) kaller et strategisk valgt case. Den geografiske nærheten til St. Olavs hospital var også viktig i valget av case, da det muliggjorde fysiske møter. HMN og de tilhørende helseforetakene er dessuten store og komplekse organisasjoner, og utgjør dermed en kontekst som gevinstrealiseringslitteraturen etterlyser mer forskning på (Askedal et al., 2019). Etersom det er undersøkt fire ulike klinikker ved St. Olavs hospital, argumenterer vi for at caset har et “embedded” design som, ifølge Eisenhardt (2021), muliggjør multicase-teoretisering med utgangspunkt i kun én organisasjon. Et multicasedesign er fordelaktig da teoriens gyldighet kan undersøkes på tvers av enheter, og dermed muliggjøre teoretisering på mer generelt grunnlag (Eisenhardt, 2021)

Opgaven har videre et tydelig kvalitativt design. Problemstillingen omhandler, som tidligere nevnt, sider ved gevinstrealisering som er lite undersøkt i eksisterende litteratur (Askedal et al., 2019; Doherty, 2014). Dette åpner følgelig for teoriutvikling - et formål kvalitativ data er særlig egnet til (Bryman, 2016; Graebner et al., 2012; Tjora, 2021). Ønsket om å forstå de involvertes

perspektiv gjør videre kvalitative metoder til et nærliggende valg (Bryman, 2016; Graebner et al., 2012). Gjennom kvalitative metoder får informantene uttrykke seg i egne ord og i større grad påvirke dataen, noe som gir et rikere og mer nyansert datagrunnlag (Graebner et al., 2012; Tjora, 2021).

Til tross for et kvalitativt design, kan oppgaven ikke sies å ha en rendyrket induktiv tilnærming da dette innebærer teoriutvikling, kun basert på empiri (Bryman, 2016; Tavory & Timmermans, 2014). Oppgaven følger imidlertid heller ikke den klassiske deduktive tilnærmingen hvor allerede etablerte teorier ligger til grunn for hypoteser og datagenerering (Bryman, 2016; Tavory & Timmermans, 2014). Forskningen har i stedet beveget seg frem og tilbake mellom datainnsamling og teoretisering; en strategi som støttes av flere forskere (Dubois & Gadde, 2002; Eisenhardt, 2021; Graebner et al., 2012; Pettigrew, 1990; Tavory & Timmermans, 2014; Tjora, 2021). Ifølge Dubois & Gadde (2002) vil forskere utvide sin forståelse for både empiri og teori ved å veksle mellom datainnsamling og teoretisering. Vi opplever at det vekselvise fokuset har bidratt til å gjøre datainnsamlingen mer relevant og dermed teoretiseringen mer treffende. Denne prosessen vil utdypes videre i delkapittel 3.2 som tar for seg forskningsprosessen.

## 3.2 Forskningsprosess

Samarbeidet med HMN ble etablert juni 2021 og har følgelig vart i 12 måneder ved masterens slutt. Tett og kontinuerlig kontakt gjennom et helt år har muliggjort en prosess hvor teori og empiri vekselvis vært førende for forskningen. Dette delkapitlet gir et innblikk i forskningsprosessen og de ulike fasene arbeidet har gjennomgått.

Da forskningsprosjektet ble påbegynt, hadde vi lite kunnskap om gevinstrealisering som metodikk og sykehus som endringskontekst. Vi opparbeidet oss derfor en grunnleggende forståelse for caset gjennom relevant litteratur og aktuelle rammeverk. For å få en forståelse for gevinstrealiseringen i HMN, undersøkte vi hvorvidt organiseringen var i henhold til disse rammeverkene med utgangspunkt i informanter fra gevinstrealiseringsprosjektet og regionale styringsdokumenter.



Etter en gjennomgang av funnene ble det tydelig at organiseringen i stor grad samsvarte med Prosjektveiviseren, men at innføringen likevel ikke var fri for utfordringer. Manglende forståelse for metoden og konseptet, samt involvering og motivering av ansatte ble trukket frem som særlig fremtredende utfordringer. Samtidig poengterte flere av informantene at de nederste ledernivåene i klinikken ville være avgjørende for å realisere gevinster.

I vår prosjektoppgave, levert høsten 2021, diskuterte vi disse funnene med utgangspunkt i tre organisasjonsteoretiske retninger: teknologiinnføring i organisasjoner, endring gjennom temporære strukturer og styring av profesjonelle byråkratier. Den teoretiske diskusjonen ga oss en dypere forståelse for funnene og tydeliggjorde hvilke videre undersøkelser som var nødvendig for å oppnå en helhetlig forståelse for gevinstrealiseringen i HMN.

Basert på funnene og den påfølgende diskusjonen, besluttet vi å undersøke hvordan gevinstrealisering ble mottatt og praktisert av dem informantene tidligere hadde utpekt som nøkkelpersoner. Dette førte oss tilbake til St. Olavs hospital, hvor vi nå fokuserte på resten av lederlinjen, i tillegg til klinikkenes egne planer.

Denne oppgaven sammenstiller funnene fra begge rundene med datagenerering og tar følgelig for seg gevinstrealiseringen både slik den er organisert og praktisert. Den utforskende tilnærmingen har tillatt funnene å utvikle seg i takt med vår kunnskap, og har følgelig bidratt til et datagrunnlag som gir et helhetlig og relevant bilde av gevinstrealiseringen i HMN.

## 3.3 Forskningsmetode

Dette delkapitlet tar for seg oppgavens forskningsmetode og innebærer de forskjellige teknikkene som er benyttet for å samle inn og analysere data (Bryman, 2016).

### 3.3.1 Datagenerering

Datagenereringen baserer seg på en dokumentgjennomgang av interne og offentlige dokumenter, i tillegg til semistrukturerte intervjuer. Hensikten med å bruke flere metoder, også kalt

triangulering, er å øke forskningens kredibilitet og validitet ved å skape et mer fullstendig bilde av virkeligheten (Bryman, 2016).

## Dokumentgjennomgang

Dokumenter brukes ofte som bakgrunnsdata i forskningsprosjekter da det kan gi relevant informasjon utover det man gjør av egen datagenerering (Tjora, 2021). Særlig kan dokumenter bidra til å styrke forskerens historiske følsomhet og i så måte kompensere for nåtidigheten i intervjuer (Tjora, 2021). Dette aspektet har vært viktig ettersom gevinstrealiseringsarbeidet i HMN ble påbegynt flere år før vår masteroppgave.

Som vist i tabell 2, er både interne og offentlige dokumenter gjennomgått. De offentlige dokumentene og rammeverkene har bidratt til en forståelse for hvorfor og hvordan HMN benytter gevinstrealisering. Sammen med interne dokumenter som styrevedtak, strategier og planer på både regionalt og lokalt hold, har dokumentene vært viktige for å forstå hvordan gevinstrealiseringen er organisert.

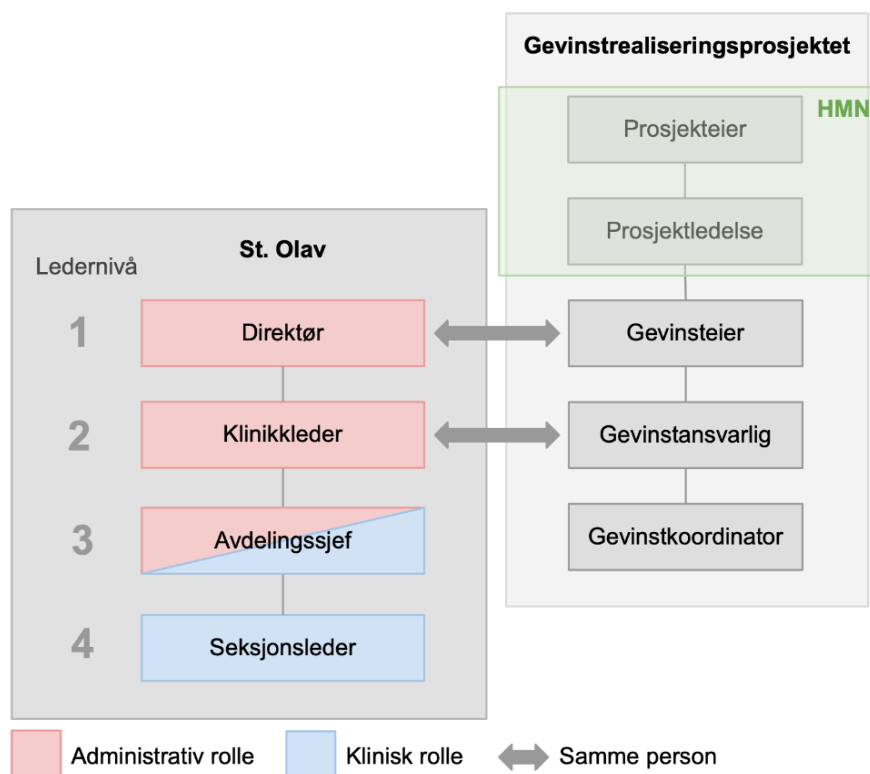
Offentlige dokumenter	Interne dokumenter	
	Regionale	Lokale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektveiviseren</li> <li>• DFØ sin veileder i gevinstrealisering</li> <li>• Digitaliseringsrundskrivet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseplattformen - Gevinstrealiseringsstrategi for Helse Midt-Norge</li> <li>• Regional gevinstrealiseringsplan for innføring av Helseplattformen i Helse Midt-Norge</li> <li>• Styrevedtak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektplan - Lokalt innføringsprosjekt for Helseplattformen ved St. Olavs hospital HP</li> <li>• Klinikkenes gevinstplaner</li> <li>• Klinikkenes handlingsplaner</li> </ul>

Tabell 2: Oversikt over gjennomgåtte dokumenter

## Intervjuer

Intervjuer er en av de mest utbredte metodene for datainnsamling innenfor kvalitativ forskning (Bryman, 2016; Tjora, 2021), og er også den viktigste metoden i vår oppgave. Det ble avholdt 24 semistrukturerte intervjuer og to avsluttende gruppeintervjuer. I denne delen redegjøres det for utvelgelsen av informanter, samt forberedelsene og utførelsen av intervjuene.

For å forstå gevinstrealiseringen slik den er organisert valgte vi informanter med roller i HMN sitt gevinstrealiseringsprosjekt (se figur 4). Dette innebærer prosjekteier og prosjektledelse på regionalt nivå, samt gevinsteiere, gevinstansvarlige og gevinstkoordinatører fra helseforetakene. Disse rollene vil bli redegjort for i kapittel 4. Som det fremkommer av figur 4, er rollen som gevinsteier besatt av en direktør (ledernivå 1) i de respektive helseforetakene, mens rollen som gevinstansvarlig innehas av klinikkledere (ledernivå 2). Til sammen gir informantene derfor et fullstendig bilde av organiseringen sett fra både regionalt og lokalt hold.



Figur 4: Oversikt over informantenes stillinger

For å forstå gevinstrealiseringen slik den praktiseres, undersøkte vi hvordan arbeidet forplanter seg nedover i helseforetakene. Vi intervjuet derfor de resterende ledernivåene som ikke er direkte involvert i gevinstrealiseringsprosjektet (se figur 4); det vil si avdelingssjefer (ledernivå 3) og seksjonsledere (ledernivå 4). Informantene kommer totalt fra fire ulike klinikker, noe som har muliggjort en helhetlig forståelse for klinikkens gevinstrealiseringsarbeid.

De fire ledernivåene kan kategoriseres basert på hvorvidt de har en overvekt av administrative eller kliniske oppgaver. De administrative oppgavene omhandler personal-, økonomi- og fagansvar på de respektive enhetene, mens kliniske oppgaver innebærer pasientbehandling og praktisk medisin. Slik det fremkommer av figur 4 jobber de to øverste ledernivåene hovedsakelig strategisk og administrativt, mens de to nederste har en større andel klinisk arbeid. I denne oppgaven gjøres derfor følgende skille:

- Informanter som hovedsakelig jobber med administrative oppgaver, altså prosjektledelsen og ledernivå 1 og 2, betegnes som en del av “ledelsen”.
- Informanter som har en klinisk rolle, altså ledernivå 3 og 4, betegnes som en del av “helsepersonellet”.

Utvalget av klinikker og informanter ble gjort av våre kontaktpersoner i HMN, basert på deres tilknytning til gevinstrealiseringsarbeidet og deres kapasitet til å delta i studien. Informantene representerer derfor det Bryman (2016) kaller et hensiktsmessig utvalg. Resultatet ble 24 intervjuer som dekker hele lederlinjen, fra øverste hold i HMN til nederste nivå ved St. Olavs hospital (tabell 3).

Rolle	Antall
Prosjekteier HMN	1
Prosjektledelse HMN	2
Direktører / Gevinsteiere	3
Klinikkledere / Gevinstansvarlige	4
Gevinstkoordinatorer	3
Avdelingssjefer	6
Seksjonsledere	5

*Tabell 3: Antall informanter fordelt på roller*

Semistrukturerte intervjuer tar ofte utgangspunkt i en intervjuguide med relativt åpne spørsmål (Bryman, 2016). Vi utarbeidet to intervjuguider, en for ledelsen (vedlegg A) og en for helsepersonellet (vedlegg B), som var strukturert i overordnede temaer med tilhørende spørsmål. Målet var å skape samtaler som kretset rundt forhåndsdefinerte temaer (Tjora, 2021), hvor intervjueren hadde frihet til å endre rekkefølgen på spørsmålene eller følge opp interessante spor underveis (Bryman, 2016). I møte med avdelingssjefer og seksjonsledere opplevde vi imidlertid at informantene hadde lite eller ingen kjennskap til gevinstrealiseringen, og at vi derfor måtte avvike fra intervjuguiden i større grad. Dette førte til relativt frie samtaler rundt innføringen av Helseplattformen og dens forventede effekt.

Intervjuene varte i 30-60 minutter og ble avholdt enten fysisk eller digitalt, alt etter informantens ønske. Samtlige intervjuer begynte med en fem minutters introduksjon hvor vi fortalte kort om oss selv, oppgavens hensikt og intervjuets format. Deretter ønsket vi raskt å avdekke hva informantene visste om gevinstrealisering og gevinstmålene for å kunne styre intervjuene i en hensiktsmessig retning.

Flere avdelinger ved St. Olavs hospital hadde, på tidspunktet intervjuene ble avholdt, besøksforbud på grunn av koronapandemien, og digitale intervjuer gjorde det mulig å inkludere disse i studien. De digitale intervjuene ble avholdt over Teams, et verktøy informantene hadde

kjennskap til og var komfortable med etter to år med mye digitale møter. Til tross for manglende konsensus blant forskere om hvorvidt digitale intervjuer kan erstatte fysiske, viser nyere forskning at digitale videointervjuer er et tilnærmet likeverdig substitutt, som i stor grad gjensker den autentiske opplevelsen av fysiske intervjuer (Engward et al., 2022; Howlett, 2021). Dette er også vår opplevelse etter å ha avholdt både fysiske og digitale intervjuer det siste året. Trolig skyldes dette delvis at intervjuene ikke omhandlet sensitive eller personlige spørsmål, og dermed ikke fordret særlig tillit mellom intervjuer og informant. Vi opplevde at informantene satte pris på valgmuligheten og tror at fleksibiliteten digitale verktøy ga oss, gjorde det lettere å få tilgang til travle informanter.

Avslutningsvis gjennomførte vi to gruppeintervjuer som hadde til hensikt å fungere som informantvalidering (Tjora, 2021). Informantvalidering er en teknikk hvor man gir enkelte informanter muligheten til å validere og gi innspill på analysen før den er ferdig (Bryman, 2016). Vi avholdt først et møte med prosjektledelsen som vi tidligere hadde intervjuet, før vi i andre runde deltok i et møte med 17 gevinstkoordinatorer fra St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag. I begge møtene presenterte vi funnene, før informantene fikk mulighet til å diskutere hvorvidt de kjente seg igjen og hvorfor. Vi opplevde formatet som hensiktsmessig da det ga oss en effektiv måte å verifisere funnene på.

