

Julie Morken
Amalie Valvik

Gvinstrealiseringsprosjektets rolle i implementeringen av Helseplattformen

En casestudie i Trondheim kommune

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon
Veileder: Kari Nyland
Medveileder: Lise Charlotte Førde
Mai 2023

Julie Morken
Amalie Valvik

Gevinstrealiseringsprosjektets rolle i implementeringen av Helseplattformen

En casestudie i Trondheim kommune

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon
Veileder: Kari Nyland
Medveileder: Lise Charlotte Førde
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden

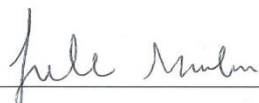
Forord

Vi vil presentere denne masteravhandlingen som symboliserer slutten av et toårig masterstudium i økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen. Denne avhandlingen utgjør 30 studiepoeng, og inngår i vår fordypning innenfor økonomistyring. Motivasjonen for temaet i denne oppgaven har utgangspunkt i den dagsaktuelle debatten om flere eldre og færre hender innenfor helse- og omsorgssektoren. Tematikken for oppgaven er bruken av gevinstrealiseringsprosjektet i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune.

Denne masteroppgaven har bydd på utfordringer, mestringsfølelse og ny kunnskap innenfor et dagsaktuelt område vi hadde lite kunnskap om fra før. Vi vil takke våre informanter fra Trondheim kommune som har satt av tid til intervjuer i en hektisk hverdag, og delt tanker og erfaringer med oss. Vi ønsker også å takke våre veiledere, Kari Nyland og Lise Charlotte Førde for at dere alltid har vært tilgjengelig ved behov, og har gitt oss gode råd og motiverende veiledningstimer underveis i prosessen med denne oppgaven.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, 25. mai 2023



Julie Morken



Amalie Valvik

Sammendrag

Helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer i fremtiden med økende behov for helse- og omsorgstjenester i kombinasjon med knapphet på ressurser. Det forutsetter iverksetting av tiltak, og en mulig løsning kan være ny teknologi som effektiviserer sektoren. Helseplattformen er et nytt system implementert i Trondheim kommune, og er sentralt i møte med ressursutfordringene. Dersom de forventede gevinstene ved Helseplattformen skal oppnås, er et gevinstrealiseringsprosjekt nødvendig. Det er da særlig relevant å undersøke hvilken rolle gevinstrealiseringsprosjektet har i implementeringen av Helseplattformen, og følgende problemstilling ligger derfor til grunn for denne studien:

“Hvordan brukes gevinstrealiseringsprosjektet som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune?”

For å være i stand til å besvare denne problemstillingen er det gjennomført en deskriptiv og kvalitativ casestudie med ni dybdeintervjuer som datagenereringsmetode. Dokumentstudier ble også benyttet som en sekundær datainnsamlingsmetode for å tilegne oss mer kunnskap om tematikken, samt kvalitetssikre materialet fra intervjuene.

Våre empiriske resultater indikerer at Trondheim kommune ikke har kommet så langt med gevinstrealiseringsprosjektet. Derimot finnes det intensjoner om at bruken av Helseplattformen skal gi tilgang på mer styringsinformasjon, og dermed større kontroll over ressursutnyttelsen. Dette tyder på at enhetene har problemer med å håndtere registreringen av data og mengden styringsinformasjon tilgjengelig i Helseplattformen, som kan skyldes manglende opplæring og lite involvering av ansatte i organisasjonen. Når de ansatte involveres i arbeidet med gevinstrealisering gir det ofte økt motivasjon og arbeid mot organisasjonens ønskede mål. I praksis synes det imidlertid å være store variasjoner mellom enhetene i Trondheim kommune om gevinstmålene har bidratt til økt motivasjon. Dette kan skyldes forskjeller i hvor mye tid og ressurser de har prioritert på gevinstrealiseringsprosjektet, som kan bero på ulik kapasitet hos enhetene.

Abstract

The health and care sector is facing significant challenges in the future, with increasing demands for health and care services combined with limited resources. This necessitates the implementation of measures, and a possible solution could be new technology that streamlines the sector. “Helseplattformen” is a new system implemented in Trondheim municipality, and is central to addressing the resource challenges. To ensure that the expected benefits of “Helseplattformen” are achieved, a benefits realization project is necessary. It is particularly relevant to study the role of the benefit realization project in the implementation of “Helseplattformen”, and the following research question forms the basis for this study:

How is the benefit realization project used as a tool in the implementation of “Helseplattformen” in Trondheim municipality?

To be able to answer the question above, we conducted a descriptive and qualitative case study using nine in-depth interviews as the data generation method. Document studies were also used as a secondary data collection method to gain more knowledge about the topic, and to validate the material from the interviews. Our empirical results indicate that Trondheim municipality has not made much progress with the benefits realization project. However, there are intentions that the use of “Helseplattformen” should provide access to more management information, and thus greater control over resource utilization. This indicates that the units have difficulties in handling the amount of available management information and the data registration in “Helseplattformen”, which may be due to lack of training and limited involvement of employees in the organization. When employees are involved in the work of benefits realization, it often leads to increased motivation and efforts towards the organization's desired goals. On the other hand there appear to be significant variations among the units in Trondheim municipality regarding whether the benefit goals have contributed to increased motivation. This can be explained by differences in the amount of time and resources they have allocated to the benefits realization project, because of different capacities among the units.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
1. Innledning	1
1.1 Problemstilling, formål og avgrensning	2
1.2 Oppgavens struktur	3
2. Kontekstbeskrivelse	5
2.1 Helseplattformen i Trondheim kommune.....	5
2.2 Hva er et gevinstrealiseringsprosjekt?	6
3. Teoretisk rammeverk	8
3.1 Definisjon av økonomistyring	8
3.1.1 Økonomistyring i offentlig sektor	8
3.2 Bruken av de fire styringssystemene i Levers of Control	9
3.2.1 Trossystemet	11
3.2.2 Grensesystemet	12
3.2.3 Diagnostiske styringssystemer	12
3.2.4 Interaktive kontrollsystemer	14
3.2.5 Kritikk av Levers of Control	15
3.3 Økonomistyring som verktøy for endring	15
3.4 Digitale samhandlingsverktøy i økonomistyringen	17
3.5 Oppsummering av teori.....	19
4. Metode	20
4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming	20
4.2 Forskningsmetode	21
4.2.1 Forskningstilnærming	21
4.3 Forskningsdesign	22
4.4 Datainnsamling	22
4.4.1 Forstudie	23
4.4.2 Dokumentstudier	23
4.4.3 Informanter og utvalg.....	24
4.4.4 Utforming av intervjuguide	26
4.4.5 Gjennomføring av intervju	27
4.5 Analyse av data	27
4.6 Forskningskvalitet.....	29

4.6.1 Validitet	29
4.6.2 Generaliserbarhet	30
4.6.3 Reliabilitet	31
5. Empiri	33
5.1 Helseplattformens formål i Trondheim kommune	33
5.1.1 Bakgrunnen for gevinstmålene i Helseplattformen	35
5.1.2 Utformingen av gevinster	37
5.1.3 Oppfølging og revidering av gevinstarbeidet	39
5.2 Integrerte styringsverktøy i Helseplattformen	41
5.3 Involvering og forståelse av gevinstarbeidet	45
5.3.1 Involvering av ansatte	45
5.3.2 Innbyggerinvolvering	48
5.4 Mangelfull opplæring	50
5.4.1 Støttefunksjoner i opplæringen	53
5.5 Oppsummering av empiriske funn	55
6. Analyse og diskusjon	57
6.1 Tydelige gevinstmål oppfattes å skape motivasjon	57
6.2 Intensjoner om å bruke gevinstrealiseringsprosjektet diagnostisk og interaktivt	59
6.3 Variasjoner mellom enhetenes bruk av gevinstrealiseringsprosjektet	62
6.3.1 Skyldes variasjonene på enhetene mangelfull opplæring?	64
6.4 Oppsummering av analyse	66
7. Konklusjon	68
7.1 Implikasjoner og videre forskning	69
7.1.1 Praktiske implikasjoner	69
7.1.2 Teoretiske implikasjoner	70
7.2 Videre forskning	71
Litteraturliste	72
Vedlegg	79
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	79
Vedlegg 2: Intervjuguide - Involverte i gevinstrealiseringsprosjektet	83
Vedlegg 3: Intervjuguide - Ledere og rådgivere i Trondheim kommune	86

1. Innledning

En aldrende befolkning med flere komplekse diagnoser i kombinasjon med knapphet på ressurser som økonomi, personell og tid gir utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Den høye andelen av helse- og omsorgsmottakere vil ikke kunne finansieres av fremtidens skattebetalere på samme måte som i dag. En nylig publisert NOU, Tid for handling (NOU 2023:4), slår alarm om at vi går mot et helsevesen som må håndtere flere pasienter per ansatt. Nødvendigheten av å ta i bruk ny teknologi som kan effektivisere tjenesteproduksjonen pekes blant annet på som et tiltak for å mestre dette.

De siste 20 årene har den teknologiske utviklingen forandret sentrale deler av samfunnet. Den raske utviklingen innebærer kontinuerlig utvikling i organisasjoner for å kunne henge med og øke produktiviteten, og av den grunn investerer offentlig sektor hvert år flere milliarder kroner i ny teknologi (Meld. St. 27 (2015–2016)). Teknologiske løsninger vil ved riktig bruk føre til økt effektivitet i tjenestene, og dermed øke pasient- og brukertilfredsheten (NOU 2023:4). Riktig bruk av teknologi i form av bedre koordinering av tjenester vil gi større økonomiske gevinster, ved effektiv utnyttelse av tid og personell i helsevesenet (Skyrud, 2022). Til tross for at digitalisering er et hjelpemiddel for å håndtere utfordringene i fremtiden, kan implementeringen av nye digitaliseringsprosjekter være utfordrende og ikke alltid få ønsket effekt (Dechow, 2007). Mange offentlige IKT-prosjekter har høy risiko for å mislykkes, fordi prosjektene ofte er langvarige og krever samhandling med mennesket for optimal funksjon (Han & Huang, 2008, som referert i Budzier & Flyvbjerg, 2013).

I 2013 vedtok Stortinget tydelige målsetninger for utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helse- og omsorgssektoren, der fokuset var «én innbygger-én journal» (Meld. St. 9 (2012–2013)). Målet var å tilrettelegge for en plattform der både fastlegen og spesialisthelsetjenesten bruker samme system for føring av pasientopplysninger. Behovet for en felles digital samhandlingsplattform for ulike helseforetak har lenge vært diskutert (Meld. St. 7 (2019-2020)). Helse Midt-Norge ble valgt ut til å gjennomføre pilotprosjektet, og Trondheim kommune ble den første til å innføre Helseplattformen i mai 2022 (Trondheim kommune, 2022b). Helseplattformen er en modernisering av journalsystemene, og skal fungere som en integrasjon mellom alle systemer for å bidra til økt kvalitet på helsetjenester. Dette skal skje i form av bedre koordinering, informasjonsflyt og økt

pasientsikkerhet (Meld. St. 9 (2012–2013)). Helseplattformen er et digitaliseringstiltak, og er sentralt i møte med ressursutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Selv om Helseplattformen kan omtales som løsningen på helsevesenets dilemmaer, eksisterer det likevel utfordringer ved å ta i bruk nye systemer.

Innføringen av Helseplattformen medførte at cirka 8500 ansatte i Trondheim kommune fikk et nytt arbeidsverktøy (Trondheim kommune, 2022h). Helseplattformen har ført til stort engasjement, og siden 2017 har det blitt publisert 3000 avisartikler innenfor emnet. Tilgangen på, og vår mulighet for god helsehjelp i fremtiden gjør at vi oppfatter implementeringen av Helseplattformen som svært relevant (Morken & Valvik, 2022). I media beskrives Helseplattformen som "helvetesplattformen". I en artikkel publisert av NRK beskrev flere leger plattformen som "tungvint og uoversiktlig", med færre pasientkonsultasjoner som resultat (Nordvåg et al., 2022, som referert i Morken & Valvik, 2022). Helseplattformen har skapt mye misnøye blant helsepersonell, fordi programvaren hevdes å være for dårlig tilpasset helse- og omsorgssektorens behov.

Kompleksiteten ved IKT-prosjekter medfører at ønskede effekter ikke alltid oppnås, og gevinstrealisering kan være et nyttig verktøy (Breese et al., 2015). Trondheim kommune opprettet i 2017 et gevinstrealiseringsprosjekt for å oppnå tid- og kostnadsbesparelser i helse- og omsorgssektoren. Gevinstrealiseringsprosjektet omtales som sentralt i Helseplattformen, og defineres som målbare forbedringer knyttet til implementeringen av samhandlingsplattformen (Helseplattformen, 2022i). Ifølge veilederen utarbeidet av Direktoratet for økonomistyring (2014) er offentlige virksomheter pålagt generelle krav ved styring, planlegging og oppfølging av tiltak. For at prosjekter skal lykkes med realisering av gevinster kreves det systematisk arbeid i form av god planlegging og oppfølging. Tidligere studier har vist at statlige virksomheters arbeid med og kunnskap om gevinstrealisering i IKT-prosjekter har hatt svakheter (Meld. St. 27 (2015-2016)). I denne studien vil vi undersøke hvordan gevinstrealiseringsprosjektet er brukt i implementeringen av Helseplattformen.

1.1 Problemstilling, formål og avgrensning

En studie av Helseplattformen ble særlig aktuell etter gjennomføringen av forstudien høsten 2022 i faget Ny offentlig styring. Forstudien viste at gevinstrealiseringsprosjektet er en viktig del av implementering av Helseplattformen, og dette aktualiserte en nærmere undersøkelse av

bruken av prosjektet. Trondheim kommune (2022c) definerer gevinstrealisering som prestasjonsmål med oppgave å identifisere konkrete mål for gevinstoppnåelse. Et av de store målene med gevinstrealiseringsprosjektet i Trondheim kommune er å øke kvaliteten, effektivisere tidsbruk og redusere kostnader i helse- og omsorgssektoren. Til hjelp i dette arbeidet skal helseplattformen benyttes, fordi alle helseenheter deler oppdatert helseinformasjon på denne plattformen. Funksjonen til gevinstrealiseringsprosjektet er å kartlegge hvilke gevinster implementeringen av Helseplattformen kan bidra med. Helseplattformen defineres som en digitaliseringsendring i denne oppgaven, og derfor har vi formulert følgende problemstilling:

“Hvordan brukes gevinstrealiseringsprosjektet som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune?”

For å tydeliggjøre problemstillingen i denne avhandlingen er det nødvendig å avklare sentrale begreper som benyttes. Begrepet “implementeringen” refererer i denne sammenheng til oppstartsfasen av Helseplattformen, og begrepet “verktøy” knytter seg her til et hjelpemiddel for å utføre endringsprosessen.

Vi har gjennomført en kvalitativ casestudie i Trondheim kommune for å besvare problemstillingen. Studien baserer seg på brukernes erfaringer fanget opp gjennom intervjuer. Trondheim kommune er som nevnt den første kommunen i Norge som innfører Helseplattformen, og derfor ble de en særlig aktuell samarbeidspartner. Med utgangspunkt i Simons (1995a) helhetlige perspektiv på økonomistyring ønsker vi å utforske hvordan gevinstrealiseringsprosjektet brukes som et verktøy til å gjennomføre en endring i helse- og omsorgssektoren i Trondheim kommune. For å kartlegge hvilken rolle gevinstrealiseringsprosjektet har i endringsprosesser tar oppgaven utgangspunkt i Hopwoods (1990) rammeverk. Helseplattformen karakteriseres som et digitaliseringstiltak som er avhengig av interaksjon mellom IT-systemet og mennesket for å fungere optimalt, og derfor vil vi også støtte forskningen på Dechow et al. (2007).

1.2 Oppgavens struktur

Denne oppgaven består av sju hovedkapitler, der innledningen er kapittel én, fulgt av en kontekstbeskrivelse som omhandler Helseplattformen og gevinstrealisering. Oppgaven vil videre i kapittel tre fremheve det teoretiske fundament, etterfulgt av våre metodiske valg som

blir presentert i kapittel fire. I kapittel fem belyses våre empiriske funn, som skal gi leseren en nærmere forståelse av hvordan gevinstrealiseringsprosjektet brukes i implementeringen av Helseplattformen. Funnene fra empirien blir deretter drøftet opp mot det teoretiske grunnlaget i kapittel seks. Avslutningsvis vil vi forsøke å besvare oppgavens problemstilling, diskutere videre forskning, samt redegjøre for teoretiske og praktiske implikasjoner.

2. Kontekstbeskrivelse

Studiene omhandler hvordan gevinstrealiseringsprosjektet brukes som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune. I det følgende kapitlet vil det gis en nærmere redegjørelse for Helseplattformen som IT-system og gevinstrealisering, som vil danne bakteppet for den videre analysen.

2.1 Helseplattformen i Trondheim kommune

Helseplattformen er en ny, felles pasientjournal for kommuner, sykehus, fastleger og avtalespesialister. Den skal fungere som en samhandlingsløsning for hele helse- og omsorgssektoren i Midt- Norge, og Trondheim kommune implementerte Helseplattformen 7. mai 2022 (Helseplattformen, 2023). Etter innføringen av samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008- 2009)) i 2009 har myndighetene i økende grad prioritert effektive løsninger og modernisering ved hjelp av digitalisering innenfor offentlig helse- og omsorgssektorer. Formålet med Helseplattformen er å nå de strategiske målene for fremtidens helse- og omsorgstjenester, bedre pasientsikkerhet, mindre dobbeltarbeid og bedre informasjonsflyt i tjenesten (Helseplattformen, 2023).

Bruken av Helseplattformen gir nye muligheter knyttet til kommunens uutnyttede drift. Helseplattformen muliggjør større innsyn i utførelsen av arbeid i egen kommune, og kan gi et godt sammenligningsgrunnlag av arbeidsmetoder mellom andre kommuner og sykehus. God styringsinformasjon skaper bedre muligheter for ledelsen og ansatte til å fatte informerte beslutninger, utnytte kapasiteten og planlegge bedre. Økt tilgang på styringsverktøy i Helseplattformen muliggjør bedre oppfølging av gevinster som er definert av kommunen (Helseplattformen, 2022f). Helseplattformen inneholder felles rapporterings- og analyseverktøy, der sluttbrukere får direkte tilgang til rapporter, måleindikatorer, dashbord og selvbetjeningsmodeller. Med flere eldre, og færre ansatte innenfor helse- og omsorgssektoren kan Helseplattformens økte tilgang på styringsinformasjon gjennom dashbord bli et sentralt verktøy. Dechow et al. (2006) beskriver dashbordene som et ledelsesverktøy for å kontrollere og måle prestasjoner, slik at det blir mulig å jobbe smartere og mer effektivt i kommunene. De registrerte dataene i Helseplattformen gir også innbyggerne tilgang til egen helseinformasjon i HelsaMi.

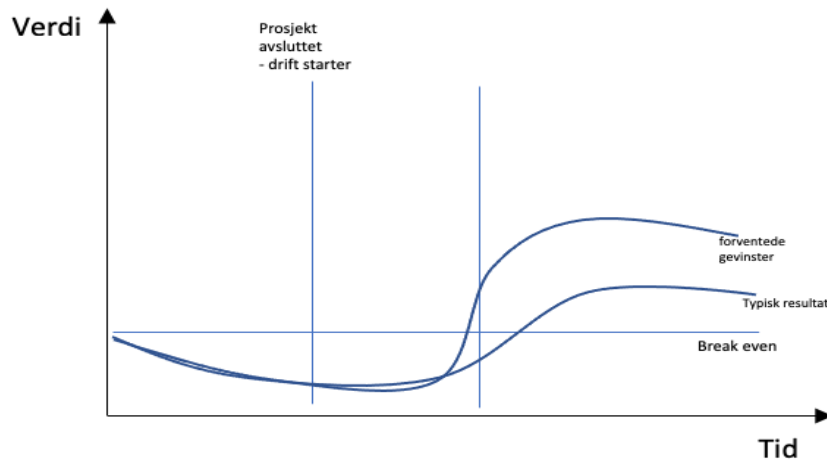
Ved hjelp av Helseplattformen blir data samlet på ett sted, og innbyggerne får bedre tilgang og oversikt over egen helse gjennom HelsaMi (Helseplattformen, 2022e). HelsaMi er Helseplattformens innbyggerportal, som innbyggerne kan bruke ved hjelp av en app eller nettleser. I HelsaMi får brukeren innsyn i egen journal, tilgang til å bestille og avbestille timer, fylle ut spørreskjema knyttet til fremtidige timeavtaler, få videokonsultasjoner, sjekke inn til timeavtaler og kommunikasjon mellom innbygger og helsepersonell (Helseplattformen, 2022e). Tilgang til en samlet journal medfører bedre kontroll og ansvarliggjøring over egen helseinformasjon og behandlingsforløp, som forhåpentligvis bidrar til mer fornøyde innbyggere når det gjelder helse- og omsorgstilbudet (Meld. St. 9 (2012–2013)).

2.2 Hva er et gevinstrealiseringsprosjekt?

Gevinster er definert som målbare forbedringer knyttet til implementeringen av Helseplattformen, og er sentralt i den nye felles løsningen (Helseplattformen, 2022i). Ifølge Direktoratet for økonomistyring (2014) er gevinst en positiv effekt av en investering, og for å sikre ønsket effekt kan gevinstrealisering være en god framgangsmåte. Gevinstrealisering innebærer at positive effekter blir hentet ut, ved hjelp av prosesser der organisasjonen organiserer, planlegger, måler, gjennomfører og kartlegger gevinstmål (Flak, 2012, som referert i Morken & Valvik, 2022). Det fremkommer av Helseplattformen (2022i) at Trondheim kommune har jobbet systematisk med å kartlegge gevinstmål, og fremover vil disse følges opp ved hjelp av tett samarbeid mellom kommune og spesialist. Alle kommuner som skal ta i bruk Helseplattformen må selv identifisere realiserbare gevinstmål, og Trondheim kommune har ved hjelp av blant annet workshops utarbeidet sine egne mål (Helseplattformen, 2022i).

For å muliggjøre en mer effektiv beslutningstaking om hvilke prosjekter som er hensiktsmessig å investere i, er gevinstrealisering nødvendig (Breese et al., 2015). Hvorvidt gevinstrealisering tas i bruk er et ressurs spørsmål. Det kreves oppmerksomhet og fokus under hele prosjekt- og driftsfasen for å realisere planlagte gevinster, og et gevinstarbeid er dermed tid- og ressurskrevende (Karlsen, 2018). Ved avslutning av prosjekt innenfor offentlig sektor er det forventninger om at gevinster skal realiseres, og det er pålagt generelle krav for gevinstrealiseringsprosjekt, i form av planlegging, oppfølging og styring (Direktoratet for økonomistyring, 2014, som referert i Morken & Valvik, 2022).

Gevinstrealiseringsprosjekt er avgjørende for verdiskapingen og tjenesteytingen i Norge, men byr også på utfordringer. Mange av prosjektene har store budsjettoverskridelser, og nytteverdien er ofte lavere enn forventet. Oftest har de store prosjektene problemer med slutføringen innenfor kostnadsrammene (Jørgensen, 2015). Figuren under illustrerer et typisk resultat av gevinstrealisering der forventede gevinster ofte er høyere enn det faktiske resultat.



Figur 1: Avvik mellom forventede gevinster og typisk resultat (Hentet fra Karlsen, 2018).

3. Teoretisk rammeverk

I denne del av oppgaven introduseres de teoretiske rammeverkene for studien. Innledningsvis vil begrepet økonomistyring presenteres. Det eksisterer ulike tolkninger av begrepet, og gevinstrealiseringsprosjektet er i denne sammenheng definert som et verktøy i økonomistyringen. Videre gjennomgås bruken av økonomistyring i offentlig sektor, for å illustrere forskjellene mellom privat og offentlig sektor. Problemstillingen omhandler bruken av gevinstrealiseringsprosjektet, og av den grunn er det hensiktsmessig å basere avhandlingen på Simons (1995a) rammeverk, som drøfter ulike måter å bruke styringssystemer på for å skape endring. Vi vil undersøke hvordan gevinstrealiseringsprosjektet anvendes som et økonomistyringsverktøy i en endringsprosess, og følgelig har vi valgt å trekke inn Hopwood (1990). Helseplattformen er et komplekst digitaliseringsprosjekt som krever samhandling mellom ansatte og digitalisering, og derfor er det relevant å støtte undersøkelsene på strukturteknologi orienteringen til Dechow et al. (2007).

3.1 Definisjon av økonomistyring

Forskere bruker ulike definisjoner på økonomistyring, og definisjonen har vært i kontinuerlig endring siden 1960-tallet. Økonomistyring knyttes til ulike økonomiske aktiviteter i en organisasjon, herunder koordinasjon av aktiviteter, evaluering og vurdering av tiltak, kommunikasjon og planlegging av organisasjonens aktiviteter (Anthony & Govindarajan, 2007). Økonomistyring i internasjonal litteratur har sin opprinnelse fra Anthony (1965), og kan kort defineres ved at ledelsen tar beslutninger for å oppnå størst mulig ressursutnyttelse av organisasjonens midler. Anthony (1965) var tilhenger av det hierarkiske syn som forutsatte en streng arbeidsdeling, og spesialisering var avgjørende for å oppnå effektivitet. Definisjonen har blitt kritisert av flere forskere for å være for snever, da den ikke tar hensyn til psykologiske, sosiale og atferdsmessige aspekter (Lowe, 1971). For en bredere definisjon av økonomistyring ble rammeverk med mer helhetlig syn utviklet, og eksempler på disse er Malmi & Brown (2008), Simons (1995a), Otley (1999), Ferreira & Otley (2009) og Broadbent & Laughlin (2009). I denne studien vil Simons (1995a) perspektiv på styringssystemer anvendes.

3.1.1 Økonomistyring i offentlig sektor

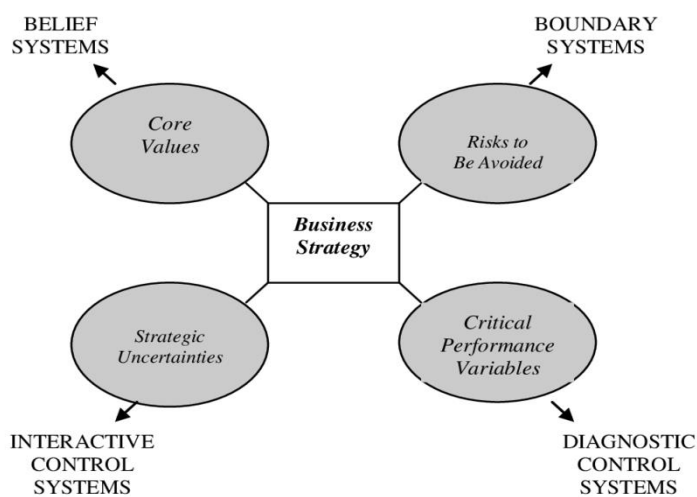
Ifølge Busch et al. (2009) må systemets kontekst hensyntas, fordi det er forskjeller mellom privat og offentlig sektor. I privat sektor er ofte målet å maksimere eierens avkastning og skape profitt. I offentlig sektor er målet å utnytte de knappe ressursene mest mulig effektivt til fordel

for samfunnets felles interesse. Ettersom denne oppgaven omhandler offentlig sektor ser vi det mest hensiktsmessig å gå nærmere inn på økonomistyringen i denne sektoren. Økonomistyringen i offentlig sektor har en legitimerende funksjon, fordi det offentlige er avhengig av innbyggernes tillit for best mulig utnyttelse av ressursene for fellesskapets beste. For å oppnå legitimitet er det flere interessegrupper som må ivaretas, som kan være utfordrende (Busch et al., 2009). Ifølge Nyland & Pettersen (2010) kan offentlig sektor beskrives som en budsjettkoblet foran en markedskoblet virksomhet, fordi den blir finansiert av avgifter og skatter. Meningsmålinger viser at halvparten av befolkningen mener at offentlig sektor sløser med ressursene (Opstad, 2020). Denne oppfatningen påstår Opstad (2020) vil endre seg de kommende årene, fordi befolkningen vil få økt forståelse for ressursbruken. Offentlig sektor får flere oppgaver å løse, uten økt ressurstilgang. For å håndtere utfordringene knyttet til økende andel eldre befolkning jobber helsesektoren kontinuerlig med bruk av ny helseteknologi. Jacobsen (2015) hevder at norsk offentlig sektor befinner seg i en stadig endringsprosess som følge av implementeringen av nye velferdsteknologier.

3.2 Bruken av de fire styringssystemene i Levers of Control

Simons (1995a) har utviklet Levers of Control som er et rammeverk bestående av fire styringssystemer, også kalt «spaker»: diagnostisk system, grensesystem, trossystem og interaktivt system. For å oppnå et effektivt styringssystem fremmer Simons (2000) at spakene i rammeverket må harmonisere. Widener (2007) støtter dette, og sier at styringssystemene i rammeverket kun når sin fulle kapasitet dersom de brukes sammen. Rammeverket brukes for å finne den optimale balansen mellom styringssystemene slik at planlagte og nye strategier kan dannes. For å imøtekomme endringene er lederens oppgave å finne balansen mellom kreativitet og kontroll, som mange ledere synes er utfordrende. Simons (1995b) forteller at optimal balanse mellom styringssystemene ikke nødvendigvis er like mye fokus på alle fire spakene. De fire styringssystemene beskrives som motstridende krefter ledelsen bruker for å skape en gitt dynamisk spenning for en effektiv strategiimplementering. Disse motstridende kreftene beskriver Simons (1995b) som Yin og Yang, og kan forklares som balansen mellom kreativitet og kontroll. Det interaktive styringssystemet og trossystemet beskrives som Yang, og kreative krefter i organisasjonen som fremmer læring og nye idéer. Det diagnostiske styringssystemet og grensesystemet har derimot en begrensende effekt for å skape kontroll, og kan omtales som Yin.

Styringsverktøy er viktig for å gjennomføre strategiske planer og tiltak, og for at tiltakene skal oppleves hensiktsmessige for alle i organisasjonen må endringene og tidsaspektene være realistiske. Det er også vesentlig at alle i organisasjonen forstår bakgrunnen for strategien og målsettingene for å lykkes med implementeringen (Mulgan, 2009). Innovative løsninger er en forutsetning for å kunne skape endringer, og utfordringen er å finne den optimale styringen basert på konteksten organisasjonen befinner seg i. Den optimale styringskombinasjonen er ifølge Simons (1995a) når ansatte får frihet til å utfolde seg kreativt innenfor forhåndsbestemte rammevilkår. Ansatte blir ansvarliggjort for måloppnåelsen, samtidig som opportunistisk atferd reduseres.



Figur 2: Levers of Control rammeverket til Simons (1995a)

Ved sammenkobling av de fire styringssystemene utløses en dynamisk spenning som kan brukes som verktøy for utforming, implementering og fremdrift av nye strategier i organisasjonen. Styringssystemene må ha en helhetlig tilnærming, og det forutsettes at ledelsen forstår hvordan «spakene» påvirker og fungerer sammen for å oppnå riktig dynamisk spenning (Simons, 1995b). Underveis i strategi oppnåelsen må ledelsen gjøre tilpasninger for å korrigere kursen til organisasjonen i ønsket retning ved å dra i «spakene».

Samfunnet er stadig i endring, og det stilles nye krav til kompetanseutvikling og innovasjon. For å ivareta konkurransedyktigheten må organisasjoner utarbeide en strategi som tar hensyn til de kontinuerlige behovsendringene i etterspørselen til konsumentene (Simons, 1995a). Denne strategien kan sammenlignes med Schwartz (2001) syn på organisasjoners overlevelse og konkurransedyktighet. Selskaper som ikke er i stand til å tilpasse seg til den digitale verden

vil ifølge Schwartz (2001) bli ofre for “Digital Darwinisme”, som innebærer at kun de mest tilpasningsdyktige og endringsorienterte organisasjoner overlever. Trondheim kommune har valgt å ta i bruk et nytt teknologisk verktøy, og implementeringen av Helseplattformen påvirkes av både muligheter og trusler i organisasjonen og samfunnet. Kartlegging av disse vil skape muligheter for gevinstrealisering. Ressursknapphet er utfordrende og planlegging og strukturering er av den grunn avgjørende faktorer for strategirealiseringen, og kritiske prestasjonsvariabler må få nødvendig oppmerksomhet i denne prosessen.

Grensesystemet brukes til å endre atferdsmønster og begrense de ansatte til ikke å gjøre motstridende handlinger. Det diagnostiske styringssystemet brukes til å sikre måloppnåelse i organisasjonen, mens trossystemet brukes til å motivere de ansatte til å tenke innovativt. Det interaktive systemet hjelper ledelsen å fokusere på strategisk usikkerhet og stimulere til strategisk fornyelse (Simons, 1995b). Anvendelsen av styringssystemene vil avgjøre om styringssystemene er interaktive eller diagnostiske, fordi de ikke er egendefinerte systemer (Tessier & Otley, 2012). Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på alle de fire styringssystemene med ulik vektlegging. Hovedfokuset er rettet mot det diagnostiske- og interaktive styringssystemet på bakgrunn av at vår empiri tilsier at Trondheim kommune har intensjoner på interaktivt og diagnostisk bruk av gevinstrealiseringsprosjektet.

3.2.1 Trossystemet

Trossystemet kan kobles til styring gjennom virksomhetens grunnleggende verdier. Systemet skal brukes til å stimulere og motivere de ansatte til å finne løsninger på utfordringer i tråd med kjerneverdiene (Simons, 1995a).

Kjerneverdiene bør formuleres slik at alle i organisasjonen forstår og bruker styringssystemet i praksis. Når ledelsen handler i tråd med verdiene vil de ansatte i større grad forplikte seg til organisasjonens verdier. Riktig bruk av trossystemet gir potensial for å påvirke de ansatte i ønsket retning, og legge føringer for at kjerneverdiene blir en del av organisasjonskulturen (Simons, 1995b). Utvikling av problemløsende egenskaper internt i organisasjonen regnes som en avgjørende faktor for videreutvikling og håndtering av uforutsette hendelser. Det gjør at nye ideer og konkurransefortrinn kan utvikles i tråd med organisasjonens retningslinjer (Simons, 1995a).

På bakgrunn av Trondheim kommunes størrelse og kompleksitet er det viktig at de ansatte har forståelse for organisasjonenes formål og retning. Manglende forståelse kan føre til at de ansatte baserer sine valg på antakelser. Formålet med kjerneverdiene er å skape trygghet for at valgene er i tråd med retningslinjene. Trossystemet forutsetter optimal balanse mellom kjerneverdier og strategien, som fører til ansattes tilpasning av atferd til organisasjonens verdier (Simons, 1995a).

3.2.2 Grensesystemet

Grensesystemet gir de ansatte frihet til å være innovative og mulighetssøkende innenfor forhåndsdefinerte rammer (Simons, 1995b). Atferds begrensninger skal minimere risikoen for at de mest uheldige utfallene skal forekomme, og samtidig gi rom for kreativ utfoldelse i tråd med retningslinjene (Simons, 1995a). Det er av den grunn viktig at grensene formidles til de involverte slik at de forstår formålet med begrensningene (Simons, 1995a). Formelle prosedyrer for hvordan arbeidet skal utføres er med på å øke effektiviteten og produktiviteten i organisasjonen. Tydelige retningslinjer kan bidra til å redusere feil og misforståelser slik at kvaliteten kan bevares. Det er viktig å finne en balanse mellom formalisering og fleksibilitet, fordi formalisering kan ha negative ringvirkninger dersom det går på bekostning av kreativiteten i organisasjonen (Adler & Borys, 1996). Trondheim kommune er en stor organisasjon, og faren for opportunistisk atferd er mer utbredt i store og mer desentraliserte organisasjoner. Av den grunn velger ledelsen vanligvis å benytte seg av formelle systemer for å kommunisere organisasjonens retningslinjer.

I helse- og omsorgssektoren samhandler ansatte daglig med pasienter, og har i sin yrkesutøvelse flere retningslinjer for ytelsen av forsvarlig og kvalitetsmessig god helsehjelp. Gevinstrealiseringsprosjektet bidrar i den forbindelse til at ledelsen setter tydelige grenser for helsepersonellens atferd, for å imøtekomme Helseplattformens mål. Kombinasjonen mellom grense- og trossystemet utløser en dynamisk spenning mellom forpliktelser og begrensende kontrollmekanismer, og spenningen reduserer faren for opportuniste og ineffektiv ressursbruk (Simons, 1995a).

3.2.3 Diagnostiske styringssystemer

Det diagnostiske styringssystemet bygger på finansielle måleinstrumenter som ledelsen bruker for å måle og overvåke utviklingen i organisasjonen. Det blir brukt som et formelt informasjonssystem som viser progresjonen på ulike nivåer i organisasjonen. Den faktiske

ytelsen måles, analyseres og overvåkes opp mot forhåndsinnstilte prestasjonsvariabler, og jevnlig oppdateringer gjør at avvik enkelt kan identifiseres og korrigeres underveis i prosessen. Dette gjøres ved hjelp av ulike tilbakemeldingssystemer, som budsjetter eller rapporter (Simons, 1995a). Organisatoriske endringer i konteksten og strategien bidrar til at kritiske prestasjonsvariabler også endres. Ledelsen styrer med utgangspunkt i prestasjonsvariablene, og ressursknappheten gjør at det må tas en vurdering rundt hvilke variabler som skal prioriteres (Simons, 1995b).

For å kunne bruke styringssystemene diagnostisk forutsetter det at planlagte mål er basert på riktig datagrunnlag. Målene må være utarbeidet fra pålitelig og nøyaktig datamateriale for å være målbare. Feil i datagrunnlaget vil føre til misvisende målinger som påvirker bruken av det diagnostiske styringsverktøyet, fordi systemet vil gi feilinformasjon gjeldende organisasjonens faktiske ytelse (Simons, 1995b).

Det er utarbeidet fire kriterier som må være oppfylt for å bruke styringssystemet diagnostisk.

- 1) Klare målsetninger må defineres på forhånd slik at målene kan brukes til å evaluere måloppnåelsen,
- 2) Målene må kunne kvantifiseres for å vurdere om de er oppnådd eller ikke,
- 3) Avvik må være identifiserbare ved å kunne sammenligne faktisk ytelse opp mot planlagte mål og
- 4) Informasjon brukes til å forstå årsaken og gjøre korrigeringsiltak for å kunne realisere planlagte mål.

De nevnte kriteriene er viktig for å kunne bruke det diagnostiske styringssystemet til å overvåke og styre organisasjonen i planlagt retning. Kriteriene gir verdifull innsikt i organisasjonens faktiske ytelse, og hvilke justeringer som er nødvendig for å sikre måloppnåelse (Simons, 1995b).

Et av hovedmålene med diagnostiske styringssystemer er å frigjøre ledere og mellomledere fra konstant overvåking og kontroll av organisasjonen for bedre prioritering av ressursbruken (Widener, 2007). Streng overvåking og høye forventninger fra ledelsen kan medføre at ansatte tyr til uønskede handlinger, som kan skade organisasjonens måloppnåelse. Ledelsen bør ha tillit til at ansatte fokuserer på oppnåelse av avtalte mål uten at de føler et behov for å overvåke (Simons, 1995a). Hope & Fraser (2003) er enige i at overvåking kan hemme organisasjonen, og det kan være hensiktsmessig å delegere beslutningsansvaret til ansatte på lavere nivå i organisasjonen. Dette gir fordeler for flere parter, fordi ledelsen kan bruke kompetansen sin alternativt, og ansatte får større eierskap til arbeidet ved større innflytelse på eget arbeid.

Det diagnostiske styringssystemet kan brukes interaktivt ved at kritiske prestasjonsvariabler identifiseres for at endringstiltak kan gjennomføres (Simons, 1995a). Ved å kombinere diagnostisk og interaktiv styring kan synergier utvikles slik at strategirealisering kan foregå mer effektivt, sammenlignet med bruk av de to styringssystemene separat. Dette vil gi en mer balansert tilnærming til styring, fordi det diagnostiske systemet fokuserer på målinger som gir de involverte fokus og retning for arbeidet (Tessier & Otley, 2012).

3.2.4 Interaktive kontrollsystemer

Det interaktive kontrollsystemet brukes for å identifisere strategisk usikkerhet for organisasjonen, slik at tilpasninger kan bli gjort på bakgrunn av endringene i omgivelsene. Systemet skal fungere som et tilbakemeldingssystem, og skape organisatoriske muligheter for læring slik at nye idéer og strategier vokser frem. Det interaktive styringssystemet skal være et hjelpemiddel for toppledelsen å involvere seg i beslutningsaktiviteter utført av underordnede, og følgelig kan kontroll og kreativitet enklere balanseres (Simons, 1995a). Det interaktive styringssystemet er ikke et eget system i seg selv, men det handler om at alle de andre tre systemer kan brukes interaktivt. For eksempel kan innsamlet informasjon ved hjelp av det diagnostiske systemet gjøres diskutabel gjennom interaktivitet (Simons, 1995b).

I store organisasjoner som Trondheim kommune har toppledelsen ikke ressurser til å kontrollere atferd og handlinger i organisasjonen, og derfor oppstår behovet for bruk av interaktive styringssystemer. Det er ressurskrevende for ledelsen og de ansatte å bruke styringssystemer interaktivt, siden dataene må gjennomgås og bearbeides jevnlig (Simons, 1995b). Informasjonen i det interaktive styringssystemet brukes til å skape felles forståelse og engasjement for å påvirke atferden i organisasjonen slik at nye strategier vokser frem (Simons, 1995b). Gjennom kommunikasjon blir systemet interaktivt, og dette skal bidra til læring og utvikling, som er en viktig driver i opplæringsfasen (Simons, 1995a, som referert i Bisbe & Otley, 2004). Kommunikasjonen mellom de ulike nivåene bidrar til at ledelsen får mulighet til å aktivt involvere seg i beslutninger tatt på lavere nivå i organisasjonen, og medarbeiderne får muligheten til å utvikle nye fremgangsmåter for suksess. Felles forståelse av organisasjonens mål gjør sannsynligvis de ansatte mer engasjert og motivert for arbeidet. Dette er helt avgjørende for ansattes eierskap til arbeidsprosessene, og muliggjør innovasjon og forbedring i organisasjonen (Ahrens & Chapman, 2004). I tillegg får de ansatte frihet til å komme med innspill på hva som er viktig for dem og hvor de mener det langsiktige fokuset bør være. Toveiskommunikasjon bidrar til å forme måter å jobbe på blant de ansatte (Simons, 1995a, som

referert i Bisbe & Otley, 2004). Når ledelsen gir sine underordnede frihet og autonomi til å ta ansvar og beslutninger innenfor gitte rammevilkår, vil det kunne styrke tilliten ansatte har til arbeidet. Tillit kan motivere til forpliktelse og initiativ slik at organisasjonen enklere oppnår sine overordnede mål (Simons, 1995b).

Informasjonen fra det interaktive styringssystemet kan anvendes til å presisere hva organisasjonen skal fokusere på (Simons, 1995a). De involverte i organisasjonen bør ha innsikt i driften slik at de forstår hvorfor ulike endringstiltak igangsettes, som kalles for et fremskridende perspektiv. Når ledelsen velger å ikke involvere ansatte i driften vil det ifølge Simons (1990) være et hierarkisk perspektiv. Gjennom Levers of Control rammeverket, ønsker Simons (1990) å forene disse to perspektivene på strategi. Tilgang på økt informasjon gir de ansatte bedre forståelse, som kan føre til endringer i handlingsmønstrer. Kunnskap og forståelse er i henhold til Burns & Scapens (2000) en forutsetning for å hindre motstand blant ansatte. Organisatoriske rutiner i form av informasjonsdeling, prestasjonsindikatorer og rammeverk endres når de involverte forstår virkningen av endringene. Ledelsen kan bruke denne metoden til å utfordre de ansatte til å tenke mer innovativt på bakgrunn av den nye informasjonen.