### 3.3.2 Dataanalyse

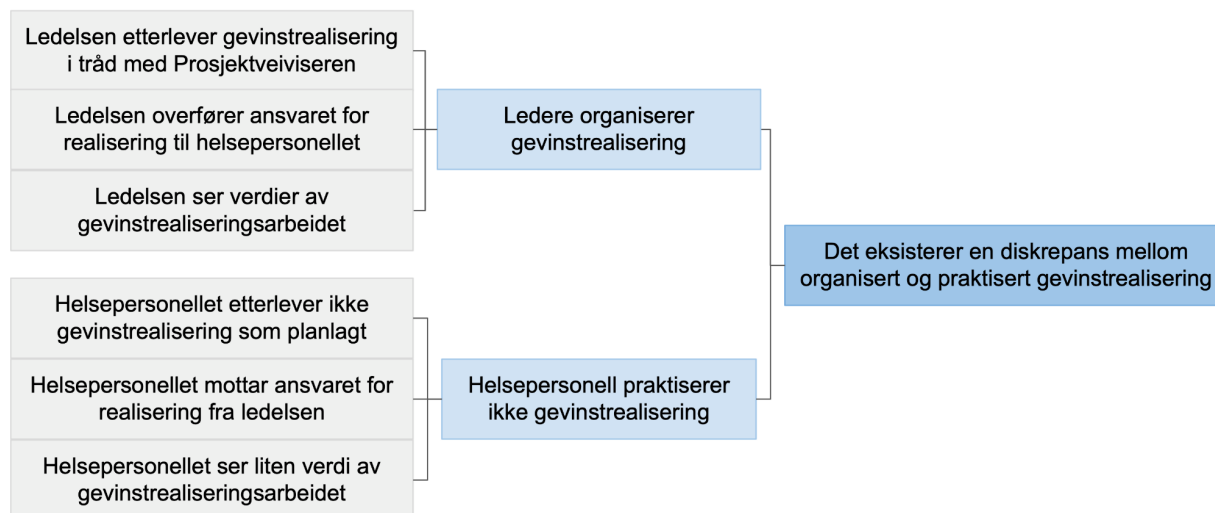
I dette delkapitlet vil det redegjøres for hvordan datamaterialet er analysert med utgangspunkt i metodene til Tjora (2021) og Gioia (2013). I henhold til Tjoras (2021) anbefaling, ble samtlige intervjuer transkribert i forkant av analysen. De fysiske intervjuene ble transkribert manuelt med utgangspunkt i lydopptak, mens vi i de digitale intervjuene benyttet autogenerert transkribering i Teams som senere ble kvalitetssikret. Vi opplevde, som Engward et al. (2022), at dette var svært tidsbesparende.

Vi utførte deretter tekstnær koding av de transkriberte intervjuene, i henhold til Gioia (2013) og Tjora (2021). Denne kodingen ble gjort i dataprogrammet NVivo. Kodene ble i liten grad gjenbrukt fra intervju til intervju, og vi endte derfor opp med 536 tekstnære koder. Tjora (2021)

argumenterer for at et stort antall tekstnære koder utgjør et godt utgangspunkt for den videre analysen da mye av det empiriske innholdet er bevart.

Slik Pettigrew (1990) beskriver, opplevde også vi at det store antallet koder gjorde det vanskelig å se en struktur i dataen. Ved å kategorisere de tekstnære kodene basert på likheter, slik Gioia (2013) og Tjora (2021) beskriver, reduserte vi datamaterialet til en mer håndterlig størrelse og satt til slutt igjen med 25 kodegrupper.

Gruppene ble deretter slått sammen til seks overordnede punkter (vist til venstre i figur 5), og videreutviklet til det Tjora (2021) kaller konsepter (vist i midten av figur 5). Konseptene skal besvare forskningsspørsmålet, og prosessen inkluderte derfor kun relevante kodegrupper. De resterende gruppene er utelatt fra analysen i kapittel 4, men har likevel vært viktige for den helhetlig forståelsen av caset. Det siste nivået i figur 5 oppsummerer funnene og setter retningen for oppgavens teoretiske diskusjonen.



Figur 5: Oversikt over datastrukturen etter analysen

## 3.4 Forskningskvalitet og refleksjoner

I dette delkapitlet vil vi reflektere rundt hvordan våre valg har påvirket forskningskvaliteten. Deretter vil vi diskutere hvordan tidsaspektet påvirker datagrunnlaget og analysen, før vi avslutningsvis begrunner valget om å ikke anonymisere HMN.

Flere kriterier har blitt foreslått for å evaluere kvaliteten på kvalitative studier (Bryman, 2016). Reliabilitet og validitet har lenge stått sterkt innen kvantitativ forskning, men flere (Bryman, 2016; Golafshani, 2003; Tjora, 2021) argumenterer for at disse kriteriene også fungerer godt i kvalitativ forskning. I vår evaluering har vi derfor valgt å benytte intern og ekstern reliabilitet og validitet som kriterier, da dette er begreper mange har et forhold til (Bryman, 2016).

### 3.4.1 Reliabilitet

Ekstern reliabilitet handler om hvorvidt studien kan replikeres av andre forskere på et senere tidspunkt (Bryman, 2016; LeCompte & Goetz, 1982). Kriteriet er vanskelig å oppfylle i kvalitativ forskning da funnene preges av en kontekst i kontinuerlig endring som følgelig er vanskelig, om ikke umulig, å gjenskape (LeCompte & Goetz, 1982). Denne utfordringen er tydelig tilstede også i vår forskning. Helseplattformen er et IKT-systemet av unik karakter, både i omfang og funksjonalitet. I tillegg utgjør koronapandemien en viktig kontekstuell faktor som preger organisasjonens daglige drift og dermed også innføringen av Helseplattformen. Vedlagte intervjuguider, samt gjengivelsen av forskningsmetoden er imidlertid et forsøk på å kompensere for disse faktorene (LeCompte & Goetz, 1982). Ved å være transparente på valgene som er tatt og endringene som er gjort, vil fremtidige forskere få større forståelse for hvordan studien er gjennomført. Det bør likevel poengteres at effekten begrenses av at flere intervjuer, som tidligere nevnt, i stor grad avvek fra intervjuguiden.

Intern reliabilitet handler om hvorvidt forskere tolker datamaterialet likt (Bryman, 2016; LeCompte & Goetz, 1982). Kvalitativ forskning legger til grunn at objektivitet og nøytralitet verken er hensiktsmessig eller mulig da forskerens bakgrunn og erfaring alltid vil prege tolkningen av datamaterialet (Pettigrew, 1990; Stenbacka, 2001). For å styrke den interne reliabiliteten har vi derfor vært to personer på samtlige intervjuer. Dette har gjort det mulig å



diskutere og avstemme vår forståelse av informantenes svar. Vi var imidlertid ofte bare én person som utførte den tekstmære kodingen, noe som kan ha medført en svakhet i den initielle kodingen. Dette har blitt forsøkt korrigerert ved å kode nært informantenes egen terminologi. I den resterende dataanalysen har vi hele veien jobbet tett for å sikre at alle nivåer bygger på en felles forståelse av funnene. Vår bakgrunn fra samme studie har imidlertid gitt oss mange av de samme erfaringene og forutsetningene, noe som kan begrense effekten av å være flere som tolker datamaterialet.

### 3.4.2 Validitet

Intern validitet handler om hvorvidt det er en “logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn, og de spørsmålene man søker svar på” (Tjora, 2021, s. 260). Denne oppgaven benytter hovedsakelig intervjuer til å besvare hvordan gevinstrealisering organiseres og praktiseres. Tjora (2021) argumenterer for at intervjuer kun “kan brukes til å fortelle om hvordan deltakere *tenker om egen praksis og erfarer denne*” (s. 263) og at en undersøkelse av faktisk praksis peker i retning av observasjonsstudier. Observasjonsmetoder har imidlertid ikke vært mulig å gjennomføre grunnet oppgavens tidsramme. I tillegg utgjør gevinstrealisering en svært liten del av informantenes arbeidshverdag og en observasjonsmetode vil følgelig være ineffektiv. Vi mener at informantenes opplevelse av og tanker har tegnet et riktig bilde av den praktiserte gevinstrealisering, noe som i stor grad ble bekreftet under informantvalideringen. Det er likevel viktig å være bevisst at det er informantenes opplevelse og syn på praktisert gevinstrealisering som er undersøkt, og ikke den faktiske gjennomførelsen av aktiviteter.

Ekstern validitet handler om hvorvidt forskningen er generaliserbar eller overførbar til andre kontekster (Bryman, 2016). Kvalitativ forskning er ofte ansett for å ha lav generaliserbarhet ettersom det undersøkte utvalget ikke er statistisk representativt (Bryman, 2016). Flere forskere (for eksempel Williams, 2000, sitert i Bryman, 2016; Eisenhardt, 1989, 2021) argumenterer imidlertid for at kvalitativ forskning har mulighet og grunnlag for å generalisere. Ifølge Eisenhardt (2021), vil teoriene som utvikles gjennom casestudier kunne være relevante langt utenfor den undersøkte konteksten dersom teoriene tar utgangspunkt i nøye utvalgte case og en strukturert teoretisering.

I vårt tilfelle vil funnene fra St. Olavs hospital trolig være relevante på flere nivåer. Mest nærliggende er funnenes relevans for innføringen av Helseplattformen ved de to andre helseforetakene, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Videre er bruken av Prosjektveiviseren, derunder gevinstrealisering, utbredt i offentlig forvaltning som følge av Digitaliseringsdirektoratets anbefaling, som utdypet i del 2.2.2. Det er dermed ikke usannsynlig at man ved innføring av andre IKT-prosjekter i offentlig sektor vil være i situasjoner der funnene fra denne oppgaven kan være relevante. Funnenes generaliserbarhet vil diskuteres ytterligere i delkapittel 5.2.

### 3.4.3 Tidspunktets betydning

Tidsaspektet utgjør en viktig referanseramme for å forstå hvordan endring oppleves og forklares (Pettigrew, 1990). I dette delkapitlet vil vi derfor forsøke å forklare hvordan studiens tidsramme kan ha påvirket datagrunnlaget.

Gevinstrealiseringen tilknyttet Helseplattformen strekker seg over en periode på flere år. Gevinstmålene ble identifisert allerede i 2019, samtidig som flere av gevinstene ikke er planlagt realisert før i 2025. Pettigrew (1990) anbefaler longitudinelle studier for å forske på slike endringsprosesser. Dette er imidlertid ikke gjennomførbart med tidsrammen som ligger til grunn for en masteroppgave.

Vi har derfor benyttet retrospektiv forskning for å få innsikt i det allerede tilbakelagte arbeidet i HMN. Utfordringen med retrospektiv forskning er at minner forandrer seg over tid og påvirker informantens opplevelse av hvordan noe var (Golden, 1997). Til tross for at vi kan slå fast at flere informanter deltok på workshops i forbindelse med utviklingen av gevinstmål i 2019, er det få informanter som med sikkerhet kan huske å ha deltatt. Informantene har følgelig ingen opplevelse av å ha medvirket i prosessen. Disse opplevelsene er trolig farget av tiden som har passert (Golden, 1997), og kanskje ville informantene svart annerledes dersom de ble intervjuet i 2019 .

Helseplattformen var planlagt lansert 1. mai 2022, altså én til to måneder etter at intervjuene ble avholdt. Informantene hadde følgelig et stort fokus på å komme helskinnet gjennom innføringen

og fortalte om en hverdag preget av bemanningsutfordringer og risikohåndtering. På dette tidspunktet hadde mange av informantene fremdeles ikke sett det ferdige systemet. Tidspunktet for intervjuene har derfor trolig påvirket informantenes svar, særlig hva gjelder spørsmål tilknyttet gevinstrealiseringens forventede effekt. Dette har blitt forsøkt hensyntatt ved at disse funnene ikke har fått en sentral plass i analysen, men heller har bidratt til en helhetlig forståelse av caset, i tråd med Eisenhardt (1991).

#### 3.4.4 Anonymisering

Helseplattformen er et unikt referanseprosjekt av offentlig interesse. Ettersom informasjonen i denne oppgaven ikke er sensitiv på makronivå har vi, i samråd med organisasjonen, valgt å verken anonymisere HMN eller Helseplattformen. Dette gjør at oppgaven trolig vil være av høy relevans for fremtidige teknologiinnføringer av samme karakter. Styret i HMN har også vedtatt at det skal jobbes aktivt for å inkludere flere masterstudenter og doktorgradsstipendiater i det fremtidige arbeidet, og vi håper at vårt arbeid kan utgjøre et viktig grunnlag for videre studier. Vi mener derfor at det er både viktig og riktig å ikke anonymisere HMN og Helseplattformen i denne oppgaven.

Samtlige informanter er imidlertid anonymisert ved at personopplysninger er utelatt fra analysen. I tillegg er navn på klinikk, avdeling og seksjon ekskludert da dette ikke er relevant for oppgaven. Ledernivå og stilling har i større grad blitt brukt ettersom funnene indikerer tydelige forskjeller mellom ledernivåenes oppfattelse og etterlevelse av gevinstrealisering og dermed er av betydning for analysen.

## 4 Analyse

I dette kapitlet vil funnene fremstilles og oppgavens forskningsspørsmål besvares. Kapitlet er strukturert i henhold til modellen som sammenfatter datamaterialet, som presentert i figur 5 i delkapittel 3.3.2 Dataanalyse. Følgelig vil gevinstrealiseringen først beskrives fra ledelsens perspektiv i delkapittel 4.1 og deretter fra helsepersonellens perspektiv i delkapittel 4.2. For å tydeliggjøre sammenhengen mellom data og analyse, utgjør de seks kodegruppene fra analysen underoverskriftene i hvert delkapittel. Dette er sammenstilt i tabell 4 som gir en oversikt over kapitlets struktur.

	4.1 Ledelsen...	4.2 Helsepersonellet...
4.x.1	etterlever gevinstrealisering i tråd med Prosjektveiviseren	etterlever ikke gevinstrealisering som planlagt
4.x.2	overfører ansvaret for realisering til helsepersonellet	mottar ansvaret for realisering fra ledelsen
4.x.3	ser verdier av gevinstrealiseringsarbeidet	ser liten verdi av gevinstrealiseringsarbeidet

Tabell 4: Oversikt over analysens struktur

Gevinstrealiseringen i HMN er, i henhold til Prosjektveiviseren, planlagt å gjennomgå fire faser (se figur 6). Når denne oppgaven skrives, er imidlertid Helseplattformen ikke innført, og følgelig er kun de to første fasene gjennomført. Oppgaven vil derfor konsentrere seg om organiseringen og praktiseringen av fase 1, “Identifisere og prioritere gevinster”, og fase 2, “Planlegge og forberede gevinstrealisering”.



Figur 6: Oppgavens fokus på gevinstrealiseringsprosessen i HMN. Inspirert av HMNs gevinstrealiseringsstrategi

## 4.1 Organisert gevinstrealisering









I dette delkapitlet ses gevinstrealiseringen fra ledelsens perspektiv. Dette innebærer prosjekteier og prosjektledere regionalt i HMN, i tillegg til direktører (ledernivå 1) og klinikkledere (ledernivå 2), som alle har roller i gevinstrealiseringsprosjektet. Først vil ledelsens etterlevelse og organisering av gevinstrealiseringen gjennomgås. Deretter redegjøres det for hvordan ledelsen forutsetter at klinikkene tar ansvar for implementeringen av planverket. Avslutningsvis presenteres ledelsens syn på gevinstrealiseringens tilførte verdi.

### 4.1.1 Ledelsen etterlever gevinstrealisering i tråd med Prosjektveiviseren

Den regionale ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet har det overordnede ansvaret for å organisere gevinstrealiseringen. Mer spesifikt omhandler organiseringen utarbeidelse av planverk, gevinstmål og roller. I utførelsen av disse oppgavene har prosjektet bevisst benyttet Digitaliseringsdirektoratets anbefalte rammeverk, Prosjektveiviseren.

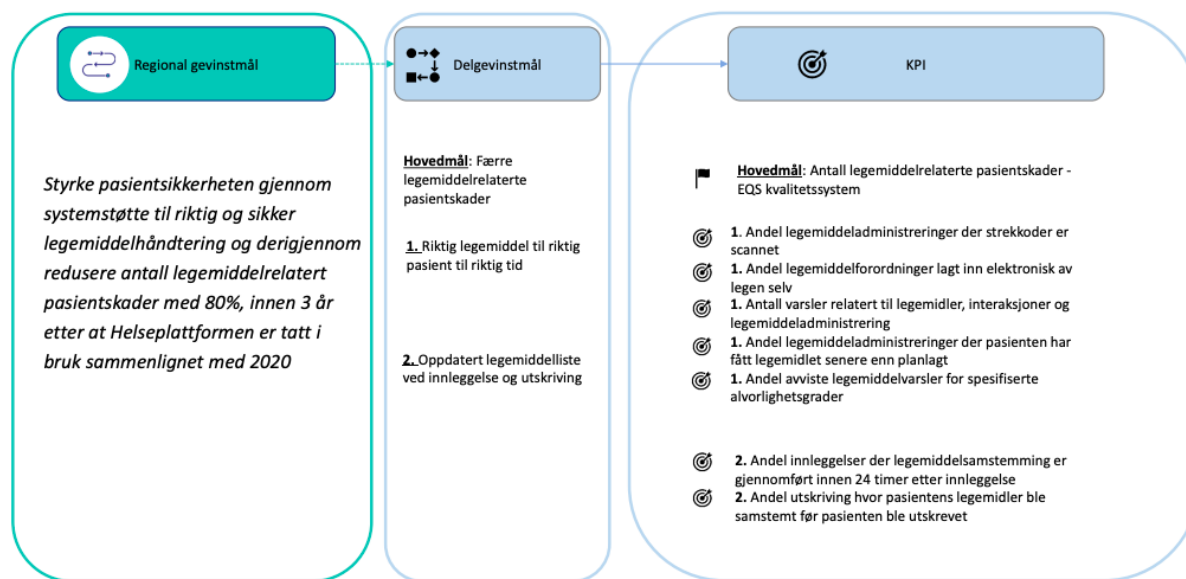
#### Fase 1: Identifisere og prioritere gevinster

Prosessen med å identifisere regionale gevinstmål begynte i 2019 og innebar en bred involvering av ulike interessenter. Omtrent 80 ledere, 200 fageksperter og over 40 brukerrepresentanter bidro til å identifisere 170 unike gevinstforslag gjennom workshops og ledersamlinger. Disse gevinstene ble deretter kategorisert i ulike gevinsttyper, hvor de med størst oppslutning ble utpekt og foreslått som regionale gevinstmål. Resultatet ble de åtte regionale gevinstmålene presentert i tabell 5.

Prioritert område	Gevinstmål
 <i>Pasientmedvirkning</i>	<p>Pasientene skal gjennom pasientportalen oppleve lettere tilgang til egne helseopplysninger, økt mulighet for samvalg, bedre informasjon og opplæring i egenmestring og tilrettelegging for pasientrapporterte resultatmål (PROMS). Dette skal gi økt pasienttilfredshet innen 2 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2020.</p>
 <i>Pasientlogistikk</i>	<p>Standardiserte henvisninger og utskrivningsdokumentasjon skal gi økt kvalitet på prioritering av henvisninger, redusere uønsket variasjon i utfall av prioriteringer og bidra til å redusere antall samhandlingsavvik med over 80%, innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.</p>
 <i>Brukervennlighet for helsepersonell</i>	<p>Helsearbeidere skal oppleve bedre kvalitet og enklere tilgang på helseinformasjon dokumentert gjennom økt score på brukervennlighetsundersøkelse for helsearbeidere, innen 1 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med tilsvarende score i 2020.</p>
 <i>Legemiddelhåndtering</i>	<p>Styrke pasientsikkerheten gjennom systemstøtte til riktig og sikker legemiddelhåndtering og derigjennom redusere antall legemiddelrelaterte pasientskader med 80%, innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2020.</p>
 <i>Medisinsk avstandsoppfølging</i>	<p>Flere pasienter skal gjennom pasientportalen få oppfølging nær hjemmet, herunder økt bruk av videokonsultasjoner, informasjon og opplæring, egenregistrering, og fjernmonitorering. Dette skal bidra til å redusere antall pasientreiser med 30%, innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.</p>
 <i>Avansert bruk av data</i>	<p>Øke effektiviteten og redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen som følge av bedre styringsinformasjon til bruk i forbedringsarbeid og ressursplanlegging gjennom å redusere kostnad per pasient (KPP) for utvalgte pasientgrupper med 20-30%, innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.</p>
 <i>Avansert bruk av data</i>	<p>Økt forskningsaktivitet gjennom systemstøtte til identifisering og rekruttering av pasienter til kliniske studier og derigjennom øke antall nye kliniske studier med minst 10% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.</p>
 <i>Avansert bruk av data</i>	<p>Sikrere, bedre og mer tidseffektiv registrering av data til nasjonale kvalitetsregistre. Dette skal gi en dekningsgrad i registrene på minst 80% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.</p>

Tabell 5: Helse Midt-Norges åtte regionale gevinstmål (Helseplattformen, 2021b)

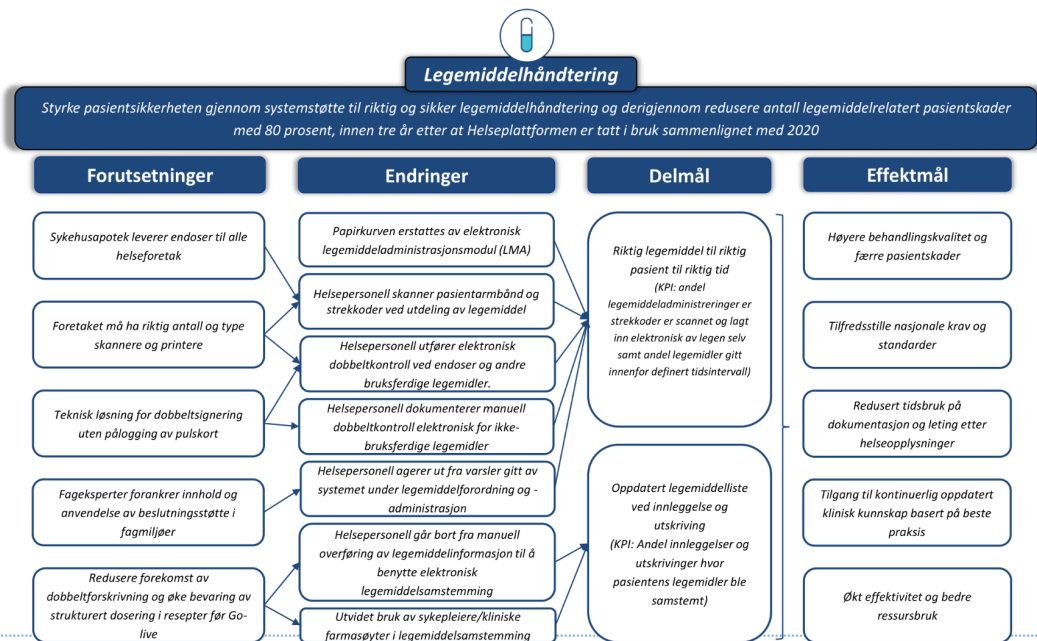
De regionale målene er vedtatt av styret i HMN og er felles for samtlige helseforetak. Hvert gevinstmål er videre brutt ned i delmål med tilhørende måleindikatorer (KPI-er). Et eksempel på en slik oppdeling finnes i figur 7. Prosjektgruppen har koordinert arbeidet med å samle inn klinikkens nullpunktsmålinger tilknyttet hvert delmål, og disse utgjør grunnlaget for videre evaluering.



Figur 7: Eksempel på oppdeling av regionalt gevinstmål. Hentet fra presentasjon holdt av gevinstrealiseringsprosjektet

## Fase 2: Planlegge og forberede gevinstrealisering

På bestilling fra styret i HMN har gevinstrealiseringsprosjektet levert en gevinstrealiseringsstrategi og en regional gevinstrealiseringsplan som sammen utgjør prosjektets viktigste planverk. Gevinstrealiseringsstrategien består i all hovedsak av seks prinsipper som skal ligge til grunn for arbeidet med gevinstrealisering, i tillegg til en overordnet gjennomgang av de fire fasene arbeidet skal gjennomgå (figur 6). Gevinstrealiseringsplanen tar videre for seg hvert av gevinstmålene og de tilhørende forutsetningene som kreves for at gevinstene skal kunne realiseres. Dette er videre illustrert i gevinstkart (se eksempel i figur 8) som viser sammenhengen mellom forutsetninger, endringer, delmål og effektmål.



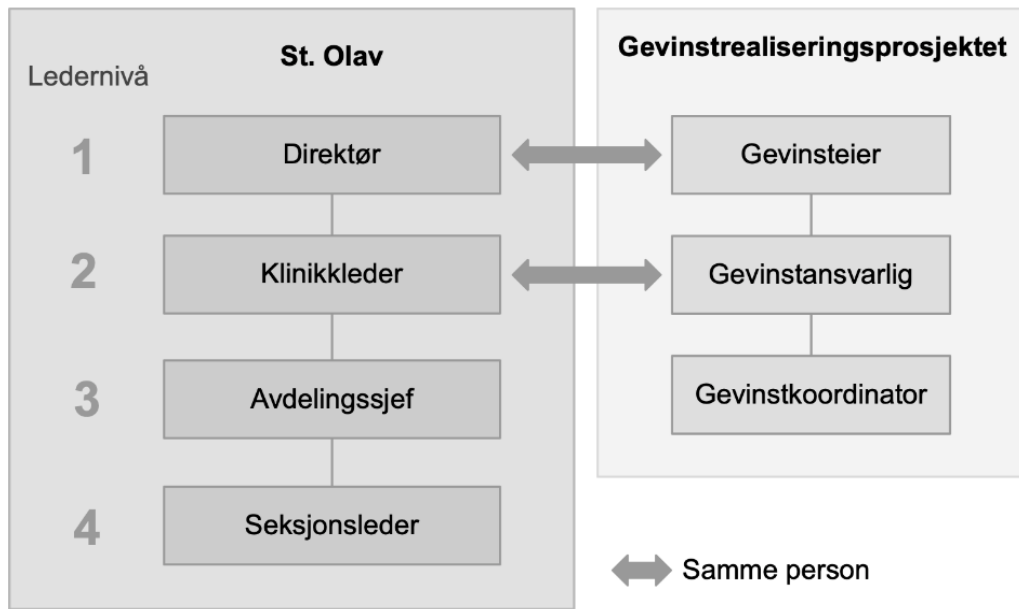
Figur 8: Gevinstkart for gevinstmål vedrørende legemiddelhåndtering. Hentet fra den regionale gevinstrealiseringsplanen

Videre har opprettelsen av nødvendige roller tilknyttet gevinstrealiseringen vært en viktig del av forberedelsene. Resultatet er de tre rollene gevinsteier, gevinstansvarlig og gevinstkoordinator, hvorav de to første springer ut fra Prosjektveiviseren, mens koordinatorrollen er anbefalt av Helseplattformens systemleverandør.

I henhold til Prosjektveiviseren er samtlige roller tildelt sentrale personer i linjeledelsen. Figur 9 viser sammenhengen mellom linjeledelsen ved St. Olav og rollene i gevinstrealiseringsprosjektet. Hvert helseforetak har én gevinsteier som er overordnet ansvarlig for gevinstrealiseringen ved foretaket. Denne rollen er tildelt den av direktørene som leder innføringen av Helseplattformen. Videre har hver klinikk en gevinstansvarlig og en gevinstkoordinator, hvorav førstnevnte innehas av klinikkleder. Klinikklederne mulighet til å prioritere enhetens ressurser og fokusområder gjør dem til en avgjørende ressurs. Dette illustreres gjennom følgende utsagn fra en informant på regionalt nivå:



*Rollen er utrolig viktig, kanskje til og med den aller viktigste. Det er de [klinikklederne] som har makt og myndighet til å iverksette nødvendige tiltak. [...] Det er sjanseløst å komme fra et prosjekt og prøve å påta seg den rollen ettersom man ikke har den nødvendige legitimiteten og autoriteten.*



Figur 9: Sammenhengen mellom linjeledelsen ved St. Olavs hospital og gevinstrealiseringsprosjektet

Gevinstkoordinatoren er videre utpekt av klinikklederen og skal koordinere klinikkenes arbeid, samt gi støtte i gjennomføringen av praktiske tiltak. Ideen bak rollen beskrives på følgende vis av prosjektledelsen:

*Vi ønsket en gevinstkordinator fordi gevinstrealisering krever kontinuerlig innsats og en egen kompetanse vi ikke kan kreve av klinikkleder. [...] Gevinstkordinatoren bør derfor ha en minimumskompetanse om metoden og prosessen.*

Koordinatorrollen er imidlertid besatt av ansatte med svært varierende bakgrunn og arbeidsoppgaver - alt fra økonomisjefer til sykepleiere. Felles for de fleste er at de i utgangspunktet har lite eller ingen erfaring med gevinstrealisering. Dette er forsøkt kompensert for gjennom noe kursing samt et koordinatorknettverk som skal bidra til erfaringsutveksling og læring på tvers av klinikkene og helseforetakene.

### 4.1.2 Ledelsen overfører ansvaret for realisering til helsepersonellet

Til tross for at gevinstmålene og planene er utarbeidet på regionalt nivå, skal gjennomføringen og realiseringen skje lokalt - altså ute i klinikkene. HMNs strategi beror derfor på stor grad av tillit og forutsetter at samtlige ledernivåer jobber mot gevinstmålene. Dette forklares på følgende vis av en informant på regionalt nivå: “Metodikken tar egentlig for gitt at de gevinstansvarlige vil legge ned innsatsen som trengs. Uten dem rakner alt.”

Det er flere årsaker til at store deler av ansvaret hviler på klinikkene og deres ledere. Først og fremst er HMN og de tilhørende helseforetakene store organisasjoner. Som en av informantene på ledernivå 1 poengterer, tar det over to måneder å nå over alle klinikkene med workshops. HMN er dermed avhengige av at klinikkene selv kartlegger og iverksetter nødvendige tiltak. Det er derfor stilt krav til at klinikkene skal opprette en egen gevinst- og handlingsplan tilknyttet innføringen av Helseplattformen. I tillegg poengteres det at den faktiske realiseringen av gevinster vil foregå ute i klinikkene, og at det derfor er her det fulle ansvaret må ligge. En av direktørene utdyper dette på følgende vis: “Vi [toppledelsen] realiserer ingen gevinster. Det er de der ute som realiserer gevinstene og det er derfor de som må eie gevinstene og de tilhørende endringene.”

Gevinstrealiseringen stiller dermed store krav til klinikkens lederlinje. Særlig trekkes ledernivå 4 frem som et avgjørende ledd, grunnet deres nærhet til primær drift. Ledernivå 4 har imidlertid ingen definert rolle tilknyttet gevinstrealiseringen (som vist i figur 9). Deres bidrag fordrer derfor at ledernivå 2 konkretiserer og videreformidler krav og informasjon nedover i klinikken.

### 4.1.3 Ledelsen ser verdier av gevinstrealiseringsarbeidet

På spørsmål om hvorvidt gevinstrealisering tilfører verdi svarer nesten samtlige av informantene fra ledelsen ja. Flere av informantene peker på at målstyringen gevinstrealisering medfører er spesielt verdifull. Gevinstmålene, med tilhørende delmål og måleindikatorer, skal brukes av ledere til å følge opp og måle driften i organisasjonen. Dette perspektivet illustreres gjennom utsagnet til en av informantene: “Målstyringen er det jeg synes er viktigst. Det bidrar til å sette en retning for arbeidet i organisasjonen.”

Informanter på regionalt nivå trekker også frem gevinstrealiseringens helhetlig tilnærming til endring som positivt. Dette forklares med at metodikken sørger for økt bevissthet rundt hva som kreves i innførelsen, og setter den enkelte leder i posisjon til å iverksette tiltak. Arbeidet med gevinstrealisering oppfattes derfor som en modningsprosess som resulterer i bedre forståelse for organisasjonens retning. En av informantene utdyper dette gjennom følgende utsagn:

*Personlig er jeg tilhenger av en mer utvidet forståelse [av formålet]. Identifiserte gevinster kan brukes i motivasjons- og endringsarbeid, i tillegg til at prosessen med å identifisere tiltak balanserer den tradisjonelle, resultatorienterte prosjekttilnærmingen.*

Til tross for at informantene jevnt over ser verdi av arbeidet, er informantene på ledernivå 2 noe mer tilbakeholdne. Skepsisen dreier seg særlig om hvorvidt gevinstrealiseringen oppleves å ha en reell verdi lenger ned i organisasjonen. En av informantene utdyper dette på følgende vis: “Det kompliseres for mye. Jeg tenker at man kunne fått alle til å trekke i samme retning på en enklere, mer lettfattelig måte. Jeg føler at det er veldig mye arbeid for å sette seg noen mål.”