3.2.5 Kritikk av Levers of Control

Simons (1995b) Levers of Control rammeverket har blitt kritisert for manglende fleksibilitet til omgivelsene. Organisatoriske beslutninger involveres ikke i den helhetlige konteksten, hvilket fører til ineffektivitet. Dette stemmer med Ferreira & Otley (2009), som påstår at Levers of Control mangler en helhetlig tilnærming til styringssystemene. Flere av begrepene i rammeverket åpner for subjektive tolkninger. Tessier & Otley (2012) kritiserer rammeverkets manglende tydelighet, særlig tro- og grensesystemet. I likhet med Ferreira & Otley (2009), mener Ahrens & Chapman (2004) at rammeverket ikke konkretiserer hvordan samspillet mellom styringssystemer fungerer i praksis. Samspillet mellom spakene skal sørge for innovasjon og utvikling, men det kan isteden føre til at det jobbes mot å tilfredsstille det som «forventes». Fokuset blir dermed forflyttet mot kortsiktige- og ikke langsiktige målsetninger.

3.3 Økonomistyring som verktøy for endring

Organisasjoner påvirkes av sosiale og konkurransemessige endringer i samfunnet. Kunnskap driver frem endringer i form av nye aktiviteter og arbeidsmåter, som bidrar til uforutsigbarhet for de berørte. For å imøtekomme de samfunnmessige endringene kreves det teknologiske investeringer for å oppnå effektivitet og profitt i organisasjonen (Hopwood, 1990). Hvilken

rolle og funksjon økonomistyringen vil få for organisasjonen er et betimelig spørsmål. Hopwood (1990) sier at økonomistyringen skal bidra til å synliggjøre beslutninger bedre som gir grunnlag for styring, observasjon og kontroll.

Skiftende mønster i organisatoriske og økonomiske aktiviteter påvirker regnskapspraksis og dens kunnskap. Tidligere ble regnskapet karakterisert som autonome fenomener, og kritisert for å være konservativ. Det stilles i dag krav til at regnskapet endrer seg i takt med den organisatoriske og sosiale konteksten. Regnskapsmessige fenomener er gjenstand for både virkelige og retoriske endringer. For å tilpasse seg endringene i omgivelsene må organisasjoner ifølge Hopwood (1990) ta i bruk nye økonomistyringssystemer.

Økonomistyringen hevder Hopwood (1990) har tre rolle i organisatoriske endringsprosesser: synliggjøring, kalkulativ praksis og domener for økonomiske handlinger. Hopwood (1990) forklarer behovet for å synliggjøre abstrakte fenomener som vi ellers ikke observerer i organisasjoner. Sosiale konstruksjoner i form av rapporter og kalkyler blir utarbeidet, slik at ledelsen kan utføre kontroll. Det som ikke inkluderes i en kalkyle blir usynlig, og kan ikke måles eller kontrolleres i regnskapet, og feil blir vanskelig å identifisere. Regnskapet vil ha innflytelse på språk, forståelse og atferd i organisatoriske endringer, fordi organisasjonens regnskap og informasjonssystemer avslører hva organisasjonen ønsker å synliggjøre, og eventuelt hva de prøver å skjule. Informasjon fra regnskapet kan brukes til å vurdere hvem i organisasjonen som har makt til å påvirke synlighetsmønsteret, og hvem som bestemmer hva som skal synliggjøres (Hopwood, 1990). Synliggjøring av målene på bakgrunn av kontekstuelle forhold kan brukes som virkemiddel for økt forståelse og engasjement i organisasjonen. Felles forståelse av hvilke faktorer som påvirker måloppnåelsen vil kunne skape motivasjon og tillit som fremmer endringsvilje (Hopwood, 1983). Trondheim kommune synliggjør gevinstmålene til de involverte i prosjektet for å vise hva implementeringen av Helseplattformen kan bidra med.

Kalkulativ praksis omhandler regnskapets funksjon i økonomistyringen, og kan defineres som objektivisering, fordi regnskapet blir synliggjort. På grunn av usikkerhetene i omgivelsene er kalkyler bare et estimat, og ikke en reell faktaopplysning. Kalkyler åpner for at abstrakte fenomener oppfattes mer reelle for de involverte (Hopwood, 1990). Organisasjoner streber etter å oppnå kalkulativ legemliggjøring av abstrakte fenomener, som kan føre til at subjektiviteten til abstrakte fenomener reduseres. Dette kan sees i sammenheng med at kalkuleringskalkyler

ofte forbindes med makt og innflytelse, ettersom organisasjoner bruker kalkyler som et beslutningsverktøy. Sannsynligheten for kalkulativ legemliggjøring i regnskapet er av den grunn stor. Det kalkulative bidrar til å skape koblinger mellom økonomistyringen og det organisatoriske liv i form av mer presise målinger og retoriske begrunnelser. Beslutninger blir påvirket av fremgangsmåtene for kalkylene, for eksempel hvordan gevinstene i Helseplattformen beregnes. Kalkylene endres som følge av at nye aktiviteter tilføyes, og følgelig blir organisasjonens ressursfordeling omgjort. Kalkulativ praksis kan sees i sammenheng med gevinstrealiseringsprosjektet, abstrakte gevinster blir fremstilt ved hjelp av gevinstkalkyler innenfor utvalgte arbeidsprosesser slik at gevinstene oppfattes reelle for de involverte.

Den siste rollen i organisatoriske endringsprosesser er domener for økonomiske handlinger, som definerer regnskapets retoriske rolle. Regnskapet kan anvendes som et økonomistyringsverktøy i forhold til operasjonalisering av kunnskap, og forståelse av den økonomiske situasjonen i organisasjonen. Dette informasjonsgrunnlaget kan videre brukes i sosiale, politiske og økonomiske diskusjoner, samt åpner for gjennomtenkte beslutninger med utgangspunkt i den organisatoriske strategien. Regnskapet og økonomistyringen gir ledelsen gode forutsetninger for økonomiske vurderinger og valg, og uten operasjonalisering knyttet til de økonomiske forholdene ville det vært umulig å ta valg basert på presisjon og objektivitet (Hopwood, 1990). Det utarbeidede informasjonsgrunnlaget fra gevinstrealiseringsprosjektet muliggjør operasjonalisering av eksisterende kunnskap, og større forståelse i sosiale, politiske og økonomiske diskusjoner for endring. Organisatoriske agendaer, problemstillinger og valg kan bli påvirket og formet av dette.

3.4 Digitale samhandlingsverktøy i økonomistyringen

Digitalisering har de seneste årene blitt en sentral del av økonomistyringen, og hjelper organisasjoner til bedre beslutningstaking gjennom sikker og effektiv spredning av informasjon (Morken & Valvik, 2022). Dechow et al. (2007) hevder at målsetningen med IT-systemer i moderne organisasjoner er å opprette en infrastruktur som fremmer utviklingen av nye verktøy der fokuset ligger på brukervennlighet og automatisering. Innenfor økonomisk styring er fokuset å finne nye teknologiske løsninger ved å utnytte informasjon til å øke kvalitet og pålitelighet (Dechow et al., 2007). Ved hjelp av Helseplattformen skal målingene i gevinstrealiseringsprosjektet bli mer nøyaktige. Riktig datagrunnlag gir større sannsynlighet

for bedre beslutningstaking, samt økt tillit til ny teknologi blant de ansatte og innbyggere i kommunen (Dechow et al., 2007).

Implementering av ny teknologi kan i noen tilfeller være mer tidkrevende enn forventet, og føre til mer skade enn nytte (Dechow et al., 2007, som referert i Morken & Valvik, 2022). Rachinger et al. (2019, som referert i Agostini et al., 2019) fremhever at digitalisering i mange tilfeller kan kobles til økt fleksibilitet og autonomi på arbeidsplassen. Dette motstrider Mengay (2020), som sier at resultatet av digitalisering kan føre til heteronomi siden arbeidsoppgavene og beslutningene blir formaliserte og datasentrerte. Når en hel økonomisk aktivitet blir strukturert rundt en algoritme innebærer det utfordringer. I mange tilfeller vil det være behov for støttesystemer i organisasjoner, siden det kan være feilspesifikasjoner knyttet til en algoritme.

Ifølge Simons (1995a) er kommunikasjonen mellom ansatte avgjørende for hvorvidt organisasjonen er interaktiv. Quattrone (2016) fremmer at begrensninger i form av dialog, kunnskapsutvikling og sosialisering er ulempen knyttet til teknologien. Digitalisering og mindre grad av kommunikasjon i økonomistyringen kan medføre at menneskelig arbeidskraft blir truet (Quattrone, 2016). Økonomistyringsverktøy er ikke kun en presentasjon av tall, men det kan også være et sosialt forum for menings- og kunnskapsutveksling, og bør derfor verdsettes (Quattrone, 2016, som referert i Andreassen & Bjørnenak, 2018).

Star & Ruhleder (1996) understreker at bakgrunnen for at infrastrukturen ikke fungerer som ønsket avhenger av konflikter mellom kontekster, og et velfungerende system forutsetter samhandling mellom maskiner, mennesker og oppgaver. Dårlig samspill mellom systemene kan føre til kollaps. Dechow et al. (2007) hevder at i hvilken grad teknologi vil være fordelaktig avhenger av hvilke verktøy som er involvert i tilgjengeliggjøringen av informasjon. Implementeringen av nye styringssystemer kan ofte være krevende, fordi IT- systemer alene ikke fungerer optimalt (Morken & Valvik, 2022). Dechow et al. (2007) diskuterer effektiviteten av ny teknologi, fordi den kan være kompleks å håndtere og det kan foreligge mangel på tillit og erfaringer.

Levers of Control rammeverket brukes til å utvikle og implementere mer effektive styringssystemer (Simons, 1995a). Denne prosessen blir i dag effektivisert og automatisert ved hjelp av digitale verktøy som samler og analyserer datamaterialet. Nye digitale

styringssystemer gjør det enklere å måle og overvåke resultater i sanntid ved hjelp av effektive overvåking- og tilbakemeldingssystemer (Simons, 1995b). Andreassen & Bjørnenak (2018) forteller at kravene til økonomistyringen har endret seg, og er i dag drevet av tilgangen på store mengder data og nye analysemetoder. I tidligere systemer var det vanskelig å planlegge og sette opp realistiske mål for økonomistyringen, ettersom tilgangen på styringsinformasjon og analyseverktøy var mangelfull. Teknologien gjør det enklere å predikere utfall ved hjelp av mer presise målinger. Kostnadsstrukturen har i mange organisasjoner blitt endret som følge av standardisering av oppgaver, og kostnadene forflyttes fra løpende driftsutgift til kapitalkostnad knyttet til investeringen av ny teknologi. Det er derfor rimelig å anta at endringer i teknologien har konsekvenser for hvordan virksomheten planlegger, måler prestasjoner og gjennomfører lønnsomhetsvurderinger (Andreassen & Bjørnenak, 2018).

3.5 Oppsummering av teori

I dette kapittelet er oppgavens teoretiske fundament beskrevet, som sammen med de empiriske funn danner utgangspunkt for å svare på problemstillingen. Innledningsvis ble begrepet økonomistyring presentert, og hva som skiller økonomistyring i offentlig sektor fra privat sektor. Definisjonen på økonomistyring har endret seg, og i dag vektlegges en mer helhetlig tilnærming på økonomistyring. Simons (1995a) Levers of Control beskrives som et helhetlig rammeverk, og vi har valgt å ta utgangspunkt i denne når vi skal studere hvordan gevinstrealiseringsprosjektet brukes som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen. De fire styringssystemene i rammeverket brukes for å skape en dynamisk spenning slik at realiseringen av gevinster kan brukes som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen. Levers of Control er hovedrammeverket i denne oppgaven. En supplerende teori er rammeverket til Hopwood (1990; 1983), som brukes for å tydeliggjøre effekten av synliggjøring for å skape forståelse og diskusjon i endringsprosesser. Økt diskusjon og forståelse av arbeidet vil ifølge Hopwood (1983) medføre høyere grad av endringsvillighet blant de involverte. Helseplattformen er et komplekst digitaliseringstiltak, som krever menneskelig interaksjon for å lykkes. Det er derfor hensiktsmessig å støtte undersøkelsene på Dechow et al. (2007), som diskuterer effektiviteten av nye IT-systemer. Dersom det er lav endringsvilje relatert til utførelsen av arbeidet blant ansatte, kan ny teknologi være krevende å håndtere.

4. Metode

I følgende kapittel skal vi redegjøre for bakgrunnen i de metodiske valgene som er tatt ved gjennomførelsen av denne oppgaven. Våre metodevalg er basert på at empirien best mulig skal kunne gjenspeile virkeligheten, og derfor gi et godt grunnlag for analysen. Vi vil starte med å fremstille vår vitenskapsteoretiske tilnærming, og deretter redegjøre for valgt forskningsstrategi. Videre presenteres valg av forskningsdesign, en beskrivelse av datainnsamlingsmetode, og hvordan innhentet informasjon fra dybdeintervjuene og dokumentstudiene ble håndtert i analysen. Avslutningsvis vil vi redegjøre for studiens forskningskvalitet, derav validitet, generaliserbarhet og reliabilitet.

4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Vi starter med å presisere vårt vitenskapsteoretiske ståsted, da dette har påvirket valgt datainnsamlingsmetode, analyse og til slutt resultatene i studien. Vi er to økonomistudenter i tyveårene med begrenset kunnskap om temaet vi undersøker, og det vil kunne påvirke forskningsprosjektet. Forskeres ulike kompetanse, personlige erfaringer og perspektiver er noen faktorer som kan påvirke et forskningsprosjekt (Nyeng, 2017). Innenfor forskning finnes det to allmenkjente vitenskapsteoretiske tilnærminger: fortolkningsteori og positivisme. Fortolkningsteori kan beskrives som et hermeneutisk perspektiv, og er grunnlaget for denne forskningsoppgaven. Gevinstrealiseringsprosjekt kjennetegnes av at de er menneskelig utformet, og det blir derfor mest hensiktsmessig å observere prosjektene i en sosial kontekst (Roberts & Scapens, 1985). Gjennom vår studie ønsker vi å generere kunnskap basert på ulike aktørers subjektive meninger og erfaringer, og derfor er det ingen objektiv sannhet knyttet til studien. Når erfaringer og meninger blir studert på denne måten tilhører det den hermeneutiske tilnærmingen (Saunders et al., 2016). Hermeneutikk er opphavet til en mer moderne tolkningsvitenskap, og er en vitenskapsteoretisk retning som danner grunnlaget for en del av de kvalitative tilnærmingene som er gjentakende i bedriftsøkonomisk forskning i dag. Positivisme vektlegger realisme og en objektiv sannhet som eksisterer uavhengig av fortolkninger og observasjoner (Rashid et al., 2019). Dersom flere informanter har tilsvarende erfaringer og meninger blir troverdigheten til empirien forsterket. Etersom Helseplattformen nylig er innført og det ikke finnes mange tilsvarende studier er det utfordrende å sjekke gyldigheten, og om studien er intersubjektivt gyldig (Tjora, 2021). Intersubjektivitet innebærer hvorvidt forskeren prøver å komme frem til en felles forståelse. Hvis forskere i fremtiden velger

lignende forskningsobjekt som vårt medfører det større sannsynlighet for rett resultat, og vår forskning blir intersubjektivt gyldig.

4.2 Forskningsmetode

I samfunnsvitenskapelig metode finnes det to forskjellige forskningsstrategier; kvantitativ og kvalitativ metode (Ringdal, 2018). Ifølge Tjora (2021) legger kvalitativ metode mer vekt på å forklare og skape en inngående forståelse med få strategisk utvalgte informanter, mens kvantitativ metode er mer opptatt av å identifisere omfanget. Kvalitativ metode er en fleksibel forskningsstrategi i den forstand at det finnes mulighet for å endre spørsmål underveis, og stille oppfølgingsspørsmål. Ved bruk av kvantitativ forskningsmetode har studiet ofte store mengder datagrunnlag som gir grunnlag for større grad av generaliserbarhet (Jacobsen, 2015). En kvantitativ forskningsmetode er ikke egnet for vår studie, fordi oppgaven har som mål å forstå og tolke informantenes subjektive perspektiver, meninger, holdninger og opplevelser, og dermed besvare problemstillingen. Formålet med vår oppgave er ikke best mulig generaliserbarhet, men å få en inngående forståelse for hvordan gevinstrealiseringsprosjektet blir brukt som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune.

4.2.1 Forskningstilnærming

Innenfor forskningslitteraturen skilles det mellom induktiv og deduktiv tilnærming. Valg av tilnærming avhenger av studiens formål. Deduktiv metode tar utgangspunkt i eksisterende teori og utvikler en problemstilling, og forskningsprosessen utvikles fra teori til empiri. En induktiv tilnærming brukes for å besvare åpne forskningsspørsmål, og forskeren beveger seg fra empiri til teori. En åpen tilnærming til forskningen innebærer at viktig teori ikke blir utelukket, og grunnlaget for å koble funnene mot eksisterende eller ny teori blir dannet (Leseth & Tellmann, 2014). Ifølge Jacobsen (2015) kan en kombinasjon av disse to tilnærmingene brukes, såkalt abduktiv metode, hvor empiri og teori er overlappende.

I vår masteroppgave har vi tatt utgangspunkt i en abduktiv tilnærming, hvor vi tilstreber å finne den beste forklaringen på det som observeres (Jacobsen, 2015). Vi startet vår studie med å finne relevant teori for å besvare vår problemstilling, og utarbeidet deretter en intervjuguide. Etter transkribering og analysing av intervjuene så vi behov for å gå tilbake til teorikapittelet for justeringer, og undersøke flere teorier som kunne belyse vår problemstilling bedre. Vi valgte blant annet å undersøke om Hopwoods (1990) teori kunne belyse vår problemstilling på en god måte. Denne teorien bruker vi for å belyse formålet synliggjøring av gevinster kan ha i

implementeringen av Helseplattformen. Deretter jobbet vi frem og tilbake fra empiri- og teori kapittelet for å fjerne, endre og tilføye informasjon. Den samme fremgangsmåten ble brukt når vi utarbeidet analysekapittelet, hvor empiri og teori ble sammenlignet. I analysen beveget vi oss mellom teori og analyse for å fjerne og tilføye teori. Vi valgte dermed å fjerne en del fra digitaliseringsavsnittet i teorikapittelet, som vi innså ikke ble brukt i analysen.

4.3 Forskningsdesign

I henhold til Bell et al. (2019) kan forskningsdesign defineres som teknikker og prosedyrer for innhenting og analysing av data. Forskningsdesignet avgrenses ved hjelp av problemstillingen, og bør dermed velges etter formulering av problemstillingen (Tjora, 2021). Casestudie er ifølge Thagaard (2013) egnet ved studier som innhenter innholdsrik informasjon om et avgrenset område. Vi anser det hensiktsmessig å bruke casestudie som forskningsdesign for å få en inngående forståelse av erfaringene til undersøkelsesenheter og konteksten. Dette fordi vi har lite forkunnskaper, og ønsker å vite mer om gevinstrealiseringsarbeidet i Helseplattformen.

Yin (2014) skiller mellom tre hovedgrupper av forskningsformål; eksplorativt, deskriptivt og kausalt. Vi ønsker i denne studien å besvare et “hvordan” spørsmål, og dermed kan en deskriptiv vinkling være godt egnet. Deskriptivt forskningsdesign har et beskrivende formål, og forskeren studerer fenomener i virkelige sammenheng med hensyn til kontekst (Baxter og Jack, 2008). Scapens (2006) beskriver et deskriptivt forskningsdesign som fordelaktig når studien skal forstå hvordan kontekstuelle og sosiale faktorer påvirker endringsprosessen. Vi anser dermed at en beskrivende casestudie er passende til å studere hvordan Trondheim kommune bruker gevinstrealiseringsprosjektet som et verktøy for endring i implementeringen av Helseplattformen.

4.4 Datainnsamling

I dette delkapittelet presenteres valgt datainnsamlingsmetode, for å kunne besvare problemstillingen. Vi har valgt dybdeintervju som datainnsamlingsmetode, som ifølge Tjora (2021) er den mest utbredte datagenereringsmetoden innenfor kvalitativ forskning. Selv om intervjuer er en tidkrevende metode er det i henhold til vår problemstilling mest gunstig, fordi vi ønsker informantenes egne oppfatninger og synspunkter på gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen. Vi ønsker også å studere variasjoner i informantenes synspunkter og holdninger, som er utsatt for samme type intervensjon (Tjora, 2021).

4.4.1 Forstudie

Høsten 2022 skrev vi en forstudie til masteroppgaven i faget “Ny offentlig styring”. Vi brukte denne i tilegningen av kunnskap om Helseplattformen og gevinstrealiseringsarbeidet i Trondheim kommune. I forstudien utførte vi dybdeintervju med en økonomirådgiver fra økonomitjenesten i Trondheim kommune, samt dokumentstudier. Vi brukte en del tid på kartlegging av ulike teorier passende vår forstudie for å gjøre arbeidet med masteroppgaven enklere. Resultatet av studiens omfang var begrenset, men ble likevel et verdifullt bidrag til vår masteroppgave. Det materialet vi har brukt fra forstudien har vi referert til i teksten.

4.4.2 Dokumentstudier

I tillegg til dybdeintervju har vi benyttet dokumentstudier for å besvare vår problemstilling. Innenfor casestudie er det en fordel at forskeren kan bruke flere datainnsamlingsmetoder, fordi resultatet får høyere reliabilitet (Tjora, 2021). Dokumentstudier er en sekundær datainnsamlingsmetode, og bidrar til bedre forståelse av emnet. Dette dro vi nytte av ved utarbeidelsen av intervjuguiden, siden det medførte mer presise spørsmål til informantene. Før gjennomførelsen av intervjuene innhentet vi informasjon om blant annet Helseplattformen, gevinstrealiseringsprosjekt i offentlig sektor og utarbeidelsen av gevinstmålene i Trondheim kommune. Dokumentstudiene bidro til økte forkunnskaper om temaet, og vi ble bedre i stand til å kvalitetssikre datamaterialet fra intervjuene gjennom å stille uforberedte oppfølgingsspørsmål. Vi mener at dokumentstudier og intervju passet godt til vår studie siden vi fikk mye informasjon om emnet på kort tid. I tabellen under finnes en oversikt over de mest sentrale dokumentene vi har brukt.

Type dokument	Kategori	Forfatter	Årstall	Kilde
Hjemmeside	Offentlig	Helseplattformen AS	2022-2023	Helseplattformen AS
Stortingsmeldinger	Offentlig	Helse- og omsorgsdepartementet	2008-2020	Regjeringen
Regneark: estimeringsmodell-tidstyvkartlegging	Tilsendt fra informant	Trondheim kommune	2022	Trondheim kommune
Prosessbeskrivelse - "gevinstpotensiale del 1, Tidstyver"	Offentlig	Trondheim kommune	2022	Trondheim kommune
Kvalitetssikringsrapport	Offentlig	Holte consulting	2022	Trondheim kommune
Veileder	Offentlig	Direktoratet for økonomistyring	2023	Direktoratet for økonomistyring
Hjemmeside	Offentlig	Direktoratet for e-helse	2021	Direktoratet for e-helse
Powerpoint presentasjon	Intern	Trondheim kommune	2023	Trondheim kommune

Tabell 1: Oversikt over sentrale dokumenter i studien.

4.4.3 Informanter og utvalg

Før intervjuobjekter velges bør forskeren vurdere hvilke informanter som kan bidra med relevant informasjon, og følgelig uttrykker dette på en reflektert måte (Jacobsen, 2015). Vi valgte informanter med nær kjennskap til utarbeidelsen og arbeidet i gevinstrealiseringsprosjektet og Helseplattformen. Det er få ansatte med slik kompetanse i Trondheim kommune, og derav har utvalget av informanter vært begrenset. I forstudien fikk vi god kontakt med informanten vi intervjuet, og han uttrykte interesse for å fortsette samarbeidet i vår masteroppgave. I desember avtalte vi et nytt gruppeintervju i januar med andre involverte i arbeidet med gevinstrealisering, og deretter avtalte vi et dybdeintervju med tre av dem som var relevante. Videre spurte vi informantene om de hadde kjennskap til andre relevante personer til prosjektet vårt, og kontaktinformasjon ble utvekslet. Ifølge Bell et al. (2019) omtales denne utvalgsmetoden som snøballmetoden.

Vi sendte mail til relevante informanter på bakgrunn av anbefalinger fra tidligere informanter og internettsøk. I mailen presenterte vi casebeskrivelsen av oppgaven, og det ble avtalt tid og

sted for intervjuet. Noen informanter henviste oss videre til kollegaer som de betraktet som mer egnet til å besvare våre spørsmål. En informant anså seg selv som ikke fagkyndig, og videreformidlet kontaktinformasjonen til en mer kompetent kollega. Enkelte informanter ønsket intervjuguiden tilsendt på forhånd for å vurdere om de var i stand til å besvare spørsmålene. Intervjutidspunkt ble avtalt underveis slik at informasjon fra tidligere intervjuer kunne anvendes, derfor er rekkefølgen på intervjuene ikke tilfeldig.

Studien har bestått av ni intervjuer, inkludert intervjuet i forstudien høsten 2022 og gruppeintervjuet i januar. I henhold til Johannessen et al. (2020) er det vanlig å bruke færre enn ti informanter i en masteroppgave på grunn av tid- og ressursbegrensninger, og i noen tilfeller vil flere informanter ikke nødvendigvis lede til mer utfyllende informasjon. I utgangspunktet bestemte vi oss for ti informanter, på bakgrunn av anbefalinger fra de andre informantene og internettsøk. Informantenes stilling i Helseplattformen og gevinstrealiseringsprosjektet avgjorde deres relevans for studiet. Etter hvert innså vi at åtte informanter var nok, og etter gjennomføringen av det åttende intervjuet erfarte vi mye gjentakende informasjon. Studien hadde nådd et punkt hvor ingen ny informasjon ble tilført oppgaven, men et niende intervju ble likevel gjennomført, fordi vi anså denne informanten som veldig relevant. Ifølge Thagaard (2013) er det vanlig å nå et metningspunkt etter utførelsen av flere intervjuer, og tilførselen av ny informasjon opphører. Nedenfor vises en tabell som presenterer en oversikt over informantene og intervjuene.

Informant	Stilling	Dato	Antall møter	Varighet
Informant 1	Økonomirådgiver	08.11.2022, 19.01.2023, 03.02.2023	3	34 min, 65 min, 66 min
Informant 2	Rådgiver i ESIKT for fysioterapi	19.01.2023, 01.02.2023	2	65 min, 43 min
Informant 3	Faglig koordinator Gevinstrealisering	19.01.2023, 13.03.2023	2	65 min, 58 min
Informant 4	Rådgiver i ESIKT for psykisk helse og rus	03.02.2023	1	66 min
Informant 5	Faglig leder for data i kommunens fagstab	08.02.2023	1	53 min
Informant 6	Faglig leder for opplæring	10.02.2023	1	39 min
Informant 7	Enhetsleder/økonomisjef	14.02.2023	1	65 min
Informant 8	Enhetsleder for enhet service og internkontroll	21.02.2023	1	63 min

Tabell 2: Oversikt over informanter og intervjuer

4.4.4 Utforming av intervjuguide

De teoretiske rammeverkene er fundamentale i utarbeidelsen av intervjuguiden og besvarelsen av oppgavens problemstilling. Ifølge Tjora (2021) er det fordelaktig å utarbeide en intervjuguide for å skape struktur på intervjuene. Dataene til denne studien ble innsamlet ved hjelp av semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i flere forarbeidede intervjuguides. Denne type intervju skaper rom for avvikelser fra intervjuguiden (Tjora, 2021). Dette var fordelaktig for vår studie, fordi vi kunne stille oppfølgingsspørsmål i de tilfeller der vi syntes at informantene ikke utdypet sine svar tilstrekkelig. Vi utarbeidet ulike intervjuguides med 20 til 30 spørsmål basert på informantens stilling i gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen. Vi har brukt fire forskjellige intervjuguides, men vi har valgt å legge ved de to mest brukte, fordi spørsmålene er like. Vi stilte åpne spørsmål slik at informantene kunne fortelle fritt, og vi fulgte opp med å stille både forberedte og uforberedte underspørsmål.

Vi valgte å utarbeide intervjuguiden i henhold til Tjoras (2021) tre faser. Første fase besto av oppvarmingsspørsmål, informantens stilling og rolle i prosjektet. Andre fase inneholdt

refleksjonsspørsmål knyttet til hovedpunktene i vår problemstilling, og besto av tre hovedtemaer: Helseplattformen, gevinstrealisering og Levers of Control rammeverket til Simons (1995a). Siste fasen var avrundingsspørsmål, hvor formålet var å informere informantene om avslutning på intervjuet, og om eventuelle tilføyelser. Noen av informantene ønsket å utdype egne refleksjoner i siste fase. Flere av informantene var nysgjerrige på prosjektet, og vi fortalte om veien videre i oppgaven. Avslutningsvis takket vi informantene for at de tok seg tid til å delta.

4.4.5 Gjennomføring av intervju

Som nevnt i 4.4.3 hadde vi mailkorrespondanse med informantene i forkant av intervjuet, hvor forslag på tidspunkt og sted ble ønsket, samt opplysning om intervjuets varighet på cirka 60 minutter. Tjora (2021) anbefaler at intervjuer bør ha en varighet mellom 60-90 minutter, slik at informantene har tid til å fortelle i dybden. Lengden på intervjuene ble varierende, fordi informantene hadde ulik kjennskap til gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen, og noen utfylte mer med egne erfaringer og eksempler. Vi var begge til stede under alle intervjuer med avklart arbeidsdeling. En hadde hovedansvaret for å stille spørsmål fra intervjuguiden, som ble en rullerende rolle. Den andre satt i bakgrunnen og stilte eventuelle oppklarende spørsmål. Denne fordelingen skulle gjøre det enklere for informantene å forholde seg til kun én person i intervjuet.

I forkant av intervjuet skrev informantene under på et samtykkeskjema som ga oss tillatelse til å bruke datamaterialet og lydopptak fra intervjuet. Vi informerte informantene om at lydopptaket ville bli slettet ved prosjektets slutt. Ved hjelp av lydopptak ble det enklere å stille oppfølgingsspørsmål som førte til en mer flytende kommunikasjon, og fokuset ble i større grad rettet mot informantene og ikke dataskjermen (Tjora, 2021). Samtykkeskjemaet ble sendt på e-post eller gitt i papirformat til informantene før intervjuet startet.

4.5 Analyse av data

For å enklere utarbeide empirikapittelet ble det innsamlede datamaterialet strukturert og analysert, slik at vi fikk bedre oversikt over datamaterialet. En omfattende dokumentstudie og cirka ni timer med lydopptak gjorde bearbeiding av data tidkrevende. Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert umiddelbart etter hvert intervju for å ikke glemme uttalelser og feiltolkning av informasjonen. I henhold til Bell et al. (2019) bidrar transkribering til å korrigere for begrensninger i minnet vårt. Transkriberingen førte til presis gjenfortelling av intervjuene,

med informantenes egne ord og uttrykk. På grunn av at datamaterialet kan komme til nytte i analysen er det ifølge Tjora (2021) fordelaktig å transkribere så detaljert som mulig. Datamaterialet ble derfor analysert underveis i datainnsamlingen, som medførte at studien fikk en abduktiv tilnærming. Vi vekslet mellom det empiriske og teoretiske materialet, og gjorde justeringer i teorikapittelet etter hvert som intervjuene ble transkribert. Lydopptakene ga oss mulighet til å kvalitetssikre det transkriberte materialet ettersom vi kunne dobbeltsjekke at materialet var korrekt. For å effektivisere arbeidet med å transkribere ble intervjuene fordelt jevnt mellom oss, og vi vekslet på å lytte til alle intervjuene. Dette bidro til kjennskap og eierskap til hele datainnsamlingen, som har vært fordelaktig ved diskusjoner og videre utarbeidelse av forskningsprosjektet.

Bell et al. (2019) påstår at en av utfordringene med kvalitative studier er store mengder datamateriale for analysering, og det kan være vanskelig og tidkrevende å danne seg oversikt over materialet. Etter at vi hadde transkribert alle intervjuer satt vi igjen med 109 sider transkribering, og det ble viktig å redusere datamaterialet og finne hovedpunktene. Det finnes to fremgangsmåter ved analysering av datamaterialet fra dybdeintervjuene, analysering manuelt eller ved hjelp av et dataprogram, som for eksempel NVivo (Ringdal, 2013). Etter gjennomført transkribering startet vi å kode datamaterialet manuelt ettersom vi ikke hadde kunnskap med elektroniske analyseverktøy, og anså det mer tidkrevende å sette oss inn i et nytt verktøy.

Vi benyttet oss av fargekoder i Google Docs, og delte opp fargene etter temaene som informantene nevnte gjentatte ganger (Tabell 3). Når vi fikk bedre oversikt over datamaterialet, sammenslo vi relevante temaer, og fjernet irrelevante temaer. For eksempel slo vi sammen fargekodene gul og lilla, da vi anså at de overlappet. Temaene ble videre delt inn i fire kategorier som resulterte i empirikapittelet: *Helseplattformens formål i Trondheim kommune og bakgrunnen for gevinstberegningene, integrerte styringsverktøy i Helseplattformen, involvering og forståelse av gevinstarbeidet og mangelfull opplæring.*

Fargekode	Tema
Gul	Bakgrunnen for Helseplattformen
Lilla	Bakgrunnen for gevinstrealiseringsprosjektet
Blå	Gevinstmål
Rød	Involvering og opplæring
Grå	Digitalisering
Grønn	Styringsverktøy i Helseplattformen

Tabell 3: Fargekoder

I utarbeidelsen av empirien var vi bevisste på å markere brukt datamateriale, for å hindre at materialet ble brukt gjentatte ganger. For at informasjonen i studien skal bli mest mulig troverdig fremmer Tjora (2021) at kodingen skal være tett koblet mot informantenes utsagn ved at disse utheves. I empirien fremhevet vi noen utsagn fra informantene ved hjelp av sitat for å understøtte tolkninger av informantenes påstander. Funnene fra empirikapittelet ble videre sammenfattet og analysert opp mot teori i analysekapittel. Dette innebærer at vår tilnærming til arbeidet var abduktivt, som nærmere beskrevet i 4.2.1 (Tjora, 2021). Problemstillingen måtte omformuleres som følge av funnene kartlagt i analyseprosessen slik at den kunne besvares på en tydeligere måte.

4.6 Forskningskvalitet

En grunnleggende del av en forskningsprosess er å analysere studiens forskningskvalitet. Formålet med studien bestemmer forskningskvaliteten, og dette kan ikke vurderes på generelt grunnlag. For å vurdere studiens forskningskvalitet og sikre høy kvalitet på innsamlet data vil vi redegjøre for begrepene validitet, generaliserbarhet og reliabilitet (Johannessen et al., 2020).

4.6.1 Validitet

Ifølge Tjora (2021) handler validitet om gyldighet, og hvorvidt resultatet av studien svarer på det vi ønsker å undersøke. Det skal være en logisk sammenheng mellom problemstilling, teori og valg av metode. Før gjennomføring av intervjuene samlet vi inn informasjon ved hjelp av dokumentstudier som omhandlet Helseplattformen, gevinstrealisering og Trondheim kommune. Jacobsen (2015) mener at dokumentstudier styrker studiens validitet, fordi forskningen baseres på flere uavhengige kilder. Vi støtter dette utsagnet, da vi har sett i ettertid at dokumentstudiene vi har tatt utgangspunkt i korresponderer med datamaterialet fra intervjuene. Forstudien gjennomført høsten 2022 ga oss nyttig kunnskap om temaet, og vi ble bedre i stand til å skille mellom relevant og ikke relevant informasjon. Vår forhåndskunnskap medførte større troverdighet til intervjuguiden slik at vi kunne stille mer aktuelle spørsmål til informantene, og validiteten til studien økte (Tjora, 2021).

Oppgavens gyldighet kan svekkes om de relevante intervjuobjektene og spørsmålene ikke er valgt og stilt. Dette kan vi ikke vite med sikkerhet, men vi har forsøkt å begrunne valg og fremgangsmåte for å oppnå høyest mulig validitet (Tjora, 2021). Vi intervjuet informanter på ulike nivåer i gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen, og følgelig tilpasset intervjuguiden til informantenes stilling for å styrke oppgavens validitet. Til tross for dette hadde vi begrenset informasjon om informantenes kunnskap om gevinstrealiseringsprosjektet og Helseplattformen, som kan påvirke validiteten negativt. Vi gjennomførte intervjuer med informanter anbefalt fra andre gjennom snøballmetoden, og gjennom internettsøk. Snøballmetoden kan medføre at informantene henviser til andre med tilsvarende meninger, og validiteten kan dermed bli tvilsom.

4.6.2 Generaliserbarhet

Definisjon på generaliserbarhet er at funnene i en studie bidrar til å trekke slutninger også i andre studier. Innenfor kvalitativ forskning er generaliserbarhet en utfordring som forskeren bør ha et bevisst forhold til. Casestudie er ikke optimalt for å oppnå god generaliserbarhet, fordi det utgjør små utvalg (Tjora, 2021). Hensikten med vår oppgave er ikke å generalisere, men å forstå hvordan gevinstrealisering blir brukt som et verktøy for endring i implementeringen av Helseplattformen. For å fremme generaliserbarheten har vi intervjuet informanter med ulike roller i gevinstrealiseringsprosjektet, slik at vi forhåpentligvis får ulike synspunkter og variasjon på temaet. På den andre siden kan vårt begrensede utvalg på åtte informanter drøftes å svekke generaliserbarheten, fordi studiens funn ikke har stort nok grunnlag til å generaliseres.

Dette forskningsprosjektet er gjennomført i Trondheim kommune som er den første kommunen i Norge som innfører Helseplattformen. Det er mulig at deler av denne studien har en viss overføringsverdi til andre kommuner når de skal implementere Helseplattformen. Dette kalles for naturalistisk generalisering, som ifølge Tjora (2021) innebærer at et prosjekt kan ha overførbarhet til andre lignende prosjekter. Våre funn tilsier at implementeringen av Helseplattformen har hatt varierende suksessrate, og at det er forskjeller mellom enhetene hvorvidt gevinstrealiseringsprosjektet har blitt tatt i bruk. Disse variasjonene og utfordringene kan andre kommuner ta lærdom av for å gjøre egen implementering enklere. Kommunene må selv vurdere om resultatene fra denne studien har overføringsverdi for dem.

4.6.3 Reliabilitet

Reliabilitet beskriver dataene som brukes, samt innsamlings- og bearbeidingsmetode (Johannessen et al., 2020). Vi har som tidligere nevnt benyttet oss av intervju og dokumentstudier som datainnsamlingsmetode i denne studien. Yin (2013) hevder at studiens reliabilitet styrkes gjennom dokumentstudier, siden formålet ved bruken av dokumentstudier er å bekrefte innhentet informasjon gjennom intervju. Underveis i forskningen opplevde vi tvetydighet fra flere informanter knyttet til besvarelsen av intervju spørsmålene. I utarbeidelsen av analysekapittelet kan det gjenspeiles i egne tolkninger og antakelser fra datamaterialet, som kan bidra til å svekke reliabiliteten. Til tross for egne antakelser håper vi å styrke påliteligheten til oppgavens innhold gjennom å inkludere sitat fra informantene i empirien. Sitatene er hentet fra det transkriberte datamaterialet og har utgangspunkt i lydopptakene.

Etter vi hadde gjennomført noen intervjuer fikk vi et inntrykk av en gjennomgående optimisme blant informantene. De har opplevd at de har lagt ned en tidkrevende og god jobb med gevinstrealiseringsprosjektet og implementeringen av Helseplattformen, men til tross for dette erkjenner de forbedringsmuligheter og at deler av arbeidet kunne vært utført bedre. Optimismen kan ha bakgrunn i deres stilling i Trondheim kommune, og et sterkt ønske om et vellykket prosjekt. Helseplattformen har fått mye kritikk i media, og det kan ha påvirket informantene til å være mer positive for å forsvare implementeringen av den nye felles pasientjournalen. Kanskje svarene hadde vært annerledes dersom vi hadde intervjuet fagarbeidere som jobber tett med Helseplattformen? Vi unnlot å intervju fagarbeidere, fordi de har en annen faglig kompetanse og erfaring, og vi antar at de ikke har nok kunnskap om gevinstrealiseringsprosjektet. Informantenes optimisme kan ifølge Tjora (2021) føre til at forskeren får utfordringer med å avgjøre om informasjonen er pålitelig, som kan være med på å svekke oppgavens reliabilitet.

Derimot har forhåpentligvis lokasjon for gjennomførelsen av intervjuene bidratt til å styrke oppgavens reliabilitet. Ifølge Tjora (2021) vil det være hensiktsmessig for oppgavens reliabilitet å gjennomføre intervjuene i kjente omgivelser. Informantene har valgt sted for intervju, og har stilt møterom til rådighet. Dette har forhåpentligvis ført til ærligere deling av personlige tanker og høyere pålitelighet knyttet til svarene. To av intervjuene som i utgangspunktet var planlagt å gjennomføres fysisk ble gjennomført digitalt via Google Meet etter ønske fra informantene. I henhold til Johannessen et al. (2020) foreligger det fordeler og ulemper ved digitale intervjuer. Det kan være utfordrende å bygge tillit ved digitale intervju,

siden det gjerne oppfattes som mer formelt, og det er vanskeligere å tyde kroppsspråket. På den andre siden er det mindre tidkrevende for informantene å stille opp til digitale intervju. Vi erfarte at det var vanskeligere i de digitale intervjuene å komme med oppfølgingsspørsmål, og at informantene delte mye mindre fullstendig informasjon sammenlignet med de fysiske intervjuene.

5. Empiri

I dette kapittelet fremstilles de empiriske funnene fra intervju og dokumentstudier. Vi har delt empirikapittelet i fire hovedkategorier: *Helseplattformens formål i Trondheim kommune, integrerte styringsverktøy i Helseplattformen, involvering og forståelse av gevinstarbeidet og mangelfull opplæring*. I siste del oppsummerer vi de empiriske funnene i studien som er grunnlag for analysen, og senere et bidrag for å kunne besvare problemstillingen.

5.1 Helseplattformens formål i Trondheim kommune

Trondheim kommune består av mange ulike profesjoner og kulturer, som krever god organisering og administrering for best kostnads- og kvalitetsmessig utnyttelse av økonomi, personell og utstyr (Trondheim kommune, 2021a). Dette innebærer at det er krevende å gjennomføre endringsprosjekt i en stor organisasjon som Trondheim kommune. Ved hjelp av kompetente ansatte og teknologi er målet at innbyggerne får koordinerte tjenester tilpasset den enkeltes helse- og omsorgsbehov. Helseplattformen er verktøyet skapt for å nå dette målet, og et teknologisk satsningsområde som medfører at cirka 8500 ansatte i Trondheim kommune får et nytt arbeidsverktøy (Trondheim kommune, 2021b).

Formålet med Helseplattformen er å gi økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre pasientsikkerhet og mer brukervennlige systemer som forhåpentligvis fører til at helsepersonell utfører oppgaver mer effektivt. I henhold til Direktoratet for e-helse (2021) kan innbyggerne få bedre helsehjelp, og økt pasientsikkerhet når tilgangen på viktig informasjon om pasienten er til stede når helsepersonell trenger det. Informant 5 uttrykte enighet: *“gjennom digitalisering blir informasjonsflyten raskere, siden du har mulighet å få informasjon når du trenger den, og informasjonen er tilgjengelig for flere oppfølgere.”*

Felles journalføring av helseopplysninger vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse ved at flere får tilbud om helse- og omsorgstjenester, fordi mindre tid brukes på journalføring i ulike systemer (Meld. St. 9 (2012–2013)). Helsepersonell er allerede et knapphetsgode, og det vil i fremtiden bli en utfordring med nok ansatte. Derfor er det nødvendig for helse- og omsorgssektoren å bruke personalets kompetanse mer effektivt enn tidligere, siden det blir færre ansatte per pasient (NOU 2023:4). Det forelå en enighet blant informantene at Helseplattformen er et nødvendig tiltak for at helse- og omsorgssektoren skal kunne tilby mer

effektive tjenester. Det vil forhåpentligvis gi resultat innen år 2025, som er året for at planlagte gevinster skal hentes ut.