I tillegg poengteres det at gevinstrealiseringen er bestilt av styret i HMN og dermed er et verktøy styret benytter for å sikre uthenting av forespeilede gevinster. En av informantene på øverste nivå setter spørsmålstegn ved hvorvidt denne beslutningen er tilstrekkelig forankret i helseforetakene: “Jeg er litt redd for at vi jobber med en prosess som er initiert av styremedlemmer fra næringslivet og departement, men som toppledelsen egentlig ikke har troen på. Vi gjør jo først og fremst dette fordi styret krever det.”

## 4.2 Praktisert gevinstrealisering

I dette delkapitlet ses gevinstrealiseringen fra helsepersonellens, altså avdelingssjefenes (ledernivå 3) og seksjonsledernes (ledernivå 4), perspektiv. Først vises det hvordan funnene indikerer at gevinstrealiseringen ikke etterleves slik det er planlagt. Deretter redegjøres det for hvordan informantenes mottakelse av metodikken bærer preg av manglende forståelse for

konseptet, lite motiverende mål og manglende kapasitet. Avslutningsvis presenteres informantenes syn på gevinstrealiseringens oppfattede verdi.

#### 4.2.1 Helsepersonellet etterlever ikke gevinstrealisering som planlagt

Som beskrevet i delkapittel 4.1, er prosjektet avhengig av at ledernivå 3 og 4 innfører gevinstrealisering i sine enheter og iverksetter nødvendige tiltak. I dette delkapitlet redegjøres det for hvordan de formelle planene utspiller seg i praksis.

##### Fase 1: Identifisere og prioritere gevinster

Alle ledere til og med ledernivå 3 var invitert til de innledende workshopene som fant sted i 2019. Til tross for dette kan ingen av informantene huske å ha deltatt: “Jeg var sikkert der, men jeg husker ikke alt jeg har vært med på.” Informantene uttrykker også at de på daværende tidspunkt hadde svært lite forståelse for hva Helseplattformen ville innebære, og derfor ikke evnet å bidra i prosessen: “Det var altfor vanskelig å skulle se gevinster av et system jeg ikke kjente. Det er først nå vi begynner å få en fornemmelse av hva Helseplattformen er.”

Videre har klinikkene hatt ansvaret for å identifisere lokale gevinstmål som er unike for deres arbeid. Prosessen ble initiert av gevinstrealiseringsprosjektet for å skape engasjement rundt innføringen av Helseplattformen og gjøre de ansatte bevisst på mulighetene et nytt IKT-system vil gi. De av klinikkene som har definert egne mål forteller imidlertid om utfordringer tilknyttet utvikling av måleindikatorer i Helseplattformen og uthenting av nullpunktsmålinger, noe som har medført at flere av de lokale målene ikke har blitt godkjent som gevinstmål. Generelt synes informantene å betrakte prosessen som et krav ovenfra heller enn en mulighet til å påvirke konfigureringen og innføringen av Helseplattformen.

##### Fase 2: Planlegge og forberede gevinstrealisering

Som en del av forberedelsene har klinikkene selv hatt ansvar for å sette tallfestede ambisjoner på delmålene. Hensikten med dette har, ifølge prosjektledelsen, vært å sikre både realistiske ambisjoner og forankring ute i organisasjonen. Samtlige av de involverte informantene, beskriver imidlertid prosessen ved å stikke en finger i været og gir med det uttrykk for at ambisjonene er lite gjennomtenkt. “Jeg vet ikke om det kan kalles kvalifisert gjetting en gang”, beskriver en av

informantene. Informantene er også tydelig på at ambisjonene er av liten eller ingen praktisk betydning i deres arbeidshverdag. Denne holdningen illustreres gjennom følgende utsagn: “Ambisjonene kommer overhode ikke til å være førende for mitt arbeid som leder”. I en gjennomgang av klinikkens gevinstrealiseringsplaner ble det i tillegg tydelig at ambisjonsnivået jevnt over er lavere enn målene St. Olavs hospital har satt seg. Det er dermed nærliggende å stille spørsmål ved hvorvidt det er realistisk at klinikkene akkumulert kommer til å nå sykehusets overordnede ambisjonsnivå.

Den viktigste delen av planleggingsfasen er utarbeidelsen av klinikkens handlingsplan for innføringen av Helseplattformen. Planen skal i teorien inkorporere tiltakene som kreves for at klinikken skal realisere sine gevinster, og utgjør dermed grunnlaget for de videre fasene. Planene som er gjennomgått fremstår imidlertid kun som en formalitet, og viser i liten grad hvilke konkrete tiltak som må iverksettes. Samtlige informanter uttrykker at gevinstrealiseringsplanene er lite førende for deres arbeid, noe som illustreres gjennom følgende utsagn: “Vi har laget noen planer, men jeg husker ikke hva de sier. De har blitt lagt i en skuff og der skal de forbli.”

Opprettelsen av roller tilknyttet gevinstrealiseringsprosjektet har, som tidligere nevnt, vært et tiltak for å sikre eierskap og forankring nedover i organisasjonen. Innehaverne av disse rollene er imidlertid ikke fritatt fra andre arbeidsoppgaver, og dette resulterer i at arbeidet ofte nedprioriteres, ifølge informanter. Ledernivå 2 er det første leddet som har ansvar for å kommunisere gevinstrealisering nedover i klinikken. Basert på intervjuene ser det ut til at dette gjøres i svært liten grad da nesten ingen informanter på ledernivå 3 og 4 har kjennskap til gevinstmålene.

#### 4.2.2 Helsepersonellet mottar ansvaret for realisering fra ledelsen

At helsepersonellet ikke praktiserer gevinstrealisering indikerer at overføringen til klinikkene ikke er like enkel som lederne og planene gir uttrykk for. Basert på intervjuene synes årsaken å være at konseptet i liten grad appellerer til helsepersonell, samtidig som arbeidet nedprioriteres til fordel for mer kritiske og pasientnære oppgaver.

Informantene uttrykker at de opplever gevinstrealisering som abstrakt og fremmedgjørende, og forklarer det med at økonomi- og ledelsesrelaterte begreper, som gevinstrealisering, er fjernt fra deres kliniske hverdag. Enkelte informanter på ledernivå 2 hevder at bruken av ordet “gevinst” er kontraproduktivt på sykehus da det fører til forvirring og frustrasjon blant deres ansatte. Dette bekreftes av samtlige informanter på ledernivå 3 og 4 som uttrykker at ordet relateres til kostnadskutt og effektivisering, og derfor assosieres med dårligere pasientbehandling: “Når jeg hører ordet gevinst, tenker jeg umiddelbart på økonomiske gevinster og at motivasjonen er å spare penger.” Som en konsekvens oppgir flere informanter på ledernivå 2 at de unngår ordet “gevinst” til fordel for ordet “styrekraft”.

Oppfatningen om at økonomi ligger til grunn for gevinstmålene virker, ifølge informantene, demotiverende på helsepersonell som anser god pasientbehandling for å være det viktigste i sitt arbeid. Flere av informantene understreker derfor at det å jobbe medisinsk forsvarlig vil styre deres arbeid i større grad enn gevinstmålene. Dette synspunktet kommer til uttrykk gjennom følgende utsagn fra en informant på ledernivå 4:

*Jeg forholder meg kun til det som er viktig - om arbeidet er medisinsk forsvarlig, ifølge de nasjonale retningslinjene. [...] Det er kanskje ikke innenfor det ledelsen ved St. Olavs hospital har mål og ambisjoner om, men det er to forskjellige ting.*

I tillegg opplever informantene at gevinstenes måleindikatorer ikke gjenspeiler verdien av deres arbeid. Informantene uttrykker at de forstår gevinstmålenes relevans for innføringen av Helseplattformen, men argumenterer for at de ikke fanger opp de viktigste aspektene ved deres kliniske oppgaver: “Jeg mener at klinikken kan bli mye bedre medisinsk uten at det synes på gevinstmålene.” Dette utdypes ytterligere av en annen informant som omtaler måleindikatorene som “lavthengende frukter det er lett å måle, men som sier lite om hvordan det egentlig går.” Informantene synes imidlertid å ha forståelse for at det er vanskelig å finne gode indikatorer som måler kvaliteten på arbeidet.

Informantene understreker i tillegg at det er vanskelig å måle noe overordnet for samtlige klinikker fordi de er såpass diversifiserte, både på tvers og innad. Som en konsekvens blir måleindikatorne så generelle at de ikke evner å måle det som er interessant:

*Ettersom målene må kunne sammenlignes på tvers av enheter, blir de for generelle. De er ikke overførbare til det som faktisk er viktig: om man driver medisinsk forsvarlig behandling for de pengene man får og om befolkningen er fornøyd.*

Fokuset på god pasientbehandling og ivaretagelse av pasientsikkerheten gjør også at arbeidet med gevinstrealisering synes å bli nedprioritert til fordel for mer kritiske oppgaver. Dette perspektivet preger forberedelsene frem mot innføringen av Helseplattformen, hvor hovedfokuset er at ingen pasienter blir skadelidende. Samtlige informanter fra ledernivå 3 og 4 opplyser at deres fokus nå utelukkende omhandler opplæring og forberedelser for å kunne ta i bruk systemet på en forsvarlig måte. Risikohåndtering ser følgelig ut til å undergrave fokuset på gevinstrealisering. Informantene argumenterer imidlertid for at de heller ikke under normale omstendigheter ville hatt kapasitet til å arbeide med gevinstrealisering: “Vi hadde antageligvis ikke hatt tid til det [å jobbe med gevinstmålene]. Hadde vi fått det i oppgave, hadde jeg sett mørkt på å skulle bruke mye tid på det.”

Flere av informantene gir uttrykk for at det hersker en oppfatning blant helsepersonellet om at gevinster er noe man automatisk vil få når Helseplattformen tas i bruk - ikke noe det må jobbes aktivt for. Med et slikt syn på gevinster, er det vanskelig å overbevise ansatte om å bruke tid på gevinstrealisering. Denne utfordringen ble trukket frem av ledernivå 1:

*De fleste tror at gevinster er noe man får, ikke noe man skaper. Slik er det ikke. [...] I det nye IKT-systemet får du en traktor til å ta opp avlingen din i stedet for okse, men du må stadig ut på jordet selv.*

Under informantvalideringen bekrefter mange gevinstkoordinatorer både ved St. Olavs hospital og i Helse Nord-Trøndelag at utfordringene som presenteres her er gjenkjennbare i deres klinikker.

### 4.2.3 Helsepersonellet ser liten verdi av gevinstrealiseringsarbeidet

Helsepersonellet oppleves langt mer kritiske til verdien av gevinstrealisering enn ledelsen. Generelt sett ser den oppfattede verdien ut til å synke nedover i hierarkiet, og ledernivå 4 har følgelig minst tro på arbeidet.

Informantene fra ledernivå 3 uttrykker en viss forståelse for at det kreves gevinster av investeringen og har derfor tro på at det jobbes strategisk med gevinstrealisering på et høyere nivå. Den opplevde verdien begrenses imidlertid av at arbeidet ikke synes å dryppe nedover i organisasjonen og at den reelle effekten derfor antas å være minimal. En av informantene på ledernivå 3 beskriver dette på følgende vis: “Noen må analysere situasjonen og se de store linjene. Det har jeg veldig tro på. Men så handler det om å få det ned på mitt nivå slik at det kan omsettes til praksis.”

Informantene fra ledernivå 4 er betydelig mer kritisk til gevinstrealiseringens verdi. Dette begrunnes i at det er vanskelig å se verdien av arbeid og mål man har minimal eller ingen kjennskap til:

*Vi vet jo ikke at dette arbeidet pågår for det når ikke ut til oss. Jeg skal ikke si at gevinstrealiseringsarbeidet er forgjeves, men jeg tenker at det må gjennomsyre hele organisasjonen dersom man faktisk ønsker å nå målene.*

Det er likevel verdt å nevne at noen informanter har tro på at gevinstrealiseringen kunne vært mer verdifull dersom helsepersonellet gjennomgående hadde blitt involvert i arbeidet. Dette kommer til uttrykk gjennom følgende sitat:

*I stedet for å sette mål og skyve dem ned på de under seg, burde ledelsen heller sagt: ‘Her er vår visjon. Hvordan skal vi klare det?’ Da kunne vi satt oss ned, diskutert og kommet frem til en plan sammen. Kanskje ville ting da vært annerledes.*

Felles for ledernivå 3 og 4 er oppfatningen om at gevinstrealiseringsarbeidet som gjøres lengre opp i organisasjonen, oppleves å ha liten eller ingen reell effekt ute i klinikkene, og verdien anses



følgelig å være marginal. Videre presiserer flere av informantene at det av gevinstrealiseringen som drypper nedover i organisasjonen hovedsakelig oppleves forstyrrende og unødvendig. En av informantene beskriver arbeidet slik: “Personlig synes jeg at det å fylle ut gevinstmål og skjemaer er bortkastet tid. Vi har andre ting å bruke tiden vår på. På mitt nivå har det ingen hensikt å sitte med det der.” En annen informant svarer følgende på spørsmål om hvorvidt gevinstrealiseringen tilfører verdi: “Nei. Jeg opplever at det gjøres veldig mye papirarbeid og at det bygges et luftslott.”

Under gruppeintervjuet med prosjektledelsen ble det tydelig at selv om disse holdningene ikke er ønskelige er de heller ikke overraskende. Funnene bekrefter informantenes mistanke om manglende eierskap og forståelse ute i klinikkene. Prosjektledelsen er imidlertid tydelig på at de fremdeles er positive til metodikken og at de vil benytte gevinstrealisering også ved neste IKT-prosjekt. Dette begrunnes i at organisasjonen nå gjennomgår en modnings- og læringsprosess, og at arbeidet trolig vil bli lettere neste gang.

## 5 Diskusjon

Kapittel 4 viser at gevinstrealiseringen i HMN, til tross for grundig organisering, ikke praktiseres i klinikkene. Funnene skisserer et skille mellom to hovedgrupper i organisasjonen basert på deres opplevelse og etterlevelse av gevinstrealisering:

- Ledelsen opplever gevinstrealiseringen som hensiktsmessig og etterlever prosjektmetodikken.
- Helsepersonellet opplever ikke gevinstrealiseringen som hensiktsmessig og etterlever ikke prosjektmetodikken.

Diskrepansen mellom organisert og praktisert gevinstrealisering synes altså å være resultatet av en dekobling hvor HMN gir uttrykk for å benytte gevinstrealisering, uten at det implementeres i praksis (Boxenbaum & Jonsson, 2008; Piazza & Abrahamson, 2020).

Delkapittel 5.1 søker å forklare hvorfor gevinstrealiseringen i HMN resulterer i dekobling med utgangspunkt i organisasjonsteori. Det argumenteres for at gevinstrealiseringen har en skyggeside, som i liten grad belyses av Prosjektveiviseren og annen preskriptiv endringslitteratur (som for eksempel Ward & Daniel, 2012). Delkapittel 5.2 drøfter funnenes betydning for fremtidige IKT-prosjekter i norsk offentlig sektor.

### 5.1 Gevinstrealiseringens skyggeside

Preskriptive metoder, som gevinstrealisering, har en tendens til å favorisere lederes perspektiv og interesser og undergrave de øvrige ansattes opplevelse av endringen (Alvesson & Sveningsson, 2008; Sveningsson & Sörgärde, 2020). Flere (Alvesson & Sveningsson, 2008; Dawson, 2003; Pettigrew, 1997) argumenterer for at man derfor bør vektlegge endringsmottakernes perspektiv for å oppnå større forståelse for hvorfor utfallet av en endring ikke blir som foreskrevet. På grunnlag av dette søker delkapitlet å betrakte gevinstrealisering fra både ledelsens og helsepersonellens perspektiv, for å forklare dekoblingen i HMN.

Delkapitlet fokuserer på tre aspekter ved gevinstrealisering der metodikken fremstår fordelaktig for ledelsen, men ugunstig for helsepersonellet. Fra ledelsens perspektiv er gevinstrealisering en metodikk som gir praktisk veiledning, måler prestasjoner og styrer ansatte gjennom endringsprosessen. Fra helsepersonellens ståsted synes derimot gevinstrealisering å være en metodikk av liten praktisk relevans, som måler overfladiske parametre og innskrenker deres autonomi. Gevinstrealisering synes altså å gi praktisk veiledning som ikke har praktisk substans (5.1.1), måle prestasjoner som ikke kan måles (5.1.2) og styre ansatte som ikke bør styres (5.1.3). Disse tre aspektene, her omtalt som gevinstrealiseringens skyggeside, kan bidra til å forklare hvorfor gevinstrealiseringen i HMN er gjenstand for dekobling.