“Når tjenesteområdene forhåpentligvis har nådd målene innen 2025 vil det gi en effekt siden det ikke ansettes flere personer i Trondheim kommune. Om ikke så veldig lang tid vil majoriteten av befolkningen være over 60 år, og andelen yrkesaktive går ned. Det er et regnestykke som ikke går opp, og man må planlegge for det og utnytte ressursene mer effektivt.” (Informant 1)

Utilgjengelige og ikke oppdaterte helseopplysninger får konsekvenser for pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingene for Trondheim kommunes innbyggere. Helseplattformen ble dermed utviklet på bakgrunn av regjeringens hovedmål; én innbygger- én journal, hvor formålet var bedre samhandling mellom aktørene i helsevesenet (Direktoratet for e-helse, 2021). I henhold til Direktoratet for e-helse (2021) erfarte helsepersonell og kommuner at tidligere arbeidsverktøy før Helseplattformen ikke var godt nok egnet til samhandlingen mellom ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Gerica, som var det tidligere journalsystemet, tilførte lite styringsdata, og ved hjelp av Helseplattformen blir potensialet større for å få bedre oversikt over organisasjonen (Direktoratet for e-helse, 2021). Informant 5 utdypet dette: *“vi ser allerede nå etter åtte måneder i drift, at vi vet mer om virksomheten vår i forhold til det vi visste med 20 års erfaring med det gamle systemet.”* De fleste informantene var enige i at Gerica var utdatert på pasientinformasjon og kostbart. Flere ansatte på operativt nivå var fortrolig med Gerica, og så derfor ikke manglene med journalsystemet i henhold til dagens standard.

“Det er mange som har jobbet med Gerica de siste 20 årene. De har brukt systemet i blinde, og innser ikke at løsningen var dyr. Nå får de en helt ny løsning som de ikke håndterer, og det er ikke enkelt for alle. Om vi betaler 15 -20 millioner ekstra for Helseplattformen synes folk at det er bortkastet. Tenk på alle de 100 000 telefonene som blir tatt for for å undersøke ting, og nå er tidstyven at de ansatte må trykke et par ganger ekstra.” (Informant 6)

Informant 8 fremhevet at ved innføringen av Gerica tok det cirka tre år før de ansatte sluttet å savne det gamle systemet. Etter innføringen av Helseplattformen vil mange ansatte savne Gerica i flere år fremover, men etter hvert vil alle se den store fordelene med Helseplattformen

og innse at det er en bedre løsning. *“En løsning er aldri så god som den dagen du slår det av, og aldri så dårlig som dagen du slår det nye på.”* (Informant 8).

5.1.1 Bakgrunnen for gevinstmålene i Helseplattformen

Ifølge Helseplattformen (2022c) defineres gevinstarbeidet som *“Organisering og ledelse av nødvendige aktiviteter for å sikre at de gevinstene som gjøres mulig av et prosjekt faktisk oppnås.”* Det handler om en kontinuerlig forankring i å identifisere, planlegge, realisere og evaluere. Realisering av potensielle gevinster avhenger av om man klarer å tilpasse seg endringene med nye arbeidsformer, organisering og kultur (Trondheim kommune, 2022a). Informantene forteller at det er stor konkurranse om ressursene i offentlig sektor, og derfor vil en god gevinstplan overbevise politikerne og innbyggere om at Helseplattformen er et gunstig verktøy for å imøtekomme fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Helseplattformen er et kostbart prosjekt, og ble estimert å koste 380 millioner kroner.

“Vi gjorde selvfølgelig en kalkyle knyttet til gevinstrealisering i forkant av at bystyret sa ja til å være med i prosjektet. Dette gjorde vi for at gevinstmålene skulle bli synlige og målbare, for å kontrollere oppnåelsen. Prosjektet med Helseplattformen ble estimert å koste 380 millioner kroner, og da forlanger politikerne å vite om det er gevinster i dette, og det fant vi selvfølgelig masse av.” (Informant 8)

I stortingsmeldingen 27 (2015-2016) ble det fremstilt at et grundig og systematisk gevinstrealiseringsarbeidet må ligge til grunn for å kunne hente ut planlagte gevinster av gjennomførte tiltak. Riksrevisjonen (2015) påstår at det har blitt gjennomført undersøkelser som viser at det foreligger mangler ved oppfølgingen av gevinster i offentlige prosjekter. Rapporten fra Riksrevisjonen (2015) viser viktigheten av at gevinstrealiseringen i offentlige IKT-prosjekter er en del av organisasjonskulturen for realisering av planlagte gevinster. Informant 5 forteller at en god gevinstplan er viktig for implementeringen av store investeringer, slik som Helseplattformen, men det som ikke blir vektlagt er oppfølgingen: *“Staten er pålagt å lage gevinstanalyser i forkant av store prosjekter. Det viktige og kanskje mest kritiske er hvordan det blir fulgt opp, og der er staten dårlig.”*

Faglig koordinator for gevinstrealisering og enhet- og avdelingslederne har ansvaret for oppfølgingen av gevinstrealiseringsprosjektet. Oppfølgingen skal skje ved hjelp av

dashbordene og nye workshops som muliggjør kontroll av at enhetene jobber mot ønsket retning.

“Meningen er jo at jeg og enhet- og avdelingslederne skal følge med på disse målingene, og hvis vi ser at det er et område som ikke går i ønsket retning, så bør man gå inn til tjenesten og spørre hvorfor det er slik.”

(Informant 3)

Gevinstmålene for hvert tjenesteområde er utarbeidet i samarbeid med St. Olavs hospital, Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal, og har bakgrunn i de elleve effektmålene til Helseplattformen (Helseplattformen, 2022d). Informant 3 påpeker at de ansatte mest sannsynlig ikke husker alle elleve effektmålene, og derfor har tre gevinstmål fokus for å minne på hvorfor arbeidet de gjør er viktig. Disse er: økt brukervennlighet for helsepersonell, mer fornøyde innbyggere og pårørende, og bedre samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten.

Effektmål med Helseplattformen

1. Høyere behandlingskvalitet og færre pasientskader
2. Tilgang til kontinuerlig oppdatert klinisk kunnskap basert på beste praksis
3. Innbyggerne i Midt-Norge får tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp
4. Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
5. Bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon
6. Økt effektivitet og bedre ressursbruk
7. Bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift
8. Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger
9. Tilfredsstillende nasjonale krav og standarder
10. Innbyggerne i Midt-Norge skal gis mulighet til å bo lengre i egen bolig
11. Behovet for offentlig tjenesteyting skal reduseres ved at tjenester som tilbys gjennom generiske forløp ivaretar en helhetlig funksjonsvurdering

Figur 3: Helseplattformens effektmål.

“Jeg tror ikke de involverte husker de elleve effektmålene med de lange setningene, men de husker nok mer av det mantraet som jeg viser frem på hver presentasjon. Mantraet viser at Helseplattformen skal være rettet mot ansatte, pasienter og pårørende og bedre samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. For å minne oss på hvorfor vi gjør det her arbeidet, så er det de tre områdene som er i fokus.”

(Informant 3)

Det første målet som nevnt over er at Helseplattformen skal bidra med økt brukervennlighet for helsepersonell, og informant 3 uttrykker at bruk av Helseplattformen medfører endrede arbeidsmetoder. For at de ansatte skal forstå bidraget med Helseplattformen er det viktig at de forstår formålet ved å bruke systemet. Det andre målet er å øke innbyggernes involvering ved å gi dem bedre innsikt og kontroll over egen helse, som skal tilrettelegge for tryggere innbygger. Informanten sier videre at bedre samhandling mellom spesialist og

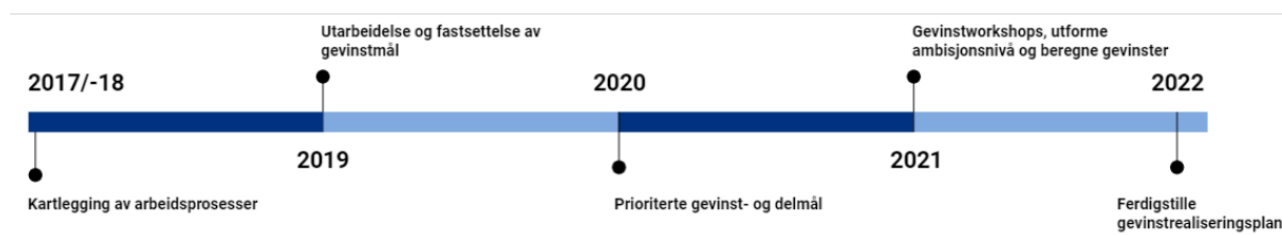
kommunehelsetjenesten og alle aktørene koblet mot samme nettverk åpner for uendelige muligheter. For eksempel registreres pasientopplysninger en gang, og helsepersonellens kompetanse kan brukes alternativt.

“Det er de ansatte som får et nytt arbeidsverktøy, og må endre måten de jobber på i forhold til dette og bli trygge i sin rolle. Så er det andre målet som handler om innbyggerne og pårørende. Der er det mye i forhold til pasientsikkerhet, og at innbyggerne får en økt dialog med helsetjenesten. Når innbyggerne blir mer aktive enn hva de er i dag, blir de tryggere som kanskje leder til mer frisk innbygger. Det siste området handler om samhandlingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Det er uendelige muligheter når du har samme system kontra hva vi hadde før.” (Informant 3)

5.1.2 Utformingen av gevinster

Utformingen av gevinster har vært en omfattende prosess som har pågått over flere år. Figuren under viser at de tre gevinstmålene som nevnt over ble fastsatt i 2019 på bakgrunn av arbeidsprosessene som ble kartlagt i 2017. I 2022 ble gevinstrealiseringsplanen ferdigstilt (Trondheim, 2022c). Informant 1 forteller at arbeidet var stort, og det har aldri tidligere blitt utført så nøyaktig arbeid over så lang tid.

“Tidligere arbeid med gevinstrealisering har ikke blitt utført så nøyaktig over så lang tid som nå, og det har blitt gjort etter at systemet har blitt igangsatt. Det har ført til at jobben med gevinstrealisering har vært like mye modningsarbeid inn mot enhetene for å ta i bruk Helseplattformen.” (Informant 1)



Figur 4: Tidslinje for gevinstarbeidet med Helseplattformen (Trondheim kommune, 2022c).

Arbeidet med å kartlegge arbeidsprosesser har skjedd ved hjelp av workshops sammen med tjenesteutøvere, brukerassistenter, avdelingsledere, superbrukere, andre kommuner og

fagansvarlige. Workshopene startet i 2021 og har omhandlet hvordan arbeidsprosesser og innhold i Helseplattformen skal standardiseres (Meld. St. 7 (2019-2020)). Informantene forteller at gevinstmål ble identifisert og definert i den første workshopen, og 350 ansatte fra Trondheim kommune deltok. Kartleggingen av hvilke gevinstmål fagmiljøet anså Helseplattformen kunne tilføre ble diskutert og formulert på gråpapir. Hensikten bak workshopene var å la ansatte komme med innspill angående hvilke gevinster som var viktige for dem.

“[...] Det var 350 ansatte som kom, vi delte dem opp i forskjellige rom og alt var på gråpapir. Vi begynte kartleggingen av hvilke mål fagmiljøet kunne se for seg med Helseplattformen. Dette var veldig tidlig i prosessen, så ingen var helt klar over hvordan systemet ville se ut og hvilke funksjonaliteter de fikk. Workshopene tilrettela for de ansatte med å komme med innspill, som mange av de gjorde. Vi opplevde at de som deltok var veldig engasjerte, og forhåpentligvis har det ført til at flere har utviklet mer eierskap til målene.” (Informant 3)

På workshopene ble arbeidsoppgaver med potensial for mer tidseffektiv utnyttelse identifisert. I den første workshopen skulle tjenesteområdene prioritere tre til fem gevinstmål, for deretter å sammenligne disse mot dagens arbeidsprosesser på workshop to. På denne workshopen forteller informanten at tidstyver ble kartlagt. Tidstyver er definert som dagsaktuelle aktiviteter, som forventes redusert eller eliminert når Helseplattformen blir implementert og tas i bruk. Resultatet av workshop to ble 59 utvalgte tidstyver som forventes å elimineres eller forbedres ved innføringen av Helseplattformen (Trondheim, 2022a). Informanten sier at arbeidet med gevinster er en prosess som hele tiden må vedlikeholdes, og workshopene er et hjelpemiddel i dette arbeidet.

“Hvert tjenesteområde måtte prioritere tre til fem viktigste gevinstmål. I workshop to gikk vi igjennom hvordan personalet så på endringer i dagens arbeidsprosesser opp mot prioriterte gevinstmål, og kartla tidstyver. I workshop tre så vi på hva tjenestene ønsker å oppnå med de ulike gevinstmålene, og ambisjonsnivå. Nå har vi gått over til workshop fire, som har vært litt levende og pågått en stund. Arbeidet med gevinster fungerer som et hjul, det går i rundløp, og vi må hele tiden minne de ansatte på målene og involvere dem.” (Informant 3)

Etter workshopene ble det utarbeidet kalkyler i Excel fra det innsamlede materialet. Kalkylene er tid- og kostnadsbesparelser ved å ta i bruk Helseplattformen. Utarbeidelsen av kalkyler skal gjøre gevinstene målbare.

“Jeg opplever at vi har et veldig grundig materiale som vi har gjort beregninger på. Det er brukt en god del ressurser på å utarbeide gevinstindikatorne. I Excel har jeg utarbeidet kalkyler hvor jeg har estimert tid- og kostnadsgevinster som kan reduseres ved å ta i bruk Helseplattformen. Kalkylene gjør det enklere å måle gevinstene.”
(Informant 1)

5.1.3 Oppfølging og revidering av gevinstarbeidet

Informantene forteller at gevinstarbeidet er en evigvarende prosess, og derfor tar det tid før gevinstene realiseres. På lengre sikt vil forhåpentligvis de planlagte økonomiske gevinstene overstige kostnadene, siden effektiviteten blir større ved bedre utnyttelse av ressursene (Trondheim kommune, 2021b). Informant 3 er optimistisk på at gevinstene vil realiseres: *“Vi har ikke per i dag kommet med de store revolusjonerende samhandlings gevinstene, men det vil vi få. Gevinstarbeidet stopper aldri, vi må hele tiden pleie gjennom det.”* Innenfor tjenesteområdet psykisk helse og rus har realisering av noen ønskede gevinster allerede skjedd. De hadde utfordringer med dårlig oppmøte til oppsatt time. Når brukeren nå kan bestille og avbestille timer selv etter egen kalender har suksessraten blitt større. Dette har også bidratt til bedre utnyttelse av arbeidstiden til helsepersonell, og flere brukere har fått helse- og omsorgshjelp, fordi timer ikke står ubrukte til pasientkonsultasjon.

“De hadde en utfordring med at pasienter eller brukere ikke møtte opp til timen. Men når brukeren kunne booke timen selv fra sin egen kalender så har de hatt en mye større suksessrate, allerede. Så de slipper å vente til 2025 med å si at det var noe gevinst. Når brukere møter opp til timen blir også kronene og arbeidstiden utnyttet mer effektivt.”
(Informant 1)

Som nevnt presiserer flere informanter at arbeidet med å kartlegge gevinster i Helseplattformen er en prosess som krever kontinuerlig oppfølging. I løpet av våren 2023 skal det være nye samtaler og workshops med fagekspertene innenfor hvert tjenesteområde for å justere ambisjoner og tidstyver. Når målene justeres etter dagens situasjon, kan de oppfattes mer reelle for de involverte. Hensikten bak revideringene av gevinstberegningene er å fjerne de

gevinstmål som sannsynligvis ikke innfris, rette fokus på mål som kan oppnås, og inkludere nye mål. Ifølge Direktoratet for økonomistyring (2014) krever gevinstrealisering oppfølging gjennom hele prosjektets livsløp, blant annet i form av konkrete planer for oppfølging underveis og i etterkant av prosjektet. I handlings- og økonomiplanen for 2025 er det estimert å spare 48 millioner kroner i helse- og velferdssektoren ved innføringen av Helseplattformen. Derfor er det viktig å kontrollere at beregningsarbeidet er presist nok for å sikre at besparelsen på 48 millioner er riktig.

“Vi kommer til å revidere gevinstberegningene, og det er en jobb vi skal gjøre i år. Formålet er å fjerne gevinstmål som vi ser ikke kommer til å innfris, og inkludere nye mål som kan oppnås. Dette vil forhåpentligvis bidra med større motivasjon, fordi de ansatte ser at gevinstmålene er reelle. I budsjettet til handlings- og økonomiplanen for 2025 ligger det en besparelse på helse- og velferdsbudsjettet på 48 millioner, som en konsekvens av innføringen av Helseplattformen.” (Informant 1)

Alle informantene påstår at det må settes inn tiltak for å nå de fastsatte, ønskede gevinstene, og dette krever bevisst, systematisk arbeid. Informant 1 poengterer at det finnes et stort potensial for å redusere både tid og kostnader ved å dokumentere i et felles elektronisk pasientjournalssystem. For eksempel er dobbeltføring av helseopplysninger en vesentlig tidstyvgevinst som kan reduseres ved hjelp av Helseplattformen. Denne arbeidsoppgaven er synlig i alle tjenesteområder, og dermed tidsbesparende i journalføringen. Arbeidet med å journalføre helseopplysninger blir vanligvis utført av helsepersonell med faglig kompetanse, som med fordel kunne brukt sin kompetanse i praktisk arbeid med pasienter og brukere. Det finnes alternative anvendelser på denne besparelsen i en begrenset helse- og omsorgsøkonomi. Ifølge informanten viser kommunens beregninger at det er betydelige gevinstmuligheter ved et felles journalssystem.

“Det er satt av ca. 30 minutter per ansatt hver dag til denne type arbeid, og i dag koster dobbeltføring av helseopplysninger 12,5 millioner per år. Ved hjelp av Helseplattformen kan vi få en umiddelbar besparelse på 6,2 millioner per år. Vi vet at frem mot 2035 vil helse og omsorg vokse med 60 %. Det gjør at vi i 2035 vil spare 10 millioner per år.” (Informant 1)

5.2 Integrerte styringsverktøy i Helseplattformen

De integrerte styringsverktøyene i Helseplattformen vil kunne gi ny styringsinformasjon, og ikke kun data i form av regnskapsstyring som tidligere. Felles samhandling mellom aktørene skaper bedre informasjonsflyt og pasientsikkerhet (Meld. St. 9 (2012–2013)). Journalført informasjon i Helseplattformen blir strukturert slik at datagrunnlaget overføres direkte i et integrert rapporterings- og analyseverktøy, såkalte dashbord. Styringsverktøyet skal gi ledelsen overordnet oversikt over egne prestasjoner, og bli bedre i stand til å gjøre korrigeringsiltak for å styre driften i ønsket retning (Helseplattformen, 2022f). Ledelsen skal ved hjelp av dashbordet bli bedre i stand til å gjennomføre oppfølging av enhetene ved å tilrettelegge for bedre planlegging, mer effektiv ressursutnyttelse og kvalitetssikring av gevinster underveis (Helseplattformen, 2022f). Faglig leder for data gir uttrykk for at informasjonen i dashbordene skal gi ledelsen mer styringsinformasjon slik at behovet for overvåking reduseres. Synliggjøring av gevinstarbeidet på enhetene vil åpne for dialog mellom ansatte og ledelsen, som vil bidra til større grad av inkludering og eierskap til arbeidet.

“Dashbord er et helt nytt styringsverktøy, og kan brukes til planlegging i tjenestene for å utnytte ressursene mer effektivt for å nå gevinstmålene. Blant annet blir behovet for overvåking fra ledelsen mindre ved hjelp av mer oppdatert styringsinformasjon. Ledelsen skal ved hjelp av dashbordene kunne hente ut styringsdata langs fire dimensjoner: økonomi, effektivitet, volum og kvalitet. Det er mulig å blant annet følge med på hvordan vi utnytter de ansattes tid, hvor mange pasienter som ikke har møtt til avtale og liggetid. Dashbordet kan tilpasses direkte til brukerens bistandsbehov, og kan måle hvordan gevinstene på enhetene har utviklet seg over en gitt periode, som kan brukes som en motivasjonsfaktor for de ansatte.” (Informant 5)

Formålet med Helseplattformen er å tilrettelegge for realiseringen av den nasjonale e-helsestrategien i Trondheim kommune (Meld. St. 9 (2012–2013)). Optimal bruk av styringssystemet avhenger av god informasjonsflyt, som i lengre tid har vært en hemmende faktor for produktiviteten i helsetjenesten. Bedre informasjonsflyt vil også åpne for økt produktivitet ved at brukere får direkte tilgang til rapporter og selvbetjeningsmodeller på eget dataverktøy, og kvaliteten på pasientsikkerheten vil øke (Morken & Valvik, 2022). Registrert informasjon oppdateres umiddelbart i dashbordene, og autoriserte får tilgang til informasjonen automatisk (Helseplattformen, 2022b). Informanten forteller at Helseplattformen vil kunne gi

store mengder styringsinformasjon, og gjennom økt statistikk bidra til bedre pasientoppfølging. Utfordringen blir å anvende relevant styringsinformasjon, slik at datagrunnlaget blir riktig.

“Fra et økonomisk ståsted er Helseplattformen viktig, fordi det gir oss bedre oversikt over egen virksomhet, og det er viktig med veksten i antall eldre. Fordelen med Helseplattformen er at man skal kunne hente ut statistikk på alt. Nå har vi mulighet til å lage pasientforløp, og vi har mulighet til å få statistikk fra sykehusene om blant annet hvilken behandling pasientene får. Helseplattformen gir nærmest overflod av styringsinformasjon. Når vi klarer å nyttiggjøre oss av den dataen vil det gi nyttig informasjon, som vi absolutt ikke har hatt tilgang på før.” (Informant 2)

Flere informanter hevder at kompleksiteten til dashbordene kan tyde på at de brukes i varierende grad på enhetene. Årsaken til dette kan ifølge informanten skyldes feilregistreringer i dashbordene, og det har ført til svekket tillit til informasjonen i Helseplattformen. Det er viktig at de ansatte har nok kunnskap til å bruke systemet, slik at tallgrunnlaget i dashbordene blir presise. Dashbordene fremheves å ha stort potensial, men det vil ta tid før enhetene får full utnyttelse av systemet. Psykisk helse og rus er hittil den eneste enheten som klarer å bruke dashbordene til innhenting av styringsinformasjon på noen områder.