### 5.1.1 Gevinstrealisering gir praktisk veiledning som ikke har praktisk substans

Prosjektveiviseren har, som beskrevet i kapittel 2.2.1, til hensikt å gi organisasjoner praktisk veiledning i styringen av digitaliseringsprosjekt. Til tross for at gevinstrealiseringen i HMN i stor grad baserer seg på Prosjektveiviserens praktiske veiledning, beskriver helsepersonellet gevinstrealiseringen som et abstrakt “luftslott” det er vanskelig å omsette til praksis. Dette delkapitlet problematiserer gevinstrealiseringens preskriptive tilnærming til endring.

Preskriptive endringsmodeller har fått mye kritikk for å gjøre overforenklede antakelser som begrenser modellenes praktiske relevans (Cummings & Worley, 2015; Dawson, 2003; Pettigrew, 2012). I forsøket på å lage universelle oppskrifter, forutsetter modellene at endring kan styres og kontrolleres, samtidig som kontekstens betydning neglisjeres (Alvesson & Sveningsson, 2008; Burnes, 1996; Dawson, 2003; Pettigrew, 2012). Resultatet synes ofte å bli rammeverk og modeller som er så overordnede og simple at de ikke reflekterer mottakerens virkelighet (Alvesson & Sveningsson, 2008), og dermed mister sin praktiske substans (Sveningsson & Sörgärde, 2020). Gjennom forenklingene modellene gjør, reduseres komplekse endringsprosesser til banaliteter som ofte ikke sier annet enn at organisasjoner bør gjøre “mer av det som er bra, og mindre av det som er dårlig” (oversatt fra Alvesson & Sveningsson, 2008, s. 27).

Flere forskere (Alvesson & Sveningsson, 2008; Cummings & Worley, 2015; Dawson, 2003; Mackay & Chia, 2013) argumenterer for at endringsprosesser ikke lar seg kontrollere i den grad planlagte endringsprosesser forutsetter. Planlagt endring kjennetegnes av preskriptive, fasebaserte modeller, hvor intensjonelle intervensjoner bringer organisasjonen fra en stabil tilstand til en annen (Cummings & Worley, 2015). Dette kjennes igjen fra Prosjektveiviseren, hvor spesifikke handlinger og beslutninger flytter prosjekter mellom fem lineære faser. Entydige kausale forhold ligger følgelig til grunn (Mackay & Chia, 2013). Dette kommer særlig til uttrykk gjennom gevinstkartene (se eksempel i figur 8) som illustrerer hvordan komplekse effektmål kan nås gjennom et fåtall forutsetninger og endringer. I tillegg baserer metodikken seg på at gevinster kan måles og dokumenteres; en aktivitet som kun er av verdi dersom effekten ene og alene kan tilskrives endringen organisasjonen har gjennomgått (Breese, 2011). Kausale sammenhenger blir dermed en forutsetning for gevinstrealisering.

Flere forskere (Balogun & Johnson, 2005; Dawson, 2003; Mackay & Chia, 2013) fremhever imidlertid at verden er kompleks, kaotisk og fluktuerende, og at endringsprosesser følgelig ikke er like forutsigbare som modellene forutsetter. Mackay og Chia (2013) argumenterer for at ytre faktorer og tilfeldigheter er vel så avgjørende som strategiske valg, og at endringsprosesser derfor vil ha både planlagte og utilsiktede konsekvenser. Basert på dette, argumenterer de for at ideen om lederes evne til å kontrollere omgivelsene og styre endring, må modereres.

Koronapandemien som traff Norge våren 2020 er et eksempel på en ytre faktor som har påvirket innføringen av Helseplattformen og gevinstrealiseringen. Sprengt kapasitet og høyt sykefravær medførte en uventet belastning på helsesektoren (Thobroe & Sørbø, 2022) og kan bidra til å forklare hvorfor gevinstrealisering ikke ble prioritert som planlagt i en lengre periode. Pandemien har også hatt direkte effekt på enkelte av gevinstmålene og delmålene HMN har definert. Grunnet pandemien skjøt andelen videokonsultasjoner i været (Helse Midt-Norge, 2022a), og flere klinikker har nådd sitt ambisjonsnivå tilknyttet digitale konsultasjoner, uten å ha tatt i bruk Helseplattformen. Dette illustrer hvordan kausalitetsforhold ofte er langt mer kompliserte enn gevinstrealiseringen tar høyde for (Breese, 2011), og kan bidra til å forklare hvorfor gevinstrealiseringen fremstår vanskelig å praktisere i primær drift.

Preskriptive endringsmodeller kritiseres videre for å neglisjere kontekstens betydning (Balogun & Johnson, 2005; Cummings & Worley, 2015; Dawson, 2003; Pettigrew, 1987, 2012; Sveningsson & Sörgärde, 2020). Troen på at det er mulig å formulere universelle oppskrifter, trivialisere betydningen av organisasjoners kulturelle, politiske og historiske aspekter (Cummings & Worley, 2015; Dawson, 2014) - faktorer som Balogun og Johnson (2005) og Pettigrew (1987) mener er essensielle for å forstå og forklare endring. Resultatet er et harmonisk og til dels naivt syn på endring, som ignorerer interessekonflikter og maktkamper, og antar at det er mulig å oppnå stabilitet og politisk enighet i organisasjoner (Sveningsson & Sörgärde, 2020).

Dette konsensusorienterte fokuset er en bærebjelke i HMNs gevinstrealisering. Regionale gevinstmål forutsetter at det er mulig å definere gevinster som alle i, og delvis også utenfor, organisasjonen ønsker å jobbe mot. Flere (Breese, 2011; Casey et al., 2015) er imidlertid kritiske til denne forutsetningen og poengterer at gevinster ofte er svært subjektive. Funnene fra HMN viser at de regionale gevinstmålene ikke har fått den oppslutningen ledelsen håpet på. Dette kan indikere at gevinstrealisering, som andre preskriptive endringsmodeller, undervurderer meningsmangfoldet blant interessentene og overvurderer helsepersonellens vilje til å jobbe mot felles, regionale gevinstmål.

Kontekstens betydning er generelt lite vektlagt i Prosjektveiviseren. Digitaliseringsdirektoratet (2021) skriver i introduksjonen at veiviseren er “en prosjektmodell for styring av digitaliseringsprosjekter i offentlige virksomheter”, og gjør med det en avgrensning hva gjelder både prosjekttype og sektor. IKT-prosjekter i offentlige virksomheter dekker imidlertid fortsatt et bredt spekter med svært forskjellige rammer, forutsetninger og utfordringer. I den ene enden finner vi Helseplattformen; en endring som vil ramme 40 000 ansatte i midtnorsk helsesektor og 720 000 innbyggere (Helseplattformen, 2022). I den andre enden finner vi utviklingen av en kunstbase, kalt Primus, som støtter forvaltningen av Trondheim kommunes kunstsamling (KulturIT, u.å.; Woll, 2019). Utover det faktum at begge prosjektene er digitaliseringsprosjekter i Trøndelag, har de lite til felles hva gjelder omfang og virksomhet. Prosjektveiviseren anerkjenner denne svakheten ved å poengtere at det kun er en modell for overordnet styring (Digitaliseringsdirektoratet, 2021), og at modellen derfor må tilpasses virksomheten og det

enkelte prosjektets bruk (Digitaliseringsdirektoratet, 2019b). Behovet for store tilpasninger gjør imidlertid at man kan sette spørsmålstegn ved rammeverkets egentlige nytteverdi.

Forenklingene som ligger til grunn for endringsmodellene kan bidra til å forklare de ulike oppfatningene av gevinstrealiseringens tilførte verdi. Fra helsepersonellens perspektiv må gevinstrealisering, til tross for å være en praktisk veileder, fortsatt oversettes og konkretiseres for å kunne omsettes til praksis. Dette kan forstås som en konsekvens av at gevinstrealiseringen neglisjerer kontekstuelle faktorer (Alvesson & Sveningsson, 2008; Balogun & Johnson, 2005; Dawson, 2014; Pettigrew, 1987) og følgelig reflekterer helsepersonellens virkelighet i for liten grad. Forenklingene virker imidlertid kun å gjøre de mer attraktive for toppledere og politikere (Alvesson & Sveningsson, 2008; Cummings & Worley, 2015; Eccles & Nohria, 1992; Sveningsson & Sörgärde, 2020). Med klare faser og aktiviteter synes rammeverket å tilby en enkel og effektiv løsning på det som i årtier har vært en stor utfordring for mange organisasjoner (Hirschheim & Klein, 2012) - å realisere forventede gevinster fra offentlige IKT-prosjekter (Nørve, 2012).

Prosjektveiviseren og gevinstrealisering utgjør dermed en tiltalende løsning på et vanskelig problem, og appellerer følgelig til toppledere og politikere til tross for omfattende kritikk. Funnene i HMN indikerer imidlertid at det er hold i kritikken, og at Prosjektveiviseren overvurderer muligheten for å kontrollere endring, samtidig som den undervurderer kontekstuelle faktorer som preger ethvert endringsinitiativ. Resultatet er at HMN-ledelsen lener seg på en praktisk veileder som gjør så store forenklinger at den mister sin praktiske relevans, og dermed ikke etterlevs til tross for grundig organisering.

### 5.1.2 Gevinstrealisering måler prestasjoner som ikke kan måles

Gevinstmål og delmål med tilhørende nullpunkt og ambisjoner utgjør, som diskutert i kapittel 4, kjernen i HMNs gevinstrealisering, og flere informanter fra ledelsen anser denne prestasjonsmålingen som hovedformålet med metodikken. Helsepersonellet gir derimot uttrykk for at gevinstmålene og de tilhørende indikatorene i liten grad reflekterer kvaliteten på arbeidet deres. Dette delkapitlet problematiserer gevinstrealiseringens tendens til å måle prestasjoner det er krevende å måle.

Måling og dokumentering av prestasjoner i profesjonelle byråkratier kritiseres av flere forskere. Ifølge Mintzberg (1979) og flere (f.eks. Abernethy & Stoelwinder, 1990; Christensen et al., 2021), er spesialisters arbeid av så kompleks karakter at det i praksis ikke kan måles og vurderes tilstrekkelig av andre enn eksperten selv. Utfordringen ligger, som Østergren (2006) beskriver, i å utforme prestasjonsmål som måler kvaliteten på det medisinske arbeidet. Den samme utfordringen skildres av en informant i HMN som etterlyser objektive og hensiktsmessige prestasjonsparametere for klinikken, men tviler på at dette vil være mulig å lage.

Dersom man likevel forsøker å måle prestasjonene til en spesialist, ender man ofte med ufullstendige parametere, som utelater viktige prestasjonsdimensjoner og ikke er konsistente med organisasjonens overordnede mål (Siverbo et al., 2019). Dette kan forklare informantenes påstander om at bedre pasientbehandling ikke vil gi utslag på prestasjonsparametere, og at gevinstmålene derfor er av liten relevans for deres arbeid. I forsøket på å dokumentere kvaliteten i helsepersonellens arbeid, ender man derfor opp med å måle overfladiske parametere (Siverbo et al., 2019; Østergren, 2006) som eksempelvis epikrise- og liggetid, eller det en informant beskriver som “lavhengende frukter det er lett å måle, men som sier lite om hvordan det egentlig går.”

Tidligere forskning (Abernethy & Stoelwinder, 1990; Mintzberg, 1979) taler altså for at det er lite hensiktsmessig å måle effekter av endringstiltak blant helsepersonell. Likevel legger HMN-ledelsen opp til dette i stor skala, gjennom gevinstmål med tilhørende KPI-er og jevnlig rapportering. Rasjonale for prestasjonsmåling i sykehus er ofte uklart da spesialistene i utgangspunktet har utdanning og sertifisering som er ment å garantere faglig kvalitet i arbeidet (Mintzberg, 1979; Østergren, 2006). Hvorfor skal prestasjonene til helsepersonell måles og dokumenteres når de selv hevder at det ikke gir en reell indikasjon på den faglige kvaliteten?

En rekke forskere (Chang, 2015; Modell, 2009; Østergren, 2006) peker på at prestasjonsmåling i stor grad er et uttrykk for politikere og lederes behov for å realisere egne interesser. Offentlige organisasjoner er avhengige av å levere informasjon om prestasjoner for å opprettholde legitimitet (Modell, 2009). Ledelsen må levere prestasjonsdokumentasjon til staten, som igjen

må legitimere seg overfor velgere (Chang, 2015; Christensen et al., 2021). I flere tilfeller kan dette behovet for legitimering gjennom prestasjonsdokumentering hos *politikere og ledelse*, overskygge *organisasjonens* behov (Modell, 2009). I slike tilfeller benyttes ikke prestasjonsmåling som en nøytral og rasjonell mekanisme for å bedre primær drift, men for å utad skape en forestilling av at organisasjonen styres effektivt (Chang, 2015; Modell, 2009).

Politikere og leders tilbøyelighet til å prioritere egeninteresser som legitimering over primær drift kan også delvis forklares i ansvarsforholdet mellom nivåene i offentlig sektor. Som nevnt i delkapittel 2.2.1, står ledelsen i offentlige organisasjoner til ansvar overfor staten. Prestasjonsmål blir i dette forholdet en indikator på hvorvidt ledelsen lever opp til ansvaret (Bovens et al., 2008; Chang, 2015). Politikerne kan, med andre ord, ikke si noe om hvor godt ledelsen styrer primær drift med mindre det foreligger dokumentasjon av prestasjonene. Måling og dokumentering av prestasjoner tilknyttet gevinstmålene i HMN, kan dermed ha verdi for politikere og ledere, uavhengig av hvorvidt den reelle kvaliteten på helsepersonellens arbeid fanges opp.

Når HMN-ledelsen definerer gevinstmål og måleindikatorer kan det derfor tidvis virke som at de forveksler hva som er målet og hva som er middelet. Mål-middel-forveksling er en typisk tendens i situasjoner der ledelsen retter krav mot spesialistene i profesjonelle byråkratier (Mintzberg, 1979) og generelt ved måling av prestasjoner (Christensen et al., 2021; Siverbo et al., 2019). Det overordnede *målet* er bedre pasientbehandling og effektiv bruk av IKT-systemet er *middelet*. Gevinstene HMN har definert ser imidlertid ut til å indikere helsepersonellens bruk av IKT-systemet, altså middelet, heller enn det overordnede målet om bedre pasientbehandling. Ved å rette fokus mot gevinstene risikerer dermed HMN-ledelsen at effektiv bruk av IKT-systemet fremstår viktigere for dem enn god pasientbehandling. Denne mål-middel-forvekslingen kan forklare hvorfor informanter anser ledelsens gevinster som irrelevante og i all hovedsak forholder seg til det de opplever som det egentlige målet – forsvarlig pasientbehandling i henhold til nasjonale retningslinjer.

Det kan altså argumenteres for at politikere og sykehusledelsen har sterke insentiver for å innføre gevinstrealisering og prestasjonsmåling, til tross for at anerkjent forskning og flere informanter fra HMN hevder det ikke gir en reell indikasjon på kvaliteten i arbeidet eller organisasjonens



suksess. Det kan virke som at HMN-ledelsen presses inn i en paradoksal situasjon: På den ene siden trenger organisasjonen prestasjonsmålinger for å legitimere seg overfor staten (Modell, 2009). På den andre siden kan ikke den reelle kvaliteten i arbeidet måles tilstrekkelig (Mintzberg, 1979; Østergren, 2006). Det at gevinstrealiseringen i HMN blir grundig organisert, men ikke praktisert, kan forstås som et uheldig biprodukt av ledelsens forsøk på å håndtere dette paradokset.

### 5.1.3 Gevinstrealisering styrer ansatte som ikke bør styres

Gjennom opprettelsen av roller, planer, målinger og rapporteringer, forsøker HMN-ledelsen å sikre at helsepersonellet jobber aktivt for å realisere gevinster. Helsepersonellet uttrykker imidlertid at gevinstrealiseringen oppleves forstyrrende for den primære driften, og at de heller forholder seg til nasjonale retningslinjer. Dette delkapitlet problematiserer gevinstrealiseringens tendens til å styre ansatte ved bruk av byråkratiske metoder.