“Forhåpentligvis blir lederne bedre på å bruke dashbordene, og hvis de brukes riktig har de stort potensial. Det er et stykke igjen for å vite hva de bør styre etter, fordi det er veldig avansert. Jeg tror det er litt varierende hvor mye enhetene bruker dashbordene, for eksempel har psykisk helse og rus kommet litt lengre enn de andre enhetene med å bruke dashbordet. Psykisk helse og rus har gjennom dashbordene fått tilgang til styringsinformasjon som andre enheter ikke har.” (Informant 3)

“Enhet- og avdelingslederne må tørre å ta dashbordene i bruk og bruke det jevnlig, men dette skjer nok ikke med det første. De har behov for å bli trygge i systemet og lærer opp til å bruke det mer aktivt. Jeg tror ikke tallene i dashbordene er helt riktige enda, og dette har gjort at de ansatte ikke stoler helt på informasjonen. De ansatte har hatt problemer med å registrere informasjon riktig i dashbordene, som skaper utfordringer med å kontrollere og følge opp gevinstmålene slik at gevinstene kan bli realiserbare.” (Informant 5)

Helseplattformen har som mål å bidra til bedre tilgangskontroll, som sikrer konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Dette vil sikres gjennom logger som dokumenterer hvem som har hatt tilgang til pasientens opplysninger, og kan kontrolleres blant annet av pasienten selv (Meld. St. 9 (2012–2013)). Faglig leder for data forteller at god datakvalitet og informasjonssikkerhet avhenger av riktig bruk av styringsinformasjonen. Det har i implementeringsfasen vært utfordrende for de ansatte og ledelsen å finne frem til riktig informasjon i Helseplattformen, trolig på grunn av store mengder styringsinformasjon tilgjengelig.

“Vi har brukt mye tid på å sikre god datakvalitet, og vi er ikke helt i mål enda. Det er for øvrig mye bedre i dag enn det var bare for noen måneder siden. De største utfordringene ved Helseplattformen er hvordan de ansatte skal hente ut riktig og aktuell informasjon, og hvordan de skal få en oversikt over det som registreres.” (Informant 5)

Helseplattformen åpner for styringsinformasjon i sanntid som bidrar til bedre beslutningsgrunnlag, tjenesteutvikling og muligheter for sammenligninger på tvers av avdelinger og kommunale regioner (Helseplattformen, 2022f). Informantene fremhever at Helseplattformen på sikt vil kunne gi innsikt i styringsdata på en helt ny måte, og at det blir enklere å få oversikt over flere variabler enn tidligere.

“Ved hjelp av strukturert data og styringsverktøy ser jeg for meg at økt kvalitet enklere kan måles. Spesielt ved kroniske sykdommer kan dette verktøyet være nyttig, eksempelvis ved depresjon. Over tid kan man se om det er noen endringer på blant annet opplevd livskvalitet. Så kan vi sammenligne hvordan de ulike områdene jobber, og se om det er noen som oppnår gevinst.” (Informant 4)

Styringsverktøyene i Helseplattformen skaper en felles løsning for oppfølging og måling av gevinstmål, og skal ved aktiv bruk av systemet bidra til å sikre bedre styring i form av kvalitets- og forbedringsarbeid. Det er utarbeidet kritiske prestasjonsvariabler, KPI-er, for hvert gevinstmål, og disse skal ved hjelp av dashbordet måles og overvåkes med utgangspunkt i tidsbruk, kostnader og kvalitet (Helseplattformen, 2022b). Dashbordene skal gjøre det enklere å sammenligne arbeidsmåter mellom aktørene gjennom oppdatert driftsinformasjon (Helseplattformen, 2022b). Informant 1 har uttrykt at kvalitet har vært den mest utfordrende gevinstindikatoren å måle, fordi den er utfordrende å tallfeste og det blir vanskelig å vite når

målene er nådd: *“Kvalitet er vanskelig å beregne i en før-situasjon. Hvis Helseplattformen sørger for at du får riktig tablett til riktig tid, hva er da helseeffekten av det? Lever du ett eller to år lengre?”*

Til tross for at kvalitet er en utfordrende indikator å måle, mener informant 6 at den kan måles gjennom å se på variasjoner i dashbordet: *“[...]Men det du kan se på er variasjoner. Du kan gjerne stille spørsmål “hvorfør ligger det så mye bedre an på den ene enheten sammenlignet med den andre?” Variasjoner kan også studeres over tid gjennom nullpunktet.”* Resultatet av analysen vedrørende kvalitetsindikatorerne kan dermed brukes i faglige diskusjoner for å kunne realisere gevinster i Helseplattformen.

En nullpunkts måling skal ligge til rette før tiltaket har begynt å gi gevinster, og formålet med målingen er å gjøre sammenligninger for å kunne måle prosjektets gevinster (Direktoratet for økonomistyring, 2023). Videre hevder direktoratet at alle gevinstmål bør ha nullpunkt for å kunne evaluere effekten av implementeringen av IKT-prosjekter. Det satte nullpunktet i gevinstrealiseringsprosjektet er 2019, og 2025 er sammenligningsåret. Informant 1 sier at bevisstgjøring på gevinst forskjellene på dagens tjenester ved å innføre Helseplattformen sammenlignet med kostnaden ved det tidligere systemet bør vektlegges: *“Skal du vite noe om gevinstene av å innføre Helseplattformen så må du vite hva kostnadene er av det vi gjør i dag, sette et nullpunkt, slik at det finnes et sammenligningsgrunnlag.”*

Informant 1 vektlegger viktigheten av å kunne gjøre sammenligninger av tidligere og nåværende data, og forutsetter derfor riktig registrering av pasientdata. Rover er en applikasjon som skal hjelpe helsepersonell å registrere relevant og oppdatert pasientinformasjon, samt være en beslutningsstøtte for ansatte. Det har vist seg at Roveren ikke er tatt i bruk, som følge av manglende kunnskap og forståelse for registrering av pasientdata i applikasjonen. Dette har ført til at den estimerte gevinsten på 10 millioner ikke blir realiserbar. *“Roveren har ikke blitt noe av, slik at 10 millioner i beregnede gevinster uteblir.”* (Informant 1).

Registrering av informasjon i Helseplattformen har frem til nå vært vanskelig, og feil målinger av gevinster er resultatet. Som konsekvens av dette skal alle enhetene levere inn en rapport hvert år for at ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet skal få oversikt over arbeidet på enhetene, og hvilke tiltak som eventuelt skal etableres for å oppnå gevinstmålene. Rapporten skal inneholde oppnådde gevinstmål, og planlagte tiltak som skal iverksettes for å realisere gevinstmålene. I år er første gang rapporten skal innleveres, og den skal fungere som et

bindeledd for dialog og samhandling mellom enhetene og ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet. Formålet med rapporten er å gi ledelsen oversikt over progresjonen i gevinstarbeidet på enhetene.

“Enhetene må utarbeide en rapport hvert år, som skal inneholde utviklingen av gevinstarbeidet. Hvis noen forventede gevinster ikke er oppnådd må de forklare hvorfor, og sette inn tiltak for å kunne realisere dem. Rapportene skal danne et grunnlag for samhandling og læring på tvers av enhetene, og gi oss i ledergruppen innsikt i arbeidet for å hjelpe til med eventuelle tiltak som trengs for å kunne realisere gevinstene.” (Informant 3)

5.3 Involvering og forståelse av gevinstarbeidet

5.3.1 Involvering av ansatte

Gevinstarbeidet har utgangspunkt i innspill fra fageksperter og brukere av Helseplattformen, og har blitt kartlagt ved hjelp av medarbeiderundersøkelser, samtaler med ansatte og workshops for å undersøke ansattes opplevelse av det tidligere systemet, og hvilke funksjonaliteter som var ønskelig med det nye. Det har blitt lagt ned mye tid på refleksjoner rundt hvordan arbeidet skal utføres, og hvordan dette skal organiseres og struktureres etter implementeringen (Helseplattformen, 2022c).

“Arbeidet som er gjort knyttet til utviklingen av Helseplattformen er forankret i innspill fra brukere innenfor alle tjenesteområdene ved hjelp av workshops og undersøkelser. Vi sendte ut en medarbeiderundersøkelse der alle som skulle ta det i bruk fikk besvare hvordan de opplevde det tidligere systemet, og hva som var ønskelig fra et nytt system. Resultatet av undersøkelsen viste at det tidligere systemet manglet styringsinformasjon i kommunehelsetjenesten.” (Informant 3)

Workshopene som nevnt i kapittel 5.1.1, påstår informant 3 har vært et møtepunkt for informasjonsdeling, og et virkemiddel for å involvere flere ansatte på ulike nivåer i prosjektet: *“[...] Workshopene har vært en arena for kunnskaps- og erfaringsdeling angående hva de involverte ser for seg av gevinster.”* Når nye arbeidsmetoder etableres åpner det for at arbeidsoppgaver kan utføres mer produktivt og effektivt, som er fordelaktig ved realiseringen av gevinster (Direktoratet for økonomistyring, 2014).

Ifølge KS (2019) er det viktig at ansatte i organisasjonen ledes gjennom en endringsreise for å realisere gevinster ved hjelp av ny tillært kompetanse, nye holdninger og endret atferd. Informantene sier at det er tidkrevende å involvere ansatte, fordi det er mange involverte med mange innspill. Materialet som produseres på workshopene og i undersøkelsene må analyseres i etterkant, og det tar tid. *“Etter alle workshopene og medarbeiderundersøkelsene måtte vi samle inn og analysere materialet, det var tidkrevende.”* (Informant 1).

Det er enhet- og avdelingslederne som er ansvarlig for å iverksette tiltak slik at gevinstmålene blir realiserbare i henhold til handlings- og økonomiplanen i Trondheim kommune. Enhet- og avdelingsledere har overordnet innsikt i driften på enheten, og er derfor best egnet til å forutsi hvilke gevinster som kan realiseres, og hvilke tiltak som må iverksettes for å nå disse. Større eierskap til gevinstarbeidet vil bli utviklet når enhet- og avdelingsledere får være med å påvirke og ta valg. Når beslutningstakingen flyttes nedover i organisasjonen får ledelsen mulighet til å bruke sin kunnskap alternativt. Ifølge Direktoratet for økonomistyring (2023) er det fordelaktig at den gevinstansvarlige har ledelsesansvar, og myndighet til å iverksette nødvendige tiltak og endringer på enheten

“Det er hovedsakelig enhet- og avdelingsledere og nivåer over som er involvert i gevinstmålene. De avgjør hvilke tiltak de velger å iverksette for å nå gevinstene i tråd med retningslinjene i handlings- og økonomiplanen. Når enhet- og avdelingsledere har ansvar for gevinstprosjektet vil de utvikle større forståelse for arbeidet, og får mulighet til å være mer involvert i prosessen. Ledelsen vil kunne bruke tiden sin på andre oppgaver som enhet- og avdelingslederne nå har ansvaret for.” (Informant 8)

Trondheim kommune har hatt stort fokus på involvering, men som nevnt fremhever informantene at det har vært tid- og ressurskrevende å involvere de ansatte. Travle arbeidsdager på enhetene har gjort det utfordrende å opprettholde kontinuerlig involvering og oppfølging. Underveis i intervjuene tydeliggjøres det at mange ansatte har ulik kjennskap til gevinstmålene, som kan forklares av varierende grad av involvering på enhetene. I hvilken grad det er hensiktsmessig å involvere de ansatte, avhenger blant annet av kapasiteten og strukturen på enheten.

“Jeg tror ikke de ansatte har et bevisst forhold til gevinstmålene. Strategien er å involvere flest mulig, slik at også de helt ned “på gulvet” får et eierforhold til

gevinstmålene. Det er en utfordring når prosjektet er så stort og involverer så mange mennesker. På grunn av ulik kapasitet på enhetene er det sikkert litt ulikt hvor mye lederne velger å involvere sine ansatte, fordi det er tidkrevende.” (Informant 2)

Til tross for at noen informanter hevder at strategien til gevinstrealiseringsprosjektet har vært involvering, mener andre at de fortsatt prøver å finne sin strategi: *“Jeg mener jo at vi har vært ekstremt strategiske, men vi jobber fortsatt med å finne formelen vår.” (Informant 6).*

Rådgiver i ESIKT for psykisk helse og rus fremhever at ansatte på enheten har utviklet kjennskap til gevinstmålene, fordi de har blitt involvert i arbeidet. De har bidratt med innspill for å øke kvaliteten på tjenestetilbudet, og jobber etter tydelige mål. Enheten for psykisk helse og rus beskrives som veldig proaktive, og er ikke redde for å prøve ut nye måter å jobbe på. Informantene trekker frem at enheten for psykisk helse og rus underveis har hatt stort fokus på involvering, og at det har bidratt til økt motivasjon og eierskap til gevinstmålene. Modningsarbeidet i forkant har vært en medvirkende faktor for forståelse og læring, samtidig som flere har våget å ta initiativ og komme med innspill til arbeidet.

“Jeg tror de ansatte på enheten for psykisk helse og rus er ganske godt kjent med gevinstmålene, fordi de hadde et godt modningsarbeid for Helseplattformen. Jeg har fått inntrykk av at de besitter god kunnskap og er motiverte for utviklingen av tjenesten. De har ikke vært direkte involvert i utarbeidelsen av gevinstmålene, men de er kjent med enhetens ambisjoner og ønsker.” (Informant 4)

Veilederen utarbeidet av Direktoratet for økonomistyring (2014) fremmer at en tydelig gevinstrealiseringsplan skal fungere som et verktøy for å motivere ledelsen og organisasjonen til å forplikte seg til realisering av gevinstmålene. I henhold til veilederen er det viktig at alle ansatte har forståelse for gevinstene og formålet med arbeidet, som vil bidra til utvikling og eierskap. Gevinstrealiseringsprosjektet er stort og komplekst, og informantene vektlegger betydningen av involvering for å oppnå suksess i Helseplattformen. Involvering gjennom å synliggjøre gevinstmålene overfor de ansatte bidrar til at flere får eierskap til målene, fordi større forståelse for arbeidet er en avgjørende faktor for å skape endringsvillighet. Synlige gevinster skaper dialog mellom ansatte på ulike nivåer, og vil bidra til å skape en felles retning for måloppnåelsen.

“Involvering av de ansatte har vært en viktig del av endringsprosessen, og det er ledernes ansvar å implementere dette. Det er avgjørende å få de ansatte til å forstå hvorfor og hvordan Helseplattformen kan hjelpe dem med å nå målene. Gjennom at de ansatte involveres modnes de til å bli mer endringsvillige, og flere tar eierskap til målene.” (Informant 6)

“Når målene synliggjøres blir de ansatte mer villige til å bruke systemet og endre tidligere arbeidsmåter. Gevinstmålene vil dermed oppfattes som mer synlige og reelle, og det bidrar til større motivasjon til arbeidet. Det fører til at de gjør tilpasninger slik at arbeidshverdagen kan bli enklere, og oppdager nye muligheter. Disse endringene bidrar til å utvikle tjenesten ved dialog mellom ansatte slik at felles mål og retninger etableres.” (Informant 3)

Ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet i Trondheim kommune har ikke etablert et kontrollorgan som overvåker og kontrollerer enhetene, og prosjektet er basert på tillit. De har tiltro til at enhetene har kompetanse og erfaring til å avgjøre hva som er beste praksis for å realisere planlagte gevinster i tråd med bestemte retningslinjer.

“Det er enhetens arbeid å finne den løsningen som passer best for dem i prosessen med å realisere gevinstene, og vi har kun gitt dem verktøyene for hvordan de kan gjøre det. Vår rolle er å være delaktig og følge med på at dette fungerer. Det er ikke slik at vi går inn og måler og kommer med påminnelser.” (Informant 4)

Involvering av de ansatte i gevinstrealiseringsprosjektet fortsetter nå inn i driftsfasen av Helseplattformen, og de to første årene i driftsfasen er det ikke planlagt uttak av økonomiske gevinster. Ifølge informant 1 er innføringen av Helseplattformen foreløpig en ulempe for de fleste tjenesteområdene, fordi nye innførte prosedyrer har medvirket til mer tungvinte arbeidsprosesser: *“For noen tjenesteområder er det allerede fordeler med innføringen av Helseplattformen, og for andre er det ikke det, det er litt blandet.”*

5.3.2 Innbyggerinvolvering

Norge fremheves som et av de landene i Europa med mest internettbruk, og ligger over snittet i EU når det gjelder å søke etter helseinformasjon på internett. Helse- og omsorgssektoren har vært dårligere å anerkjenne innbyggerne som en ressurs sammenlignet med andre sektorer.

Gerica og andre tidligere helse- og omsorgssystemer har hatt begrensede muligheter for innbyggerinvolvering ved at tilgang til egen pasientjournal ikke har vært mulig, og dette vil Regjeringen forandre på ved hjelp av Helseplattformen (Meld. St. 9 (2012–2013)). Nye digitale helsetjenester antas derfor å bli aktivt brukt av innbyggerne, og alle informanter uttrykte positivitet rundt ansvarliggjøring av innbyggernes involvering i egen helse: *“Vi kan også gradvis involvere innbyggerne mer i egen helse gjennom HelsaMi appen. Det blir litt på samme måte som at vi er vant til at å måtte ta over bankarbeidet vårt selv, og det meste skjer digitalt.”* (Informant 6)

HelsaMi er et digitalt verktøy som gir innbyggerne i Trondheim kommune tilgang til egne helseopplysninger. På HelsaMi kan du blant annet bestille timer, få videokonsultasjon, søke etter informasjon om helse- og omsorgstjenester, og søke om innsyn i egen journal (Helseplattformen, 2022a). Hvis tjenesteområdene lykkes å ta i bruk HelsaMi vil det være tidsbesparende for ansatte og pasienter, fordi målingene viser at det er større sannsynlighet for at brukeren møter til time når de bestiller time selv. HelsaMi har fremtidig gevinstpotensial for alle enheter, og psykisk helse og rus trekkes frem som en av enhetene som allerede nå har sett positive virkninger i dashbordet for innbyggerne. Faglig koordinator i gevinstarbeidet opplever det som givende når arbeidet gir resultat.

“Ganske mange tjenesteområder har tatt i bruk HelsaMi, og enkelte har kommet ganske langt. Psykisk helse og rus har mange mål som relaterer seg til funksjonaliteten i HelsaMi. De har mål om at brukerne skal kunne booke time selv, som vil være tidsbesparende både for ansatte og pasienten. Psykisk helse og rus har valgt å jobbe mot realisering av planlagte gevinster, og ser allerede nå positive effekter på dashbordet i form av målinger. Når vi ser at arbeidet med gevinstmålene hjelper tjenestene i riktig retning bidrar det med å gjøre mitt arbeid givende og artig.” (Informant 3)

“Vet ikke helt om jeg kan si at vi merker effekter helt enda, men vi ser at flere og flere tar i bruk HelsaMi. Det er positivt at innbyggerne selv kan avbestille og bestille timer, og ta kontakt med ansatte. Vi slipper denne evige “telefonstormen” der man ringer frem og tilbake mellom pasient og den som har oppfølgingen. Nye måter å jobbe på bidrar til at helsepersonellet kan arbeide mer effektivt.” (Informant 6)

For å nå målene om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk hevder regjeringen at det er nødvendig med god utnyttelse av eksisterende muligheter i den moderne teknologien (Meld. St. 9 (2012–2013)). Direktoratet for e-helse (2021, s.7) styrker dette: *“Med gode digitale løsninger blir informasjon om egen helse, avtaler som er gjort og hvilke tilbud som finnes lettere tilgjengelig, og vi kan ta en mer aktiv rolle i egen helse.”* Det tydeliggjøres i intervjuene at blant annet HelsaMi var en stor teknologisk gevinst som følge av Helseplattformen. Pasientene får bedre oversikt over egen helse ved innsyn i journalen, og har mulighet å sjekke at reseptene i systemet faktisk stemmer med pasientens medisinsliste. De har også mulighet til en direkte dialog med tjenesteutøverne. Informant 2 kom med et konkret eksempel på gevinster som HelsaMi potensielt kan oppnå:

“Innenfor fysioterapi tjenesten eksisterer ikke videokonsultasjoner i dag, og derfor bruker fysioterapeutene mye tid på pasientbesøk. Hvis vi kan erstatte noen av besøkene med en videokonsultasjon kan det medføre at fysioterapeutene kan følge opp flere pasienter. Dette vil redusere utfordringene vi har med flere eldre og økende behov for helsehjelp.”

5.4 Mangelfull opplæring

I forkant av implementeringen ble det gjennomført forberedelsesarbeid for å lære opp 18 000 fagarbeidere i Trondheim kommune. Opplæringen var tredelt, og bestod av en innledende opplæring, oppmøtebasert opplæring og egentrening. Underveis i opplæringsfasen ble det utarbeidet 540 brukerveiledninger, 140 undervisningsplaner, 90 kurs presentasjoner, 470 casekort og 100 illustrasjonsvideoer. Samtidig ble det gjennomført *“57 parallelle kurs per dag, 350 kurs arrangementer på to uker for superbrukerne og 2100 arrangementer på åtte uker for sluttbrukerne.”* (Helseplattformen, 2022g).

“Det har blitt laget brukerveiledninger og casekort til øving som de ansatte har benyttet seg av i opplæringsfasen. I tillegg har de ansatte hatt opplæring fra instruktører i Helseplattformen AS. De har hatt egentrening, og fått tilgang til testmiljøer før de startet å bruke Helseplattformen.” (Informant 4)

I stortingsmeldingen én innbygger- én journal (Meld. St. 9 (2012–2013)) fremheves viktigheten av tilstrekkelig opplæring og involvering underveis i prosjektforløpet til brukere av systemet. Flere informanter uttrykker at opplæringen ved bruk av Helseplattformen og

gevinstrealiseringsprosjektet har vært mangelfull, fordi funksjonaliteten i Helseplattformen ikke har stemt overens med opplæringen. Trondheim kommune utformet gevinstmålene basert på oppfatninger om hvilke gevinster Helseplattformen kunne tilføre dem, og tok ikke hensyn til utfordringer knyttet til bruken.

“Gevinstmålene er utarbeidet med bakgrunn i hva vi trodde Helseplattformen skulle gi oss. I etterkant av implementeringen ble det oppdaget brukerfeil, som følge av at dataene i systemet ikke samsvarte med virkeligheten. Det kommer til å ta noen år før dette er på plass.” (Informant 3)

“Vi hadde en del trøbbel i oppstartsfasen som følge av dårlig overensstemmelse med Helseplattformen og den faktiske opplæringen. Ansatte lærte ikke hvordan verktøyet faktisk så ut. De fikk ikke gjennomgått en hel arbeidsdag der du skal gjennomføre noe fra A til Å.” (Informant 4)

Trondheim kommune påpeker at en ny teknologisk løsning i form av et nytt journalsystem, vil medføre omstilling for helsepersonell (Trondheim kommune, 2021b). Redusert produktivitet og økt stress vil være et resultat knyttet til innføringsfasen (Trondheim kommune, 2022a). Utfordringer knyttet til implementeringen av et nytt system støttes av informantene, som hevder at de ansatte synes bruken av Helseplattformen har vært krevende. Kompleksiteten rundt bruken kan skyldes at programmerere har utformet systemet, og ikke de ansatte som er brukerne. De ansatte var fornøyde med det tidligere systemet, Geric, og kanskje noen synes et nytt komplekst system var unødvendig? Geric var bedre tilpasset de ulike tjenestene, og tjenesteutøverne hadde bedre kunnskap knyttet til systemet. Ved implementeringen av Helseplattformen hadde de ansatte forventninger om et mer brukervennlig system.

“Mange av de ansatte opplever nok at det er en del hindringer i hverdagen etter innføringen av Helseplattformen. Det er et høyere grensesnitt på Helseplattformen enn det var på det forrige systemet, og det er mer krevende å navigere seg frem. Helseplattformen bærer preg av at det er programmerere som har laget det, og ikke de som jobber innenfor helse- og omsorgstjenesten.” (Informant 5)

Enhet- og avdelingslederne har vært delaktige i opplæringen, og har ansvar for at de ansatte på enheten tilegner seg nok kunnskap til å kunne bruke systemet. For at enhet- og avdelingslederne skal kunne bistå i opplæringsprosessen på enhetene, er de også avhengig av tilstrekkelig kunnskap selv i bruken av Helseplattformen. Mange enhet- og avdelingsledere opplever

derimot at bruken av dashbordene på Helseplattformen er krevende. Hensikten med dashbordene er at det skal brukes som et ledelsesverktøy for å følge opp og kontrollere gevinster, men noen ledere opplever at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i styringsverktøyet. Dashbordene brukes ikke på alle enheter, og noen informanter mener dermed at potensialet går tapt.

“I forhold til gevinst spesielt så føler de nok at de har fått litt for lite opplæring i styringsverktøyet. Det er satt opp et eget dashboard for gevinst, og målet er at alle enhets- og avdelingsledere skal ha aktuelle indikatorer for sitt område på sitt dashboard. Da unngår du å søke på flere plasser for å finne dem. Inntrykket er at de har litt for lite oversikt og kunnskap om hvordan de skal bruke det, og derfor brukes det i varierende grad på enhetene i dag. Det er veldig synd da dashbordene har stort potensial hvis det tas i bruk.” (Informant 2)

“Enhets- og avdelingsledere kunne sikkert fått mye mer opplæring enn de har fått, de fikk det ganske sent. Det er mange som etterspør flere runder med opplæring, og planen at de skal få det. Bedre opplæring er den eneste måten å få enhetslederne til å bruke styringsinformasjonen, fordi de trenger å bli trygge til å bruke systemet. Det er viktig at enhets- og avdelingsledere får tilstrekkelig opplæring for å kunne være i stand til å hjelpe til når det oppstår utfordringer på enheten.” (Informant 3)

Selv om det har blitt utført et omfattende arbeid med opplæring, har ansatte uttrykt misnøye rundt endringene det nye systemet har tilført. Misnøyen skyldes at systemet har ført til merarbeid og arbeidsprosesser tar lengre tid enn tidligere. Informantene sier likevel at etter hvert som de ansatte blir kjent med systemet, vil nye arbeidsrutiner etableres og det blir enklere å bruke det.

“Helsepersonell opplever det som ekstra arbeid å klikke 20 ganger. La oss si at du har vært vant til å dokumentere i 15 år, så skal du plutselig klikke deg gjennom 10 bokser, med 20 koder i hver og du har 200 koder. De første tre månedene er det vanskelig, men etter hvert blir det lettere og du blir vant til det. Når sykehuset har direkte tilgang til dokumentasjonen fra legen kan de trykke videre i det samme skjemaet. Det blir færre klikk etter hvert, så det blir litt sånn “klikk” for en kollega.” (Informant 8)

Informant 1 påstår at det ikke er overraskende at misnøye har blitt uttrykt. Utfordrende bruk av systemet og utilstrekkelig opplæring fører til motstand. Ved implementering av nye systemer er det vanlig med oppstarts vansker som må hensyntas.

“[...] Per dags dato stoler ikke folk på Helseplattformen, og ting fungerer ikke helt som ønsket, som kan skyldes mangelfull opplæring kombinert med Helseplattformens kompleksitet. Jeg vil si at de som er overrasket over det har ikke vært inkludert i innføringer av nye datasystemer tidligere, for det er alltid en pukkel effekt. Når du slår på knappen stiger kostnadene, og over tid synker de, som forventet tenker jeg.”

(Informant 1)

5.4.1 Støttefunksjoner i opplæringen

Hver enhet med ledere er ansvarlig for å avsette tid til å utarbeide egne fremgangsmåter, og tid til egentrening avhengig av kapasiteten på enheten. Det er i tillegg utarbeidet brukermanualer for å støtte opplæringen av Helseplattformen, og det er viktig at enhetene er oppmerksom på at det ikke finnes en felles brukermanual for alle tjenesteområdene. Brukermanualen varierer mellom enhetene, og dette gjør opplæringen mer krevende og avansert. For å gjøre bruken av Helseplattformen lettere ble feil og mangler ved tidligere brukerveiledere meldt inn og oppdatert. Informantene forteller at det i dag finnes en database med ulike veiledere som inneholder instruksjoner for hvordan forskjellige arbeidsprosesser skal utføres på Helseplattformen.

“Enhetene må finne sin vei i Helseplattformen. Det er krevende å navigere seg i systemet intuitivt, og de ansatte må investere tid til å bli kjent med systemet før de skjønner logikken. Det er mange ulike aktører og forskjellige kulturer som gjør det krevende å bygge opp en felles forståelse av systemet. Ulike brukermanualer er utarbeidet for de forskjellige arbeidsprosedyrene på enhetene, og derfor er det viktig at de er bevisste på variasjonen i manualene. Det er krevende innenfor noen enheter å sette seg ned med Helseplattformen i tre timer å øve. Resultatet av det har vært at enhetene har prioritert sin tid ulikt, slik at noen enheter har lært seg å bruke systemet bedre enn andre.” (Informant 8)

Et annet hjelpemiddel i implementeringen av Helseplattformen er superbrukerrollen, som ble opprettet som en støttefunksjon for å skape trygghet i det nye IT-verktøyet for de ansatte

(Helseplattformen, 2022g). Informant 4 utdyper at: *“superbrukerne har hatt opplæring av de ansatte “over skulderen”, og vært nyttige når det har oppstått utfordringer.”* Superbrukerne ble ansett som nøkkelpersoner under innføringen av Helseplattformen for å bidra til optimal drift på enheten, samt bistå andre brukere. Gjennom hele implementeringen har superbrukerne jobbet tett med ledelsen for å bidra til tilstrekkelig opplæring, men det er usikkert hvorvidt superbrukerrollen har fungert godt i praksis.

“Superbrukerrollen har blitt tildelt til ansatte som har vært “ekstra gode” i løsningen, og de har vært veldig sentrale i opplæringen. Intensjonen med superbrukerne er å skape en ekstra trygghet til systemet underveis i opplæringsfasen. De har lært seg å bruke systemet, og funnet sine egne metoder. Superbrukerne har også deltatt i å utarbeide brukerveiledere der de har sett at det har manglet. Men hvor stor suksess superbruker funksjonaliteten har vært kan vel diskuteres.” (Informant 2)

Informant 8 viser til at implementeringen ble utsatt ett år, og organisasjonen opplevdes som overmoden. Innføringen av et nytt system i kombinasjon med høyt sykefravær under pandemien har vært en hemmende faktor for opplæringen, og resultatet kan ha blitt utfordringer ved å bruke systemet. Det ble innrapportert feil ved funksjonalitetene i Helseplattformen, men i etterkant ble det tydelig at årsaken var manglende opplæring og lite kunnskap. Ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet var forberedt på at mange ville oppleve opplæringsperioden som krevende, og for å kompensere for de uheldige virkningene ble det satt inn ekstra opplæringsressurser før implementeringen (Trondheim kommune, 2022h).

“Veldig mange fikk bare en dag opplæring før vi implementerte Helseplattformen, fordi vi måtte lære opp 1000 ansatte hver uke. Opplæringskurset foregikk seks uker før implementeringen av Helseplattformen, som er en for lang periode. På den tiden i fjor hadde vi i tillegg over 30% sykefravær en lang periode som følge av pandemien. De som ikke fikk kurs måtte ha egentrening, men med et så stort sykefravær så hadde de mer enn nok med å yte hjelp. Når vi gikk “på lufta” fikk vi ganske fort innrapporteringer om feil i løsningen. Når vi undersøkte nærmere forstod vi at det skyldes manglende opplæring og misforståelser, ikke feil i løsningen.” (Informant 8)

Utfordringen i startfasen av implementeringen var å få den daglige driften til å fungere optimalt, som følge av manglende kapasitet og håndtering av et nytt system. Det førte til at

gevinstprosjektet fikk mindre fokus i noen måneder, og informant 6 fremhever nødvendigheten av at prosjekter må korrigere for omgivelsesforhold. For å opprettholde god pasientsikkerhet er det viktig å tilrettelegge for trygghet i bruken av Helseplattformen.

“Det var andre deler av prosjektet som ble prioritert, blant annet opplæring. Når vi får pådrag i et slikt prosjekt så kan du ikke opprettholde like stort fokus innenfor alle områdene. Du må “tone ned” noe for å kunne fokusere mer på noe annet. Jeg tror nøkkelen til en suksessfull implementering er å være tålmodig, systematisk og legge til rette for at ansatte blir tryggere og bedre i bruk av løsningene.

5.5 Oppsummering av empiriske funn

I dette kapittelet oppsummerer vi undersøkelsens mest sentrale funn basert på våre ni intervjuer og dokumentstudier. Funnene fremstilles ved hjelp av tre kategorier, og danner videre grunnlag for analysen. Gevinstrealiseringsprosjektet fremstår som et sentralt styringsverktøy i implementeringen av Helseplattformen, og det er derfor viktig at gevinstarbeidet får tilstrekkelig oppmerksomhet hos alle enheter.

Formålet med synliggjøring av gevinstmålene er å skape motivasjon, da målene blir mer forståelige for ansatte i Trondheim kommune. Ved deltakelse i gevinstarbeidet utvikles eierskap til målene, og derav utvikles det større motivasjon overfor gevinstarbeidet. Økt motivasjon forbedrer mulighetene for en vellykket implementering, fordi de ansatte i større grad vil forstå formålet med implementeringen av Helseplattformen.

De empiriske funnene viser at *gevinstrealiseringsprosjektet har intensjoner om å bli brukt diagnostisk og interaktivt*. Dashbordene har som mål å bli brukt som et prestasjonsmålingssystem for å måle og følge opp gevinstene, samt muliggjøre til diskusjon blant de ansatte. Informantene forteller at involvering av ansatte har skjedd gjennom workshops, medarbeiderundersøkelser og samtaler. Det finnes for øvrig store variasjoner mellom enhetene hvorvidt de har tilrettelagt for involvering, og hvor mye dashbordene har blitt tatt i bruk, som er vårt tredje empiriske funn.

Det har vist seg å være *variasjoner mellom enhetene i hvilken grad gevinstrealiseringsprosjektet har blitt prioritert, og følgelig forskjeller i suksessen av*

Helseplattformens implementering. Forskjellene kan forklares av kapasitetsmangel og forskjeller i opplæringen av enhet- og avdelingslederne. Ikke alle enheter har nok ressurser til å opprettholde en interaktiv struktur, fordi involvering er ressurskrevende. Psykisk helse og rus fremheves som den enheten som har kommet lengst med gevinstrealiseringsarbeidet.

6. Analyse og diskusjon

I det følgende kapittelet skal vi belyse vår problemstilling basert på de empiriske hovedfunnene oppsummert i kapittel 5.5, og det teoretiske fundamentet presentert i kapittel 3. Oppgavens problemstilling: *“hvordan brukes gevinstrealiseringsprosjektet som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune?”* tar utgangspunkt i Simons (1995a), Levers of Control rammeverk. Vi skal studere hvordan Trondheim kommune bruker gevinstrealiseringsprosjektet som et verktøy for endring i implementeringen av Helseplattformen. Synliggjøring av gevinstrealiseringsprosjektet er en del av denne endringsprosessen, og vi anser det derfor som egnet å støtte forskningen vår på Hopwood (1990). Helseplattformen er et stort digitaliseringsprosjekt, og det blir dermed også relevant å trekke inn deler fra Dechow et al. (2007). Det er viktig å nevne at funnene våre bærer preg av at gevinstrealiseringsprosjektet er i startfasen. Informantenes erfaringer og meninger grunner seg i indikasjoner knyttet til fremtiden, samt erfaringer fra første året etter implementeringen av Helseplattformen. Kapittelet er strukturert med utgangspunkt i 3 deler: *Tydelige gevinstmål oppfattes å skape motivasjon, intensjoner om å bruke gevinstrealiseringsprosjektet diagnostisk og interaktivt og variasjoner mellom enhetenes bruk av gevinstrealiseringsprosjektet.*

6.1 Tydelige gevinstmål oppfattes å skape motivasjon

Våre funn tyder på at gevinstrealiseringsprosjektet har vært et viktig verktøy i avgjørelsen om Helseplattformen har vært hensiktsmessig å investere i. Offentlige prosjekter bør ifølge Breese et al. (2015) på forhånd utarbeide gevinstmål for å synliggjøre prosjektets planlagte bidrag. Det kan forstås fra empirien at gevinstrealiseringsprosjektet har som formål å være synlig for de ansatte ved at valg blir tatt på bakgrunn av planlagte mål. Når gevinstmålene blir synlig kan det drøftes at de ansatte får større forståelse for hva Helseplattformen kan bidra med, og motivasjon for arbeidet skapes. Tydeliggjøring av gevinstmålene skal gi de ansatte retning for arbeidet i tråd med Hopwood (1990), som mener at synliggjøring gir bedre grunnlag for styring og kontroll. Dette kan videre kobles til Simons (1995a) syn på trossystemet, der tydelige mål skal bidra til at alle jobber i tråd med organisasjonens forhåndsbestemte retningslinjer.

I forkant av implementeringen ble et omfattende arbeid utført med å kartlegge 70 arbeidsprosesser for å identifisere potensielle realiserbare gevinster. Denne tilnærmingen er i tråd med Flak (2012) som viser til at implementeringsfasen krever planlegging og organisering for å kunne realisere gevinster. Gevinstmålene er utarbeidet i samarbeid med tjenesteutøverne

med utgangspunkt i de elleve effektmålene til Helseplattformen, som skal fungere som et virkemiddel for å realisere planlagt strategi (Karlsen, 2018). Effektmålene er lange og vanskelige å huske, og derfor har faglig koordinator i gevinstrealiseringsprosjektet valgt å fokusere på tre komprimerte gevinstområder: økt brukervennlighet for helsepersonell, mer fornøyde innbyggere og pårørende og bedre samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Det kan forstås fra empirien at formålet med de tre gevinstområdene er å påvirke og motivere de ansatte til å ta gunstige valg for gevinstrealiseringen. Gevinstområdene kan dermed karakteriseres som verdier knyttet til Helseplattformen. Målet er at verdiene skal bli en del av kulturen, slik Simons (1995b) påpeker i trossystemet. Helseplattformens innsamlede data og analyseverktøy har som mål å gjøre styringsinformasjonen mer synlig for ledelsen, slik at de får bedre beslutningsgrunnlag. Det åpner for at det blir enklere å få oversikt over styringsinformasjon, og gjennom dialog med de ansatte jobbe mot fastsatte mål.

I forkant av implementeringen ble det utarbeidet kalkyler på bakgrunn av de identifiserte gevinstene, og disse har gjort gevinstmålene mer synlige og diskuterbare overfor de ansatte, samt tilrettelagt for enklere oppfølging underveis. Synliggjøring av gevinstmålene kan relateres til Hopwoods (1990) beskrivelse av regnskapet, som påpeker at abstrakte fenomener kan gjøres synlige gjennom å utarbeide kalkyler. Hopwood (1990) hevder at ikke inkluderte variabler i kalkylen kan oppfattes som ikke eksisterende, og det blir utfordrende å foreta presise målinger for å kontrollere måloppnåelsen. Våre empiriske funn peker på at tydelige gevinstmål skaper forståelse og troverdighet gjeldende hensikten med gevinstarbeidet. Synliggjøring av gevinstmålene gjør at de oppfattes mer reelle, og brukes som en motivasjonsdriver i implementeringen av Helseplattformen. Stortingsmeldingen 27 (2015-2016) påpeker viktigheten av et grundig og systematisk arbeid gjennom hele gevinstprosjektets livsløp for å realisere planlagte gevinster av gjennomførte tiltak. Forståelse for formålet med målsettingene beskriver Mulgan (2009) som et suksesskriterium for å lykkes med implementeringen av nye systemer.

Derimot viser praksis variasjoner hvorvidt gevinstmålene faktisk har fungert som motivasjonsdriver. Intervjuene tydeliggjorde at ikke alle ansatte på enhetene er kjent med gevinstmålene, og det kan tolkes å ha medvirket til svekket forståelse og lavere motivasjon til gevinstarbeidet. Informantene fremhever likevel at strategien til gevinstrealiseringsprosjektet er å involvere flest mulig. Når ansatte ikke er kjent med gevinstmålene gir det en indikasjon på

at strategien ikke er godt nok formidlet, og det er ikke tilrettelagt at den skal gjennomsyre arbeidshverdagen. Simons (1995a) mener formålet med å bruke strategien er å skape trygghet rundt valgene som tas, slik at ansatte ikke tar valg basert på antakelser. Psykisk helse og rus beskrives som den enheten som har sett at gevinstmålene har bidratt til økt motivasjon hos ansatte. Godt forberedelsesarbeidet i forkant av implementeringen har sannsynligvis bidratt til at samtlige på enheten har forstått formålet med gevinstmålene. Når de ansatte har felles forståelse av målene bidrar det til å skape motivasjon og endringsvilje, i samsvar med Hopwood (1983). Selv om synliggjøring av gevinstmålene presenteres å være en motivasjonsfaktor, tyder våre funn på at de som ikke er kjent med målene i liten grad oppfatter de som motiverende. Dette kan skyldes lite involvering i forberedelsesarbeidet, og at Trondheim kommune ikke har kommet så langt i prosjektet. Langsiktig er målet at samtlige ansatte skal ha kjennskap til gevinstrealiseringsprosjektet, slik at motivasjonen for arbeidet øker.

6.2 Intensjoner om å bruke gevinstrealiseringsprosjektet diagnostisk og interaktivt

Gevinstrealiseringsprosjektet ble som nevnt opprettet året 2017 i forbindelse med implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune, og prosjektet har store ambisjoner mot 2025. Til hjelp i dette arbeidet brukes ulike verktøy, som blant annet dashbord, workshop, brukermanualer og gevinstmål. Disse verktøyene illustreres i figur fem, og bruken av de forklares nærmere i alle underkapittel tilhørende analysen. Våre funn viser at til tross for lite fremgang i gevinstrealiseringsprosjektet, foreligger det intensjoner om at prosjektet i hovedsak skal bli brukt mest interaktivt og diagnostisk (Simons, 1995a).

Gevinstmålene er utarbeidet interaktivt gjennom workshops sammen med andre kommuner, tjenesteutøvere, brukerassistenter, avdelingsledere, superbrukere og fagansvarlige. Informantene fremhevet at deltakerne viste stort engasjement med gevinstarbeidet. Workshopene har vært en arena for innspill, og bidratt til kunnskaps- og erfaringsdeling mellom deltakere fra hele organisasjonen. Toveis kommunikasjon er viktig for at alle involverte skal kunne tilpasse seg nye arbeidsmetoder, og få større oversikt over arbeidet på enhetene (Simons, 1995a, som referert i Bisbe & Otle, 2004). Faglig koordinator for gevinster i Trondheim kommune erkjenner likevel at flere brukerundersøkelser og workshops, mer oppfølging i dashbordene og flere møter med enhet- og avdelingsledere kunne ha blitt gjennomført for å få bedre innsikt i gevinstarbeid. Dette er tid- og ressurskrevende, og dårlig

kapasitet har hindret oppfølgingsprosessen. For å gjøre gevinstmålene diskutabile fremhevet informantene at dashbordene har vært et viktig verktøy for dem som har tatt det i bruk. Det interaktive kontrollsystemet skal i henhold til Simons (1995a) bidra til å gjøre informasjon fra det diagnostiske systemet diskutabelt, og fungere som et tilbakemeldingssystem for å skape organisatorisk læring slik at nye ideer og strategier utvikles.

Empirien viser at formålet med dashbordene er å gi ledelsen bedre styringsinformasjon og kontroll over ressursutnyttelsen på alle organisatoriske nivåer. Det forventes at dashbordene vil bli et viktig arbeidsverktøy i årene fremover for å måle og følge opp utviklingen av gevinstmålene på enheten. Det kan trekkes paralleller mellom dashbordene og Simons (1995a) beskrivelse av prestasjonsmålingssystemer. Diagnostiske styringssystemer brukes til å følge opp og evaluere prestasjonsmål for å nå organisasjonens strategi (Simons, 1995a). Intensjonen er at informasjonen i dashbordene skal gjøre det enklere for ledelsen å forstå hvilken retning gevinstene utvikles i, og bruke denne informasjonen for gjennomføring av korrigerings tiltak. Dashbordene skal etter planen vise oppdatert sanntidsdata, som forenkler sammenligningsgrunnlaget og identifiserer avvik mer effektivt. Ved bruk av prestasjonsmålingssystemer kan avvik enkelt identifiseres på bakgrunn av at faktisk ytelse analyseres og overvåkes opp mot planlagte prestasjonsmål, og dermed kan korrigerings tiltak enklere utføres (Simons, 1995a). Informantene fortalte at det tidligere systemet, Geric, ikke hadde disse funksjonalitetene, og manglet muligheten for å kunne effektivisere driften. Det kan forstås fra empirien at nye teknologier, som følge av implementeringen av Helseplattformen, skal tilrettelegge for mer presise målinger. Helseplattformen skal muliggjøre oppfølgingen av gevinstenes utvikling kontinuerlig, og enklere hente ut analyser basert på styringsinformasjonen i systemet. Det kan relateres til Andreassen & Bjørnenak (2018) som mener at teknologi kan bidra til mer presise målinger, som gjør det enklere å predikere utfall.