Spesialister i profesjonelle byråkratier har, som diskutert i delkapittel 2.2.2, behov for stor grad av autonomi (Doolin, 2002; Mintzberg, 1979; Petrakaki et al., 2014), og en rekke forskere (Abernethy & Stoelwinder, 1990; Andreasson et al., 2018; Darr et al., 2003) poengterer at ledelsen følgelig ikke bør stille for inngripende krav til helsepersonell. Dersom helsepersonell opplever ledelsens endringstiltak som inngripende i deres arbeid, velger de typisk å forkaste endringen (Andreasson et al., 2018; Darr et al., 2003). Mintzberg (1979) argumenterer imidlertid for at det må føres en viss finansiell kontroll for å forhindre uansvarlig opptreden. Politikere og ledere synes altså å måtte ta stilling til hvor sterk styring som er hensiktsmessig. Som Christensen et al. (2021) og Mintzberg (1979) antyder, handler det om å finne et balansepunkt. På den ene siden vil politikerne og HMN-ledelsen ha tilstrekkelig kontroll over at forespeilede gevinster realiseres. På den andre siden må styringen ikke bli for inngripende for å unngå at helsepersonellet motsetter seg endringsforslaget.

Innføringen av gevinstrealisering i HMN kan forstås som et betydelig skritt forbi Mintzbergs (1979) minimumsnivå av finansiell kontroll. Da staten utformet Prosjektveiviseren og anbefalte gevinstrealisering var det i stor grad økonomisk motivert ettersom målet var å sikre forsvarlig bruk av bevilgede midler i offentlige organisasjoner (Bøgh et al., 2019). Gevinstrealisering er

imidlertid, som beskrevet av Flak et al. (2012, s. 19), “noe mer enn initielle kost-nytteberegninger [...] og evaluering i etterkant av et prosjekt”. Det innebærer aktiv ledelse, endrede arbeidsprosesser og et kontinuerlig fokus på organisasjonsutvikling (Flak et al., 2012; Ward & Daniel, 2012).

Gevinstrealiseringsmetodikken kan forstås som en nokså inngripende form for styring. Et hierarki av roller, bestående av gevinsteiere, gevinstansvarlige og gevinstkoordinatorer, skal gjennom strategier og planer på ulike nivå foreskrive hva helsepersonellet må gjøre for å nå gevinstmålene. I tillegg overvåkes utviklingen gjennom jevnlig målinger og rapporter oppover i hierarkiet. På denne måten forsøker HMN-ledelsen å styre helsepersonellet og holde oversikt over hvorvidt gevinstene realiseres. Med karakteristikk som hierarkisk kontrollering og krav om dokumentering og rapportering for å sikre innflytelse ovenfra (Serpa & Ferreira, 2019; Weber, 2000), kan det argumenteres for at gevinstrealisering bærer et tydelig byråkratisk preg.

Byråkratiet er tungt kritisert for å blant annet innsnevre ansattes autonomi og begrense initiativ på individnivå (Byrkjeflot, 2014). Myndighetene har følgelig økt fokuset på å tone ned byråkratiske styreformer i offentlig sektor det siste tiåret (Byrkjeflot, 2014). “Den vet best hvor skoen trykker som har den på” (s. 3), proklamerte Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2016 med formaninger om at mindre detaljstyring i offentlig sektor medfører at ansatte “selv kan prioritere hvordan de vil nå sine mål” (s. 3). I den sammenheng fremheves *avbyråkratisering* som en nøkkelfaktor for å “forenkle, fornye og forbedre offentlig sektor” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 3). Denne visjonen synes imidlertid ikke å resonnerer med regjeringens anbefaling om at alle offentlige virksomheter skal bruke gevinstrealisering, et konsept som i praksis kan forstås som *byråkratisering* av verdiutnyttelsen i IKT-prosjekter. I et uttalt forsøk på å avskaffe byråkratiske styreformer, anbefaler altså staten en prosjektmetodikk med tydelige byråkratiske elementer. Denne tendensen betegnes ofte som *neo- eller nybyråkratisering* (Vento & Kuokkanen, 2020) og er utbredt i norsk offentlig sektor, ifølge Holmemo (2017).

En informant i HMN uttrykker at ledelsen kanskje kunne engasjert helsepersonellet dersom de hadde involverte dem i organiseringen i stedet for “å sette mål og skyve dem ned på dem under seg”. Et problem med å tildele helsepersonellet stor grad av makt og handlefrihet i endringsprosessen, slik informantene foreslår, er at risikoen for at endringen ikke blir som ledelsen hadde forespeilet øker. Denne risikoen ved tildeling av autonomi, er selve roten til at ledelsen tyr til nybyråkratiske prosjektmetodikker, ifølge Hodgson (2004). Til tross for at byråkratiet er sterkt kritisert, er det ikke til å komme utenom at det minimerer friksjon mellom ulike interessenter internt i organisasjonen (Weber, 2000) og betegnes som “den beste garantist for effektivitet, [...] og forutsigbarhet” (Byrkjeflot, 2014). Dette er karakteristikk som kan gjøre byråkratiserende prosjektmetodikker, som gevinstrealisering, attraktive fra ledelsens perspektiv, men ikke nødvendigvis fra de ansattes.

Edwards og Nielsen (2020) hevder at ledelsen bør finne en middelvei ved å definere en tydelig retning for endringsprosessen, men gi de ansatte full autonomi i gjennomføringen. På overflaten kan det synes som at gevinstrealisering følger denne modellen, for eksempel ved å involvere alle interessentgrupper i utformingen av gevinstmål. Likevel opplever ansatte at målene settes av ledelsen og “skyves” nedover. Dette kommer tydelig til uttrykk i HMN-ledelsens omformulering av “gevinst” til “styrekraav”. Arbeidet med å realisere gevinstene kan altså forstås som noe styret krever av helsepersonellet, snarere enn noe som gagnar de ansatte direkte. Gevinstrealisering synes altså i teorien å legge opp til middelveien Edwards og Nielsen (2020) referer til, men ender i praksis opp med å håndheve styrekraav etter byråkratiske prinsipper. Denne tendensen påpekes også av Holmemo et al. (2016), som problematiserer at endringskonsepter gjerne har en “aura” av involvering og medbestemmelse, men i realiteten har en kontrollerende ovenfra-og-ned-tilnærming.

I koordineringen av helsepersonellet står ledelsen altså overfor et balansepunkt: På den ene siden må helsepersonellet underlegges en viss grad av finansiell kontroll for å hindre uansvarlig opptreden (Mintzberg, 1979). På den andre siden må ikke styringen bli så sterk (Abernethy & Stoelwinder, 1990) at helsepersonell motsetter seg endringstiltaket (Andreasson et al., 2018; Darr et al., 2003). I forsøket på å treffe balansepunktet mellom autonomi og kontroll, velger ledelsen gevinstrealisering, en prosjektmetodikk med tydelige byråkratiske trekk. Kanskje vil

gevinstrealisering, som setter ansattes utnyttelse av IKT i byråkratisk system, i for stor grad gå på kompromiss med helsepersonellens autonomi, og kanskje kan dette forklare hvorfor gevinstrealiseringen i HMN ender i dekobling.

## 5.2 I lys av gevinstrealiseringens skyggeside - mot bedre IKT-prosjekter i offentlig sektor

Delkapittel 5.1 har, med utgangspunkt i organisasjonsteori, drøftet tre aspekter ved gevinstrealiseringsmetodikken som synes å gjøre den mer gunstig for ledelsen enn for helsepersonellet. Dette kan forklare hvorfor ledelsen velger å organisere for metodikken, mens helsepersonellet velger å ikke praktisere den. Tabell 6 sammenstiller hovedpoengene fra delkapittel 5.1 og gir dermed en oversikt over gevinstrealiseringens skyggeside.

Gevinstrealisering...		
5.1.1	<i>Gir praktisk veiledning som ikke har praktisk substans</i>	Fremstår som en effektiv praktisk veileder for <b>ledelsen</b> , men er krevende for <b>helsepersonellet</b> å omsette til praksis
5.1.2	<i>Måler prestasjoner som ikke kan måles</i>	Tjener <b>ledelsens</b> behov for å måle og dokumentere prestasjoner, men måler, ifølge <b>helsepersonellet</b> , kun overfladiske parametre
5.1.3	<i>Styrer ansatte som ikke bør styres</i>	Hjelper <b>ledelsen</b> å kontrollere endringsprosessen, men innskrenker autonomien til <b>helsepersonellet</b>

Tabell 6: *Gevinstrealiseringens skyggeside. Tre aspekter ved gevinstrealisering der metodikken fremstår fordelaktig for ledelsen, men ugunstig for helsepersonellet*

Det synes imidlertid lite konstruktivt å belyse gevinstrealiseringens skyggeside uten å reflektere over hvordan funnene kan bidra til bedre IKT-prosjekter i offentlig sektor. Dette delkapitlet vil derfor først diskutere hvorvidt funnene i HMN kan være relevante for andre organisasjoner. Deretter reflekteres det rundt hvilken betydning funnene kan ha for statens anbefaling og for gevinstrealiseringsmetodikken.

### 5.2.1 Funnenes relevans for offentlig sektor

Ettersom regjeringens anbefaling om gevinstrealisering går ut til alle offentlige virksomheter (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022), er det risikabelt å anta at gevinstrealiseringens skyggeside ikke er gjeldende utenfor HMN. Funnene i HMN synes dessuten å resonnerer med etablert litteratur, som, ifølge Eisenhardt (1989, 2021), bidrar til å styrke den eksterne validiteten. Det påfølgende avsnittet vil forsøke å argumentere for hvorfor hver av de tre hovedpoengene fra delkapitlene 5.1.1-3, kan være relevante for andre offentlige virksomheter ved bruk av gevinstrealisering.

For det første har offentlig sektor mangel på kompetanse og ferdigheter innen prosjektstyring generelt (Nørve, 2012) og gevinstrealisering spesielt (Flak et al., 2012). Når utfordringene med å omsette preskriptive rammeverk til handling i tillegg er grundig dokumentert i litteraturen (Alvesson & Sveningsson, 2008; Cummings & Worley, 2015; Pettigrew, 1997; Sveningsson & Sörgärde, 2020), synes det nærliggende at flere enn HMN vil oppleve gevinstrealisering som en praktiske veileder uten praktisk substans (jamfør 5.1.1). For det andre har offentlige IKT-prosjekter ofte til hensikt å realisere kvalitetsgevinster (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2014), som raskere service eller bedre helsetjenester (Flak et al., 2012). Når tidligere forskning i tillegg viser at det er utfordrende å finne gode måleindikatorer for kvalitetsmål (Breese, 2011), er det sannsynlig at også andre offentlige virksomheter vil forsøke å måle prestasjoner som ikke kan måles (jamfør 5.1.2). For det tredje er en stor andel av ansatte i offentlig sektor høyt utdannet (Regional analyse, 2021). Når tidligere forskning i tillegg viser at spesialister bør ha stor grad av autonomi i sitt arbeid (Mintzberg, 1979), synes det nærliggende at også andre offentlige organisasjoner, ved bruk av gevinstrealisering, kan risikere å styre ansatte som ikke bør styres (jamfør 5.1.3).

Ifølge Eisenhardt (2021), er det viktig at forskere forsøker å definere noen grensebetingelser for hvem oppgavens implikasjoner berører. I avsnittet over argumenteres det for at funnene fra oppgaven trolig ikke er unike for HMN, men også vil være gjeldende for andre deler av offentlig sektor. Særlig nærliggende er det å anta at funnene kan generaliseres til andre profesjonelle byråkratier, hvor en høyt utdannet stab utfører arbeid av kompleks karakter (Mintzberg, 1979) og dermed har mange av de samme karakteristikkene som HMN. Det utelukkes imidlertid ikke at

funnene også kan være relevante for virksomheter utenfor de foreslåtte grensebetingelsene, men dette bør i større grad etterprøves ved videre forskning.

### 5.2.2 Funnenes relevans for fremtidige IKT-prosjekter

Delkapittel 5.1 kritiserer gevinstrealiseringsmetodikken på tre punkter. Mer spesifikt argumenteres det for at helsepersonellet motsetter seg gevinstrealisering fordi metodikken gir praktisk veiledning som er utfordrende å omsette til handling (5.1.1), måler parametere som ikke gir reell indikasjon på kvaliteten i arbeidet (5.1.2) og har byråkratiske elementer som innskrenker deres autonomi (5.1.3). Delkapittel 5.1 argumenterer følgelig for at gevinstrealisering i større grad bør vektlegge spesialistenes perspektiv. De påfølgende avsnittene drøfter hvordan denne kritikken kan tolkes på en konstruktiv måte, før det antydes hvordan den kan bidra til bedre praksis og teori.

Andreasson et al. (2018) og Mintzberg (1979) argumenterer, i likhet med delkapitlene 5.1.1-3, for at ledelsen i profesjonelle byråkratier i større grad bør anerkjenne og vektlegge spesialistenes perspektiv. De fremmer et ideal, der behovet for endring stammer fra spesialistene og der initiativene forplanter seg nedenfra-og-opp i organisasjonen. Med utgangspunkt i dette idealet blir det nærliggende å kritisere gevinstrealisering: en prosjektmetodikk som initieres av ledelsen, innføres ovenfra-og-ned og bærer et tydelig byråkratisk preg.

Ifølge Byrkjeflot (2014), er imidlertid byråkratiske styreformer så lett å kritisere at de fungerer som “en slags boksesekk som man kan denge løs på for å få utløp for sin frustrasjon over det ene og det andre”. Dette resonnerer med Eccles og Nohria (1992) som påpeker at kritikere i flere tiår har talt for desentralisering av makt, større autonomi til individene og større utnyttelse av deres ferdigheter og kunnskaper. Det kan nesten virke som at kritikken av byråkratiske styreformer mangler motstand (Byrkjeflot, 2014). Dette kan kanskje forklares i at intervensjoner som vektlegger involvering og medbestemmelse, ofte har en sterkere retorisk appell enn de som forfekter sterk styring ovenfra-og-ned (Eccles & Nohria, 1992; Holmemo et al., 2016).

Kritikken som rettes mot byråkratiske styreformer, som gevinstrealisering, peker ofte i retning av “en organisasjon der alle tar ansvar for fellesskapets suksess” (Heckscher, 1994, s. 24). Forestillingen om denne typen styreformer er imidlertid utopisk, ifølge Hodgson (2004), fordi det innebærer for stor risiko å skulle overlate det fulle ansvaret for organisasjonens utvikling i hendene til den enkelte ansatte. Dessuten er intervensjoner som vektlegger stor grad av involvering betydelig mer tid- og ressurskrevende (Holmemo et al., 2016). Dette er problematisk i offentlig sektor, som allerede er presset på tid og ressurser. Det synes altså å være lettere å kritisere gevinstrealisering for å i for liten grad vektlegge spesialistenes perspektiv, enn å komme opp med et bedre alternativ.

Kritikken som rettes mot gevinstrealisering i 5.1 må ikke forstås som et forsøk på å “denge en forsvarsløs boksesekk” til fordel for et “utopisk” alternativ. Oppgavens hensikt er altså ikke nødvendigvis å avskaffe metodikken, men snarere å bygge videre på eksisterende gevinstrealiseringspraksis og -teori. Resten av kapitlet drøfter derfor implikasjoner for statens anbefaling og for metodikken.

### Implikasjoner for statens anbefaling

I lys av funnene fra HMN er det nærliggende å stille seg kritisk til statens anbefaling av gevinstrealisering til alle offentlige organisasjoner. Staten som utsteder anbefalingen og organisasjonene som mottar den, bør være bevisst på at det eksisterer aspekter ved metodikken som kan gjøre den mer attraktiv for politikere og ledere enn for ansatte i primær drift, og at dekobling kan forekomme. Gevinstrealisering er, med andre ord, ikke like lett å gjennomføre som Prosjektveiviseren gir uttrykk for.

En kan lure på hvordan anbefalingen av gevinstrealisering har bestått helt siden 2009, dersom dekobling er et nærliggende utfall. En forklaring kan være at staten ikke mottar informasjon om eventuell dekobling i offentlige organisasjoner. Ifølge Benders (1999) og Piazza og Abrahamson (2020), søker ledelsen gjerne å “signalisere” overfor eksterne aktører at metodikken praktiseres for å legitimere seg, uavhengig av om det etterleves i primær drift. Dersom dette er tilfellet, får staten inntrykk av at gevinstrealisering praktiseres som forespeilet og får dermed intet insentiv til å revurdere anbefalingen. En annen forklaring kan være at staten hovedsakelig anbefaler

styringsmodeller for å fremstå legitime overfor andre sammenlignbare europeiske land, slik Østergren (2006) problematiserer. I så fall kan det at ett land har innført gevinstrealisering og påstår at det bidrar til bedre IKT-prosjekter, være tilstrekkelig til at andre land følger etter. Disse to forklaringene kan altså argumentere for at anbefalingen av gevinstrealisering er i stand til å opprettholde seg selv og spre seg mellom land, uavhengig av hvordan den egentlig måtte utspille seg i den enkelte organisasjon.

Kanskje er tiden moden for å moderere anbefalingen. Ordet “anbefaling” bærer preg av at staten mener gevinstrealisering bidrar til bedre IKT-prosjekter. Det synes imidlertid ikke, basert på funnene i HMN, å være åpenbart. Ettersom det er krevende for organisasjoner å hente ut verdien av IKT-investeringer (Flak et al., 2012; Ward & Daniel, 2012) kan statens generelle anbefaling – selv om det ikke er et krav – være tilstrekkelig for at ledelsen velger å innføre gevinstrealisering. Dersom det er slik som staten (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016) hevder at “den vet best hvor skoen trykker som har den på” (s. 3), kan man sette spørsmålsteget ved hvorvidt en generell anbefaling av gevinstrealisering til hele offentlig sektor er formålstjenlig. For eksempel vil omformulering fra “anbefaling” til “forslag” i større grad oppfordre den enkelte organisasjon til å utvise kritisk sans i valget av prosjektmetodikk.

### Implikasjoner for gevinstrealiseringsmetodikken

Til tross for at funnene indikerer at gevinstrealisering ikke har noen reell innvirkning på primær drift i HMN, kan et organisasjonskonsept alltid forsvares (Benders et al., 2019). Ifølge Benders et al. (2019), kan man ikke bevise hvorvidt et endringskonsept tjener sin hensikt fordi det forutsetter at metodikken etterleveres i henhold til en foreskrevet fremgangsmåte, som i et vitenskapelig eksperiment. Man kan, med andre ord, ikke si med sikkerhet hvorvidt gevinstrealisering bidrar til bedre IKT-prosjekter med utgangspunkt i ett case, og i hvert fall ikke når metodikken dekobles og ingen i primær drift etterlever den.

Utfordringen knyttet til å teste et organisasjonskonsept forsterkes av at det ofte er flere år fra store IKT-prosjekter vedtas til gevinstene realiseres (Ward & Daniel, 2012). Studier som denne, gir kun uttrykk for et øyeblikksbilde, og kan følgelig ikke utelukke at praktiseringen og derav utfallet av metodikken, vil endre seg over tid. Gevinstrealisering bør derfor undersøkes ved



longitudinelle studier som kan følge organisasjoner i lengre perioder (Pettigrew, 1987, 1990). Slike studier er imidlertid krevende å gjennomføre (Bryman, 2016) og er utenfor omfanget av en masteroppgave.

De nevnte utfordringene taler altså for å utvise ydmykhet i forsøket på å felle en endelig dom over gevinstrealiseringsmetodikken. Samtidig kan man sette spørsmålsteget ved hvorvidt det er hensiktsmessig å la tvilen komme gevinstrealiseringen til gode. Kanskje bør det faktum at gevinstrealisering dekobles i HMN, egge til justeringer i metodikken som gjør den mer gunstig for ansatte å etterleve. For det første koster det mye tid og ressurser å organisere for en metodikk som ikke etterleveres i praksis. For det andre kan man risikere mange tilfeller av dekobling i offentlig sektor hvis gevinstrealiseringsmetodikken skal få stå urørt helt til en organisasjon får testet ut metodikken til punkt og prikke. Delkapittel 5.1 taler for at gevinstrealisering kan bli mer gunstig for spesialistene ved å i større grad tilpasse metodikken etter deres virkelighet og kontekst, tone ned målingen av arbeidet deres og gi dem større autonomi i utformingen og realiseringen av gevinstene.

## 6 Konklusjon

Funnene fra HMN indikerer at gevinstrealiseringen, til tross for å være grundig organisert av ledelsen, ikke praktiseres av helsepersonellet. I tråd med Prosjektveiviseren er det utarbeidet gevinstmål som er redegjort for i gevinstrealiseringsplaner og -strategier. I tillegg er det etablert roller som skal sikre at gevinstrealiseringen følges opp og gjennomføres. Helsepersonellet opplever imidlertid gevinstmålene som lite motiverende og metodikken som abstrakt og fremmedgjørende. Gevinstrealiseringen nedprioriteres derfor til fordel for mer kritiske og pasientnære oppgaver, og praktiseres følgelig ikke som planlagt. Diskrepansen mellom organisert og praktisert gevinstrealisering indikerer at metodikken er gjenstand for dekobling i HMN.

Oppgaven har betraktet gevinstrealisering fra både ledelsens og helsepersonellens perspektiv og har dermed forsøkt å veie opp for preskriptive rammeverks tendens til å neglisjere hvordan endringsinitiativ mottas av ansatte (Alvesson & Sveningsson, 2008; Sveningsson & Sörgärde, 2020). Gjennom denne tilnærmingen ble det avdekket tre aspekter der gevinstrealisering fremstår mer gunstig for ledelsen enn for helsepersonellet. For det første anser ledelsen gevinstrealisering som en effektiv praktisk veileder, mens den for helsepersonellet er krevende å omsette til praksis. For det andre tjener metodikken ledelsens behov for å måle og dokumentere prestasjoner, men måler, ifølge helsepersonellet, kun overfladiske parametre. For det tredje hjelper gevinstrealisering ledere med å kontrollere endringsprosessen, men innskrenker helsepersonellens autonomi. Disse tre aspektene, betegnet som gevinstrealiseringens skyggeside, kan forklare hvorfor gevinstrealiseringen resulterer i dekobling.

Oppgaven må imidlertid ikke forstås som et forsøk på å avskaffe gevinstrealisering i offentlig sektor. Det er snarere et forsøk på å belyse metodikkens skyggeside, som i liten grad fremkommer i den preskriptive litteraturen (som for eksempel Ward & Daniel, 2012) som har dominert fagfeltet (Breese, 2011). I lys av skyggesiden og risikoen for dekobling, anbefales offentlige organisasjoner å stille seg kritisk til statens anbefaling om å bruke gevinstrealisering. Videre foreslås det å moderere anbefalingen ved å omformulere den til et "forslag", for å i større grad oppfordre den enkelte organisasjon til å utvise kritisk sans ved valg av prosjektmetodikk. I

tillegg antydes det at gevinstrealisering i for liten grad imøtekommer endringsmottakernes perspektiv og at dette bør justeres for å redusere sjansen for dekopling.

Oppgaven gir en detaljert fremstilling og bred organisasjonsteoretisk drøfting av gevinstrealiseringen i HMN, basert på 24 enkeltintervjuer og to gruppeintervjuer med sentrale personer i og rundt prosjektet. Dermed svarer oppgaven på etterlysninger av forskning knyttet til hvordan gevinstrealisering utøves i praksis (Ashurst et al., 2008; Askedal, 2020; Doherty et al., 2012; Hellang et al., 2013) og på tvers av enheter i store, komplekse organisasjoner (Askedal et al., 2019; Breese et al., 2015). Videre kan fundamentale aspekter ved gevinstrealisering som potensielt leder til dekopling, være av samfunnsøkonomisk interesse ettersom gevinstrealisering anbefales til alle offentlige virksomheter både i Norge og en rekke andre land.

Avslutningsvis oppfordres forskere, som tidligere utdypet, til å undersøke funnenes overførbarhet til andre offentlige organisasjoner. Dette bør helst gjøres gjennom longitudinelle studier som kan gi et fullstendig bilde av gevinstrealiseringen, fra IKT-systemer anskaffes til verdiene realiseres.

# Referanseliste

- Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1990). The Relationship between Organisation Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureaucracy Model. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 3(3), 18–33. <https://doi.org/10.1108/09513579010142616>
- Alvesson, M., & Sveningsson, S. (2008). *Changing organizational culture: Cultural change work in progress*. Routledge.
- Andreasson, J., Ljungar, E., Ahlstrom, L., Hermansson, J., & Dellve, L. (2018). Professional Bureaucracy and Health Care Managers' Planned Change Strategies: Governance in Swedish Health Care. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 8(1), 23–41. <https://doi.org/10.18291/njwls.v8i1.104849>
- Ashurst, C., Doherty, N. F., & Peppard, J. (2008). Improving the impact of IT development projects: The benefits realization capability model. *European Journal of Information Systems*, 17(4), 352–370. <https://doi.org/10.1057/ejis.2008.33>
- Askedal, K. (2020). *Enhancing the Benefits Management Model for Complex eHealth Efforts* [Doktorgradavhandling]. University of Agder.
- Askedal, K., Flak, L. S., & Aanestad, M. (2019). Five Challenges for Benefits Management in Complex Digitalisation Efforts – and a Research Agenda to Address Current Shortcomings. *Electronic Journal of E-Government*, 17(2), 64–78. <https://doi.org/10.34190/EJEG.17.2.001>
- Bach, D. (2019, 1. desember). T-bane-fiaskoen som kostet 600 millioner er fjernet etter 13 år. *E24*. <https://e24.no/i/dO7a7A>
- Badewi, A. (2016). The impact of project management (PM) and benefits management (BM) practices on project success: Towards developing a project benefits governance framework. *International Journal of Project Management*, 34(4), 761–778. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.05.005>
- Balogun, J., & Johnson, G. (2005). From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking. *Organization Studies*, 26(11), 1573–1601. <https://doi.org/10.1177/0170840605054624>

- Benders, J. (1999). Tricks and trucks: A case study of organization concepts at work. *The International Journal of Human Resource Management*, 10(4), 624–637.  
<https://doi.org/10.1080/095851999340305>
- Benders, J., van Grinsven, M., & Ingvaldsen, J. (2019). The Persistence of Management Ideas: How framing keeps ‘Lean’ moving. I A. Sturdy, S. Heusinkveld, T. Reay, & D. Strang (Red.), *The Oxford Handbook of Management Ideas* (s. 270–285). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198794219.013.4>
- Bovens, M., Schillemans, T., & Hart, P. ’T. (2008). Does Public Accountability Work? An Assessment Tool. *Public Administration*, 86(1), 225–242.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2008.00716.x>
- Boxenbaum, E., & Jonsson, S. (2008). Isomorphism, Diffusion and Decoupling. I R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Red.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Sage Publications Ltd.
- Bradley, G. (2010). *Benefit realisation management: A practical guide for achieving benefits through change* (2. utg.). Gower Publishing Company.
- Breese, R. (2011). Benefits realisation management: Panacea or false dawn? *International Journal of Project Management*, 30(3), 341–351.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2011.08.007>
- Breese, R., Jenner, S., Serra, C. E. M., & Thorp, J. (2015). Benefits management: Lost or found in translation. *International Journal of Project Management*, 33(7), 1438–1451.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.06.004>
- Brustad, S. K., Bjørnstad, V., Gabrielsen, A., & Haugland, V. S. (1995). *Innstilling fra sosialkomiteen om Alkoholdtilsynet, Nytt rikshospital, oppfølging av Pu-reformen og Trygdeetatens EDB-system*.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5. utg.). Oxford University Press.
- Burnes, B. (1996). No such thing as ... a “one best way” to manage organizational change. *Management Decision*, 34(10), 11–18. <https://doi.org/10.1108/00251749610150649>
- Byrkjeflot, H. (2014). Kritikken av byråkratiet mangler motstand. *Stat & Styring*, 24(1), 36–39.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2014-01-19>
- Bøgh, P. C., Nokken, L., & Nørve, J. (2019). *Prosjektveiviseren 2009-2018—Fra verktøykasse til helhetlig ledelse*. Digitaliseringsdirektoratet. <https://www.digdir.no/media/492/download>

- Casey, R., Wainwright, D., & Waring, T. (2015). Benefits realisation of information technology in the National Health Service: A paradigmatic review. *Reading: Academic Conferences International Limited*, 37–44.  
<https://www.proquest.com/conference-papers-proceedings/benefits-realisation-information-technology/docview/1776778136/se-2?accountid=12870>
- Chang, L. (2015). Accountability, Rhetoric, and Political Interests: Twists and Turns of NHS Performance Measurements. *Financial Accountability & Management*, 31(1), 41–68.  
<https://doi.org/10.1111/faam.12045>
- Chih, Y.-Y., & Zwikael, O. (2015). Project benefit management: A conceptual framework of target benefit formulation. *International Journal of Project Management*, 33(2), 352–362.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.06.002>
- Christensen, T., Læg Reid, P., & Røvik, K. A. (2021). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (Bd. 4). Universitetsforlaget.
- Coombs, C. R. (2015). When planned IS/IT project benefits are not realized: A study of inhibitors and facilitators to benefits realization. *International Journal of Project Management*, 33(2), 363–379. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.06.012>
- Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2015). *Organization development & change* (10. utg.). Cengage Learning.
- Darr, A., Harrison, M. I., Shakked, L., & Shalom, N. (2003). Physicians' and nurses' reactions to electronic medical records. *Journal of Health Organization and Management*, 17(5), 349–359. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260310505129>
- Dawson, P. (2003). *Understanding organizational change: The contemporary experience of people at work*. Sage Publications.
- Dawson, P. (2014). Reflections: On Time, Temporality and Change in Organizations. *Journal of Change Management*, 14(3), 285–308. <https://doi.org/10.1080/14697017.2014.886870>
- Diesen, S. (2013). *Strategisk styring og ledelse i norsk offentlig sektor*. Minerva.
- Digitaliseringsdirektoratet. (2019a, 25. juni). *Gevinstansvarlig*. Prosjektveiviseren.  
<https://www.prosjektveiviseren.no/roller/gevinstansvarlig>
- Digitaliseringsdirektoratet. (2019b, 16. oktober). *Tilpasse og bruke Prosjektveiviseren*. Prosjektveiviseren.  
<https://www.prosjektveiviseren.no/om-prosjektveiviseren/tilpasse-og-bruke-prosjektveivi>

seren

Digitaliseringsdirektoratet. (2019c, 4. november). *Prosjektveiviseren*. Prosjektveiviseren.

<https://www.prosjektveiviseren.no/>

Digitaliseringsdirektoratet. (2021, 22. februar). *Hva er Prosjektveiviseren?* Prosjektveiviseren.

<https://www.prosjektveiviseren.no/hva-er-prosjektveiviseren>

Digitaliseringsdirektoratet. (2022, 23. januar). *Gevinster*.

<https://www.prosjektveiviseren.no/god-praksis/viktige-tema-i-alle-faser/gevinster>

Direktoratet for e-helse. (2018). *Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger—Én journal*.

<https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-realiserings-av-malbildet-en-innbygger-en-journal>

Direktoratet for e-helse. (2021, 24. august). *Én innbygger – én journal*. Direktoratet for e-helse.

<https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2014). *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*.

<https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Gevinstrealisering/Veileder-i-gevinstrealisering.pdf>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2022a, 26. april). *Dokumentere realiserte gevinster*. DFØ.

<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/dokumentere-realiser-te-gevinster>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2022b, 26. april). *Gevinstrealisering*. DFØ.

<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2022c, 26. april). *Gjennomføre gevinstrealisering*. DFØ.

<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/gjennomf%C3%B8re-gevinstrealisering>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2022d, 26. april). *Identifisere gevinster*. DFØ.

<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/identifisere-gevinster>

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2022e, 26. april). *Planlegge gevinstrealiseringen*. DFØ.

<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/planlegge-gevinstrealiseringen>

- Doherty, N. F. (2014). The role of socio-technical principles in leveraging meaningful benefits from IT investments. *Applied Ergonomics*, *45*(2, Part A), 181–187.  
<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2012.11.012>
- Doherty, N. F., Ashurst, C., & Peppard, J. (2012). Factors Affecting the Successful Realisation of Benefits from Systems Development Projects: Findings from Three Case Studies. *Journal of Information Technology*, *27*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1057/jit.2011.8>
- Doolin, B. (2002). Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians. *Organization Studies*, *23*(3), 369–390.  
<https://doi.org/10.1177/0170840602233003>
- Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2002). Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, *55*(7), 553–560.  
[https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- Eccles, & Nohria. (1992). *Beyond the Hype: Rediscovering the Essence of Management*. Harvard Business School Press.
- Edwards, K., Prætorius, T., & Nielsen, A. P. (2020). A Model of Cascading Change: Orchestrating Planned and Emergent Change to Ensure Employee Participation. *Journal of Change Management*, *20*(4), 342–368.  
<https://doi.org/10.1080/14697017.2020.1755341>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, *Stanford University*, *14*(4), 532–550.
- Eisenhardt, K. M. (1991). Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic. *Academy of Management Review*, *16*(3), 620–627.  
<https://doi.org/10.5465/AMR.1991.4279496>
- Eisenhardt, K. M. (2021). What is the Eisenhardt Method, really? *Strategic Organization*, *19*(1), 147–160. <https://doi.org/10.1177/1476127020982866>
- Ekroll, H. C. (2020, 12. januar). Kampen om journalen din. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/norge/i/X8g6x7/kampen-om-journalen-din>
- Engward, H., Goldspink, S., Iancu, M., Kersey, T., & Wood, A. (2022). Togetherness in Separation: Practical Considerations for Doing Remote Qualitative Interviews Ethically. *International Journal of Qualitative Methods*, *21*.  
<https://doi.org/10.1177/16094069211073212>



- Finansdepartementet. (2021). *Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>
- Flak, L. S., Nielsen, P. A., & Henriksen, J. H. R. (2012). Gevinstrealisering i e-forvaltningsprosjekter. God teknologiledelse i praksis. I *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Universitetsforlaget.
- Flexera. (2021). *Flexera 2021 State of Tech Spend Report*. Flexera.  
[https://info.flexera.com/SLO-REPORT-State-of-Tech-Spend?lead\\_source=Website%20Visitor&id=Blog](https://info.flexera.com/SLO-REPORT-State-of-Tech-Spend?lead_source=Website%20Visitor&id=Blog)
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation: *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69.  
<https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>
- Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597–606. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1870>
- Golden, B. R. (1997). Further Remarks on Retrospective Accounts in Organizational and Strategic Management Research. *Academy of Management Journal*, 40(5), 1243–1252.  
<https://doi.org/10.2307/256935>
- Graebner, M. E., Martin, J. A., & Roundy, P. T. (2012). Qualitative data: Cooking without a recipe. *Strategic Organization*, 10(3), 276–284.  
<https://doi.org/10.1177/1476127012452821>
- Heckscher, C. (1994). Defining the Post-Bureaucratic Type. I C. Heckscher & A. Donnellon (Red.), *The Post-Bureaucratic Organization: New Perspectives on Organizational Change*. SAGE.
- Heldal, F., & Sjøvold, E. (2015). Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(2), 144–146. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1308>
- Hellang, Ø., Skiftenes Flak, L., & Päiväranta, T. (2013). Diverging approaches to benefits realization from public ICT investments: A study of benefits realization methods in Norway. *Transforming Government: People, Process and Policy*, 7(1), 93–108.

- <https://doi.org/10.1108/17506161311308188>
- Helse Midt-Norge. (2018, 6. mars). *Hva skal til for å lykkes med et prosjekt?* Helse Midt-Norge RHF.  
<https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/hva-skall-til-for-a-lykkes-med-et-prosjekt>
- Helse Midt-Norge. (2021). *Styrets årsberetning og årsregnskap for Helse Midt-Norge RHF for 2020*. Helse Midt-Norge RHF.  
<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Styrets%C3%A5rsberetning%20og%20%C3%A5rsregnskap%20for%20Helse%20Midt-Norge%20RHF%20for%202020.pdf>
- Helse Midt-Norge. (2022a). *Årlig melding 2021 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse Midt-Norge RHF.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlign-melding-2021-helse-midt-norge-rhf.pdf>
- Helse Midt-Norge. (2022b, 3. mars). *Mer forsvarlig og riktig legemiddelhandtering*. Helse Midt-Norge RHF.  
<https://helse-midt.no/nyheter/2022/mer-forsvarlig-og-riktig-legemiddelhandtering>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld.St.9 Én innbygger—Én journal*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helseplattformen. (2019, 28. oktober). *Helseplattformen AS*. Helseplattformen.  
<https://helseplattformen.no/om-oss/helseplattformen-as>
- Helseplattformen. (2020, 31. oktober). *Bakgrunn for Helseplattformen*. Helseplattformen.  
<https://helseplattformen.no/bakgrunn-for-helseplattformen>
- Helseplattformen. (2021a, 8. februar). *Prosjektet*. Helseplattformen.  
<https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet>
- Helseplattformen. (2021b, 16. februar). *Gevinstmål*. Helseplattformen.  
<https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/gevinstmal>
- Helseplattformen. (2021c, 16. september). *Tidslinje for innføring*. Helseplattformen.  
<https://helseplattformen.no/tidslinje-innforing>

- Helseplattformen. (2022, 2. juli). *Spørsmål og svar*. Helseplattformen.  
<https://helseplattformen.no/om-oss/generelt-sporsmal-og-svar>
- Hirschheim, R., & Klein, H. (2012). A Glorious and Not-So-Short History of the Information Systems Field. *Journal of the Association for Information Systems*, 13(4), 188–235.  
<https://doi.org/10.17705/1jais.00294>
- Hodgson, D. E. (2004). Project Work: The Legacy of Bureaucratic Control in the Post-Bureaucratic Organization. *Organization*, 11(1), 81–100.  
<https://doi.org/10.1177/1350508404039659>
- Holmemo, M. D.-Q. (2017). *Lean implementation in Norwegian public service sector* [Doktorgradavhandling]. Norwegian University of Science and Technology.
- Holmemo, M. D.-Q., Rolfsen, M., & Ingvaldsen, J. A. (2016). Lean thinking: Outside-in, bottom-up? The paradox of contemporary soft lean and consultant-driven lean implementation. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(1–2), 148–160.  
<https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1171705>
- Howlett, M. (2021). Looking at the ‘field’ through a Zoom lens: Methodological reflections on conducting online research during a global pandemic. *Qualitative Research*, 22(3), 387–402. <https://doi.org/10.1177/1468794120985691>
- Jenner, S. (2014). *Managing benefits* (2. utg.). The Stationary Office.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022, 11. januar). *Digitaliseringsrundskriv* [Rundskriv]. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet/id2895185/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2009, 11. september). *Bedre planlegging og samordning av IKT-relaterte investeringer i staten*. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedre-planlegging-og-samordning-av-ikt-r/id577170/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Offentlig sektor fornyes, forenkles og forbedres*. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/offentlig-sektor-fornyes-forenkles-og-forbedres/id2482722/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *En digital offentlig sektor*. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/>

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2022, 14. mars). *Hva er statsforvaltningen?* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/forvaltningsutvikling/hva-er-statsforvaltningen/id2397949/>
- KulturIT. (u.å.). *Full kontroll over samlingen med Primus*. Hentet 19. mai 2022, fra  
<https://kulturit.org/primus>
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research*, 52(1), 31–60.  
<https://doi.org/10.2307/1170272>
- Lin, C., & Pervan, G. (2003). The practice of IS/IT benefits management in large Australian organizations. *Information & Management*, 41(1), 13–24.  
[https://doi.org/10.1016/S0378-7206\(03\)00002-8](https://doi.org/10.1016/S0378-7206(03)00002-8)
- Mackay, R. B., & Chia, R. (2013). Choice, Chance, and Unintended Consequences in Strategic Change: A Process Understanding of the Rise and Fall of Northco Automotive. *Academy of Management Journal*, 56(1), 208–230. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.0734>
- Martinussen, P. E., Frich, J. C., Vrangbæk, K., & Magnussen, J. (2017). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten—Hva mener sykehuslegene? *Michael*, 14.  
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/64198/95-105.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations* (International ed). Prentice-Hall.
- Modell, S. (2009). Institutional Research on Performance Measurement and Management in the Public Sector Accounting Literature: A Review and Assessment. *Financial Accountability & Management*, 25(3), 277–303.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2009.00477.x>
- Nørve, J. (2012). Prosjekt, program og porteføljestyring som redskap for å realisere gevinster. I L. S. Flak, *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Universitetsforlaget.
- Peppard, J., & Ward, J. (2005). Unlocking Sustained Business Value from IT Investments. *California Management Review*, 48(1), 52–70. <https://doi.org/10.2307/41166327>

- Petrakaki, D., Klecun, E., & Cornford, T. (2014). Changes in healthcare professional work afforded by technology: The introduction of a national electronic patient record in an English hospital. *Organization*, 23(2), 206–226.  
<https://doi.org/10.1177/1350508414545907>
- Pettigrew, A. M. (1987). Context and Action in the Transformation of the Firm. *Journal of Management Studies*, 24(6), 649–670.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1987.tb00467.x>
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science*, 1(3), 267–292.
- Pettigrew, A. M. (1997). What is a processual analysis? *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 337–348. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(97\)00020-1](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(97)00020-1)
- Pettigrew, A. M. (2012). Context and Action in the Transformation of the Firm: A Reprise. *Journal of Management Studies*, 49(7), 1304–1328.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2012.01054.x>
- Piazza, A., & Abrahamson, E. (2020). Fads and Fashions in Management Practices: Taking Stock and Looking Forward. *International Journal of Management Reviews*, 22(3), 264–286. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12225>
- Rambøll Management Consulting. (2017). *IT i Praksis 2017*.
- Regional analyse. (2021, 25. januar). *Utdanningsnivå*. Regional analyse.  
<https://regionalanalyse.no/artikkel/utdanning>
- Scott, W. R. (1987). The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32(4), 493–511. <https://doi.org/10.2307/2392880>
- Serpa, S., & Ferreira, C. (2019). The Concept of Bureaucracy by Max Weber. *International Journal of Social Science Studies*, 7(2), 12–18. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v7i2.3979>
- Shenhar, A. J., & Dvir, D. (2007). *Reinventing Project Management: The Diamond Approach To Successful Growth And Innovation*. Harvard Business Review Press.
- Siverbo, S., Cäker, M., & Åkesson, J. (2019). Conceptualizing dysfunctional consequences of performance measurement in the public sector. *Public Management Review*, 21(12), 1801–1823. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1577906>
- St. Olavs hospital. (2021a). *Om oss*. St. Olavs hospital. <https://stolav.no/om-oss>

- St. Olavs hospital. (2021b, 1. juli). *Nøkkeltall for St. Olavs hospital*. St. Olavs hospital.  
<https://stolav.no/om-oss/nokkeltall-for-st-olavs-hospital>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *11342: Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (K) 2007 - 2020*. SSB. Hentet 28. oktober 2021, fra <https://www.ssb.no/system/>
- Stenbacka, C. (2001). Qualitative research requires quality concepts of its own. *Management Decision*, 39(7), 551–556. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005801>
- Sveningsson, S., & Sörgärde, N. (2020). *Managing Change in Organizations*. Sage Publications Ltd.
- Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: Theorizing qualitative research*. The University of Chicago Press.
- Thobroe, G., & Sørbø, K. (2022, 27. april). Hensynet til pasienten veier tyngst – St. Olav utsetter å innføre nytt journalsystem. *NRK*.  
[https://www.nrk.no/trondelag/hensynet-til-pasienten-veier-tyngst-\\_st.-olav-utsetter-a-innfore-nytt-journalsystem-1.15945431](https://www.nrk.no/trondelag/hensynet-til-pasienten-veier-tyngst-_st.-olav-utsetter-a-innfore-nytt-journalsystem-1.15945431)
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal.
- Vento, I., & Kuokkanen, K. (2020). Mapping the post-bureaucratic landscape: Project managers' perception of bureaucracy in European Union Cohesion policy projects. *International Review of Administrative Sciences*, 88(2), 587–604.  
<https://doi.org/10.1177/0020852320969801>
- Ward, J., & Daniel, E. (2012). *Benefits Management: How to Increase the Business Value of Your IT Projects*. John Wiley & Sons.
- Ward, J., & Elvin, R. (1999). A new framework for managing IT-enabled business change. *Information Systems Journal*, 9(3), 197–221.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2575.1999.00059.x>
- Waring, T., Casey, R., & Robson, A. (2018). Benefits realisation from IT-enabled innovation: A capability challenge for NHS English acute hospital trusts? *Information Technology & People*, 31(3), 618–645. <https://doi.org/10.1108/ITP-06-2015-0151>
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (E. Fivelsdal, Red.; 3. utg.). Gyldendal.
- Welde, M. (2018). Når budsjettene sprekker. *Stat & Styring*, 28(2), 56–59.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2018-02-19>

- Woll, J. M. (2019). *Digitalt Førstevalg i Trondheim kommune: En kvalitativ studie av prosjektgjennomføring og gevinstrealisering i digitaliseringsprosjektet «Kunstbasen Trondheim»* [Masteroppgave, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet].  
<https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/bitstream/handle/11250/2643164/Johanne%20Woll%2c%20master.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Waale, M. (2018, 23. oktober). Forventet suksess, men endte med nedtur: Nå skal disse fjernes. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/oslo/i/bKxq8B/forventet-suksess-men-endte-med-nedtur-naa-skal-disse-fjernes>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.
- Østergren, K. (2006). The Institutional Construction of Consumerism: A Study of Implementing Quality Indicators. *Financial Accountability & Management*, 22(2), 179–205.  
<https://doi.org/10.1111/j.0267-4424.2006.00398.x>

# Vedlegg

## Oversikt over vedlegg

- Vedlegg A: Intervjuguide for ledernivå 1 og 2
- Vedlegg B: Intervjuguide for ledernivå 3 og 4



# Vedlegg A: Intervjuguide for ledernivå 1 og 2

## **Introduksjon**

- Hva er din rolle i og utenfor gevinstrealiseringsarbeidet?
- Hva er forholdet mellom arbeid med gevinstrealisering og annet arbeid?

## **Bruk av rammeverk**

- I hvilken grad nyttiggjør du deg av rammeverk og verktøy som har blitt tilgjengeliggjort?
- Er rammeverkene tilstrekkelig eller for overordnet til å gi praktiske retningslinjer? Hvor stor grad av tilpasning er nødvendig?
- I hvilken grad ser du nytten av å bruke rammeverkene?

## **Prosjektorganisasjon versus linjeorganisasjon**

- Det jobbes med gevinstrealisering både i Helseplattformen, i Helse Midt-Norge RHF og i de ulike Helseforetakene. Hvordan opplever du samspillet mellom disse ulike nivåene?
- Hvordan opplever du kommunikasjonen? Hva slags tilpasninger har man måttet gjøre for at ansatte med ulike bakgrunner skal forstå hverandre?
- Hvordan gis det gradvis mer ansvar til linje?

## **Kartlegging av gevinstrealisering**

- Kan du beskrive prosessen med å utvikle gevinstmålene?
- Kan du beskrive hvordan dere arbeider med gevinstrealisering?
- Hva vil det si å realisere en gevinst?
- Hvordan måler, evaluerer, beregnes gevinster?

## **Realisere kollektive gevinster gjennom lokale endringer**

- Hvilke endringer/holdninger vil kreves av dine medarbeidere for at dere sammen skal realisere de regionale gevinstmålene?
- Hvordan motivere ansatte til å realisere gevinster som gagnar fellesskapet, men som ikke har en positiv effekt for de selv?

## **Utfordringer med gevinstrealisering**

- Hvilke utfordringer har du erfart i arbeidet med gevinstrealisering?

## **Verdi av gevinstrealiseringsarbeid**

- Det brukes tid og ressurser på å planlegge og gjennomføre gevinstrealiseringsarbeidet. Til hvilken grad opplever du at det er verdt det?

## Vedlegg B: Intervjuguide for ledernivå 3 og 4

### **Introduksjon & kjennskap til gevinstrealisering**

- Hva er din rolle på St. Olav?
- Er du kjent med konseptet gevinstrealisering?
- Hva forbinder du med gevinstrealisering?
- Hvilke aktiviteter har du vært involvert i ifm. gevinstrealiseringen?

### **Gevinstmål**

- Kjenner du til gevinstmålene? Hvordan forholder du deg til dem?
- I hvilken grad motiveres du av gevinstmålene?
- Hva opplever du er hovedmotivasjonen bak gevinstmålene?
- I hvilken grad fokuserer enhetene på gevinstmålene i hverdagen?

### **Planlagt endring**

- Hvordan har dere planlagt at dere skal jobbe for å nå gevinstmålene? Hvilke tiltak og endringer kreves i din klinikk for at gevinstmålene skal nås?
- Hvordan skal dere sikre at planene gjennomføres?
- Har gevinstrealiseringen påvirket måten dere jobber på?
- Har avdelingen tiden og ressursene som kreves for å gjennomføre endringene?
- Hvordan har deres klinikk ivaretatt balansen mellom å jobbe med gevinstrealisering og håndtere risiko ved innføring av Helseplattformen? Hvordan reflekteres dette i klinikkens handlingsplan?

### **Opplevelse av gevinstrealisering**

- Opplever du noen fordeler ved at sykehuset jobber i tråd med gevinstrealiseringsmetodikken?
- Hva synes du om at det jobbes med gevinstrealisering på sykehuset? Er det verdt det?