Funnene våre viser derimot at enhetene har utfordringer med å kontrollere og følge opp gevinstmålene ved hjelp av dashbordene i Helseplattformen. Ifølge empirien kan dette skyldes at det er tidlig i implementeringsfasen, og de ansatte har ulik kunnskap til alle funksjonalitetene i Helseplattformen. Flere av enhetene har hatt utfordringer med feilregistreringer, og resultatet blir av den grunn uriktige gevinstmål. Feilregistrering av informasjon i Helseplattformen og på Roveren kan medføre beslutninger tatt på feil grunnlag, som oppfattes å være hemmende for gevinstrealiseringen. Simons (1995b) poengterer at målene må bygge på riktig datagrunnlag

for å kunne bruke dem som et diagnostisk styringsverktøy, og hindre at organisasjonens faktiske prestasjon blir misvisende.

Enheten for psykisk helse og rus trekkes frem som den enhet som har kommet lengst i arbeidet med å registrere informasjon i Helseplattformen. Riktige registreringer i Helseplattformen har gjort det mulig å måle datagrunnlaget i dashbordene. Følgelig har de allerede sett positive effekter som viser at andel oppmøtte til konsultasjoner har økt, fordi pasientene selv kan bestille og avbestille konsultasjoner i HelsaMi. Tessier & Otley (2012) hevder at organisasjonen kan oppnå en mer effektiv strategirealisering når det diagnostiske og interaktive styringssystemet kombineres. Det diagnostiske styringssystemet gjør målene målbare, og kan videre brukes interaktivt gjennom dialog for å gi de ansatte fokus og retning i arbeidet videre.

Det var enighet blant informantene at psykisk helse og rus foreløpig er den eneste enheten som har oppnådd positive effekter etter implementeringen av Helseplattformen. Det fremgår av informantene at de andre enheter har hatt utfordringer med implementeringen som følge av oppstarts vansker, og av den grunn ikke kommet like langt i gevinstarbeidet. Det tyder på at Helseplattformens funksjonaliteter ikke er utnyttet tilstrekkelig, men det forventes høyere utnyttelsesgrad i fremtiden. Empirien viser at manglende bruk av dashbordene har ført til begrenset innsikt hos ledelsen angående enhetenes utfordringer og progresjon i gevinstarbeidet, som i henhold til Simons (1995a) kan være hemmende for måloppnåelsen i organisasjonen. Det kan forstås fra empirien at ledelsens evne til innhenting av styringsinformasjon direkte fra systemet gir mer kontroll og oppfølging av driften. Overvåkingssystemer vil gjøre det enklere for ledelsen med tett oppfølging uten tids- og ressursbruk på manuelle arbeidsoppgaver, og vil kunne bruke arbeidstiden alternativt (Widener, 2007). På sikt er målet at dashbordene skal brukes som et kontrollsystem for oppfølging av gevinstmålene på enhetene kontinuerlig, slik at behovet for overvåking reduseres.

På den andre siden praktiserer gevinstrealiseringsprosjektet en form for overvåking ved at enhetene må innlevere en rapport. Rapportene er en nødvendighet for at ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet skal få kontroll over enhetenes arbeid med gevinstprosjektet, og aktuelle tiltak for å realisere de gjenværende gevinstene. Informasjonen skal brukes som et grunnlag for å bruke rapportene både diagnostisk og interaktivt for å avdekke avvik og diskutere utfordringer på enheten. Dette samsvarer med Simons (1995a) syn på prestasjonsindikatorer som brukes til å forsøke å styre organisasjonen i planlagt retning.

Rapporten skal leveres første gang i år, og formålet er å danne grunnlag for læring, diskusjon og samhandling mellom enhetene. Simons (1995a) hevder at når informasjon blir diskutert kan den brukes interaktivt til å skape nye mål og strategier, og strategisk usikkerhet som kan hindre måloppnåelsen identifiseres og diskuteres. Rapporten gir alle involverte mulighet til å komme med innspill til endringer og tiltak som kan gjennomføres. Quattrone (2016, som referert i Andreassen & Bjørnenak, 2018) poengterer at funksjonen til økonomistyringsverktøy ikke bare er en presentasjon av tall, men et verktøy for et sosialt forum for menings- og kunnskapsutveksling. Selv om våre funn tyder på at få enheter anvender dashbordene, fremheves psykisk helse og rus som den enhet som har klart å bruke dashbordene for måling av gevinster. Dette blir nærmere drøftet i neste underkapittel.

6.3 Variasjoner mellom enhetenes bruk av gevinstrealiseringsprosjektet

Innføringen av Helseplattformen er gjort med bakgrunn i å effektivisere og imøtekomme fremtidens helseutfordringer. Informantene var enige i at implementeringen av Helseplattformen har vært utfordrende, fordi det har vært tid-og ressurskrevende. Dette tilsier at årsaken til variasjoner mellom enhetene beror på hvor mye tid og ressurser de har hatt mulighet til å prioritere på prosjektet. Quattrone (2016) påpeker at tid er en viktig faktor for å lykkes med gevinstrealisering, og i noen tilfeller kreves det mer tid enn planlagt å innføre ny teknologi. Helseplattformen har ifølge informantene ført til merarbeid ved at nye arbeidsprosesser tar lengre tid enn tidligere. Dette kan skyldes vanskeligheter med å bruke systemet som har skapt misnøye og motstand på noen enheter. Ut fra våre funn forstår vi det som at samspillet mellom brukerne og Helseplattformen ikke fungerer optimalt, som kan skyldes ufullstendig involvering og opplæring. For at IT-systemet skal fungere i henhold til tenkt funksjonalitet fremhever Star & Ruhleder (1996) at mennesker, oppgaver og maskiner må samhandle.

Enhet- og avdelingsleder har som nevnt ansvar for at gevinstene blir realiserbare, og de avgjør hvordan enhetenes arbeid skal utføres. Når beslutningstakingen flyttes til lavere nivåer gir det muligheter for ledelsen å bruke sin kompetanse alternativt. Det vil kunne medvirke til at ansatte utvikler dypere forståelse og eierskap til arbeidsprosessene ved at de i større grad har påvirkningsmuligheter på organisasjonen. Gevinstrealiseringsprosjektet syn på ansvarsfordeling deles av Hope & Fraser (2003), som peker på at flytting av ansvar og beslutningsmyndighet til lavere nivåer kan være fordelaktig for organisasjonen.

Gevinstrealiseringsprosjektet er et tillitsbasert system der den overordnede ledelse har tillit til at enhetene selv er i stand til å avgjøre hvilken fremgangsmåte som er mest hensiktsmessig for realisering av ønskede gevinster. Tillit fra ledelsen er en mekanisme som Simons (1995b) mener kan påvirke atferden og motivere de ansatte til å nå målene i organisasjonen.

Empirien viser at det er variasjon mellom enhetene hvorvidt implementeringen av Helseplattformen har vært vellykket. Funnene våre tyder på at flere enheter har hatt mindre grad av fokus på involvering. Informantene beskriver at enhet- og avdelingsledere forstår verdien av involvering, men har likevel valgt å ikke involvere de ansatte i gevinstarbeidet, på grunn av manglende struktur og kapasitet til håndtering av innspill. Det er ressurskrevende for både ledelsen og de ansatte å fremme en interaktiv struktur ettersom involvering må opprettholdes jevnlig, en påstand som samsvarer med Simons (1995b). Interaktiv styring er nødvendig for å hindre at de positive effektene som involvering frembringer blir oversett, som blant annet læring, innovasjon, utvikling og større motivasjon for arbeidet (Simons, 1995a, som referert i Bisbe & Otley, 2004).

Lav grad av involvering kan skyldes at flere enheter har hatt vanskelig å finne balansen mellom kreativitet og kontroll, som Levers of Control rammeverket beskriver som Yin og Yang (Simons, 1995b). Involvering kan beskrives som Simons (1995b) sammenligning med Yin. Grensesystemet og det diagnostiske systemet brukes til å overvåke og sette begrensninger i involveringen av de ansatte. Samtidig skal enhet- og avdelingsledere tilrettelegge for kreativ utfoldelse og dialog med de underordnede for å oppnå fremtidige gevinster. Som nevnt er det viktig at de ansatte utvikler eierskap til gevinstmålene, som Yang bidrar med ved hjelp av tro- og det interaktive systemet. De ulike kontrollmekanismene mener Simons (2000) må harmonisere for å oppnå et effektivt styringssystem.

Funnene våre peker på at psykisk helse og rus er den enheten som har kommet lengst med å ta i bruk Helseplattformen og realisering av planlagte gevinster. Det fremheves at mye tid og ressurser har blitt brukt på å lære seg systemet, og enheten har i hele implementeringsprosessen hatt fokus på involvering. Involveringen har bidratt til bedre forståelse for formålet, samtidig som de har utviklet eierskap til gevinstmålene. Rådgiveren for psykisk helse og rus fremhever at de ansatte har hatt relevant kunnskap som har bidratt til økt motivasjon. Dette kan relateres til Burns & Scapens (2000) påstand om at økt kunnskap hindrer motstand blant de ansatte. Denne formen for interaktiv styring av medarbeiderne stimulerer til organisatorisk læring, og

er en viktig driver i opplæringsfasen (Simons, 1995a, som referert i Bisbe & Otley, 2004). Interaktivt bruk av gevinstrealiseringsprosjektet kan forstås som en av suksessfaktorene som har ledet til gevinstrealisering på enheten psykisk helse og rus. Kommunikasjon i alle organisatoriske nivåer underveis skal tilrettelegge for at de involverte på lavere nivåer i organisasjonen utvikler forståelse for formålet med endringen, og tar initiativ til å handle i tråd med organisasjonens strategi for å skape forbedringer (Ahrens & Chapman, 2004).

Psykisk helse og rus har praktisert det Simons (1990) beskriver som en fremskridende strategi tilnærming, der de ansatte har fått mulighet til å komme med nye ideer og innspill som legger føringer for at nye strategier vokser frem. Det tolkes derimot som at flere av de andre enhetene har valgt en mer hierarkisk strategisk tilnærming til realisering av gevinster, fordi funnene viser at ansatte på enhetene ikke er kjent med gevinstmålene. Når de ansatte ikke er kjent med gevinstmålene oppfattes det som at ledelsen har tatt avgjørelser uten å involvere dem, og konsekvensene blir mindre grad av kreativ utfoldelse hos ansatte. Lav grad av involvering kan føre til lite forståelse og eierskap til målene, som igjen kan være hemmende for måloppnåelsen (Simons, 1995a, som referert i Bisbe & Otley, 2004). Det kan drøftes at manglende forståelse og eierskap til målene har vært grunnen til at flere enheter ikke har kommet så langt i gevinstarbeidet.

6.3.1 Skyldes variasjonene på enhetene mangelfull opplæring?

Trondheim kommune er ansvarlig for implementeringen av Helseplattformen, og gjennom hele prosessen har de hatt en klar målsetting gjeldende involvering og opplæring av ansatte. Flere informanter beskriver at det har blitt gjennomført et strukturert opplegg for utarbeidelsen av gevinstmål og opplæringen av de ansatte knyttet til Helseplattformen. Opplegget har bestått av kursarrangement, brukermanualer, superbrukere og egentrening. Tilstrekkelig opplæring av ansatte er avgjørende for at de involverte skal kunne bruke Helseplattformen, slik at gevinstmålene blir realiserbare. Denne tilnærmingen kan kobles til det interaktive styringssystemet i Simons (1995b) rammeverk, der involvering brukes for å påvirke atferden i organisasjonen mot ønsket retning. Interaktive arbeidsprosesser styrker de involvertes felles forståelse og skaper engasjement for arbeidet (Simons, 1995b). Superbrukerrollen har blitt opprettet for å støtte de ansatte i opplæringsfasen, og tilrettelegge for trygghet i bruken av Helseplattformen, som kan relateres til Simons (1995a) beskrivelse av grensesystemet. Grensesystemet kan brukes for å inspirere ansatte til å søke muligheter i tråd med bestemte

retningslinjer i organisasjonen (Simons, 1995a). Hvorvidt superbrukerrollen har gitt positive resultater i opplæringsarbeidet fremheves som usikkert.

Enhet- og avdelingsledere har vært delaktig i opplæringen ved at de har blitt pålagt å tilrettelegge for egentrening i Helseplattformen. Det kan likevel tyde på at de har opplevd balansegangen mellom opplæring av ansatte og tilretteleggelsen for oppnåelsen av fremtidige gevinster som krevende, og kan ha resultert i variasjoner mellom enhetenes bruk av gevinstrealiseringsprosjektet. Kapasitetsmangel på enheter har ført til fokus rettet mot ivaretagelse av drift, fremfor tid på opplæring. Enhetene kan forstås å ha ulik arbeidsmengde, og det tyder dermed på at det er variasjoner rundt enhetenes valgte tidsbruk på opplæringen. Fra intervjuene indikerer det å være varierende grad av kunnskap på bruk av Helseplattformen mellom avdelingene, som kan skyldes forskjeller i opplæringen. Kompleksiteten av Helseplattformen kan også tolkes å være en av årsakene til at opplæringen har vært krevende, som drøftes av Dechow et al. (2007) kan være årsaken til at implementeringen av nye IT-systemer fører til mer skade enn nytte i oppstartsfasen.

Ledelsen har fått tilbakemelding fra de ansatte at opplæringen har blitt oppfattet som mangelfull på grunn av uoverensstemmelse med funksjonalitetene i Helseplattformen. Felles standardiserte brukermanualer eksisterte ikke på daværende tidspunkt, og kan ifølge informantene være en av årsakene til at opplæringen har blitt påpekt som mangelfull. Mangelfull opplæring gir de ansatte mindre kunnskap om Helseplattformen, som hindrer at systemet blir brukt på best mulig måte. Manglende kunnskap som følge av svekkende opplæring kan være en trussel for pasientsikkerheten, og det vil kunne hemme gevinstrealiseringen på enheten. Mennesker med lite kunnskap til teknologien kan føre til at systemet ikke fungerer optimalt, og kan dermed diskuteres å være den største usikkerhetsfaktoren i implementeringen av nye styringsverktøy, i tråd med Dechow et al. (2007) sin påstand. Det kan da diskuteres om Helseplattformen blir til støtte for de ansatte, eller om IT-systemet skaper usikkerhet, fordi man ikke har tilstrekkelig tillit til journalførte pasientopplysninger?

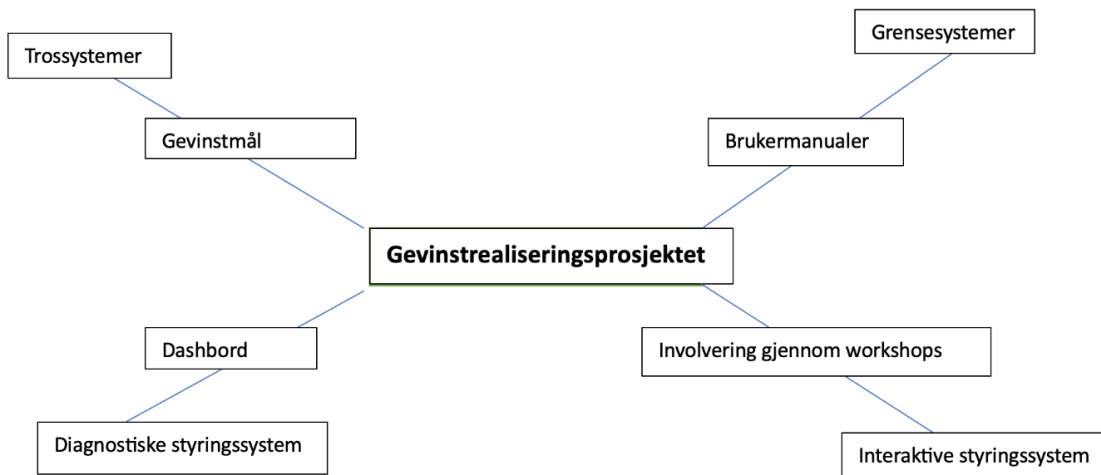
For å forbedre opplæringen har det i etterkant av implementeringen blitt utarbeidet brukermanualer med veiledere tilpasset ulike funksjonaliteter i systemet. Kontroll er til en viss grad positivt for realiseringen av gevinster, og brukermanualene vil være et hjelpemiddel gjennom at instruksjoner i manualene veileder ansatte til riktig bruk. Det kan på denne måten

dras paralleller til tro- og grensesystemet i opplæringsarbeidet, der tydelige retningslinjer i organisasjonen legger føringer for å kunne påvirke ansatte til å ta gunstige valg for strategirealiseringen (Simons, 1995a). Når tro- og grensesystemet kombineres på denne måten, vil det ifølge Simons (2000) utløse en dynamisk spenning. Balansen mellom forpliktelser og begrensninger vil bidra til effektiv måloppnåelse. Riktig bruk av veiledere og brukermanualer kan dermed tolkes som et verktøy for å overbevise enhetene om at Helseplattformen er et system med stort potensial. Formelle prosedyrer kan bidra til økt effektivitet og produktivitet i arbeidet, og en viss grad av formalisering er dermed nødvendig for å unngå kaos og ineffektivitet (Adler & Borys, 1996).

Implementeringen av Helseplattformen beskrives som krevende, og var en av grunnene til at gevinstrealiseringsprosjektet havnet litt i skyggen i starten. Opplæringsperioden var preget av høyt sykefravær, samtidig som at implementeringen ble utsatt ett år som følge av systemforbedringer. Ledelsen i gevinstrealiseringsprosjektet valgte i denne situasjonen å være tålmodig, og prosjektet fikk derfor mindre fokus i en periode mens økt fokus ble å gjøre ansatte trygg i bruken av Helseplattformen for å sikre optimal drift. Ferreira & Otley (2009) poengterer viktigheten av at organisasjonen tar hensyn til omgivelsene, slik som Trondheim kommune valgte å gjøre i denne perioden.

6.4 Oppsummering av analyse

Figuren illustrert under viser eksempel på viktige verktøy i gevinstrealiseringsprosjektet som kan kobles til de ulike styringssystemene i Simons (1995a) Levers of Control rammeverk. De fire verktøyene som vist i figur fem kan brukes overlappende, ved en forbindelse til flere enn ett styringssystem. For eksempel kan dashbordet som er knyttet til det diagnostiske styringssystem, også bli brukt interaktivt gjennom at informasjonen som blir tilgjengeliggjort brukes for å skape dialog mellom ansatte. Verktøyene i figuren henger også sammen, i likhet med spakene i Levers of Control (Simons, 1995a). Gevinstmålene er utarbeidet gjennom workshops, og målet er at disse skal formidles til de ansatte for å skape retning for arbeidet (Simons, 1995a). For å sikre at arbeidet beveger seg i riktig retning brukes dashbordene til å måle og kontrollere gevinstoppnåelsen. Riktige målinger i dashbordene avhenger av riktig registrering av data, og brukermanualene skal fungere som en veiledning. Den dynamiske spenningen oppstår når samspeillet mellom disse fire verktøyene er i balanse (Simons, 2000).



Figur 5: Vår tolkning av Levers of Control rammeverket til Simons (1995a).

7. Konklusjon

Formålet med forskningsprosjektet har vært å få innsikt i hvordan gevinstrealisering brukes ved implementeringen av et stort og komplekst IT-prosjekt som Helseplattformen. I oppgavens avsluttende kapittel vil vi trekke frem de mest sentrale funnene for besvarelsen av studiens problemstilling: *“Hvordan brukes gevinstrealiseringsprosjektet som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune?”* I de siste delkapitlene vil vi presentere våre refleksjoner rundt studiens bidrag og implikasjoner, og deretter forslag til videre forskning.

En aldrende befolkning og færre personer som søker seg som arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren medfører store kostnads- og ressursutfordringer i fremtiden. I den anledning mener mange at digitaliseringen av helsevesenet bør prioriteres, og Helseplattformen er et egnet styringsverktøy. Gevinstrealiseringsprosjektets formål er å synliggjøre Helseplattformens bidrag, og bruke det som et virkemiddel for at brukere og ansatte skal rette fokus mot gevinstmålene. Synliggjøring av gevinstene gir organisasjonen større muligheter for å styre, kontrollere og observere arbeidet i ønsket retning, slik som Hopwood (1990) beskriver som økonomistyringens rolle. Ifølge informantene er det variasjoner mellom enhetene hvorvidt økt synliggjøring av gevinstmålene har ført til økt motivasjon.

Vi oppfatter at gevinstrealiseringsprosjektet bruker alle fire styringsmekanismene i Levers of Control rammeverket til Simons (1995a) i ulik grad. Det kan tolkes fra våre funn at det er intensjoner om å bruke det diagnostiske- og interaktive styringssystemet mest aktivt i gevinstrealiseringsprosjektet. Intensjonen er at oppfølging av gevinster skal skje i dashbordet, men funnene våre viser at det har vært varierende grad av suksess på enhetene. Psykisk helse og rus er den eneste enheten som har klart å bruke dashbordet. Andre enheter har hatt utfordringer med feilregistreringer i Helseplattformen og konsekvensen har blitt uriktige gevinstmål. I fremtiden er målet at dashbordene skal inneholde riktig datagrunnlag for å kunne brukes som et verktøy for å måle og følge opp gevinster. Når styringsinformasjonen blir synliggjort åpner det for større grad av diskusjon relatert til gevinstarbeidet, og på den måten kan dashbordene brukes interaktivt.

I implementeringsfasen av Helseplattformen finnes det indikasjoner for mer interaktivt bruk av trossystemet. Trossystemet kan brukes som et verktøy for påvirkning av ansatte til

beslutningstaking på bakgrunn av gevinstmålene. Alle ansatte er ikke godt nok kjent med gevinstmålene, og derfor kan det oppfattes som at trossystemet har blitt brukt utilstrekkelig. Informantene fremhever synliggjøring av gevinstmålene som en motivasjonsfaktor for ansatte. Ved å rette mer oppmerksomhet mot interaktiv styring vil det diagnostiske styringssystemet få mindre fokus i implementeringsfasen, og balansen i styringen vil oppnå en dynamisk spenning i tråd med Simons (1995b). Når Helseplattformen finner riktig balanse mellom kontroll og kreativitet på enhetene, oppstår dynamiske spenninger som potensielt bidrar til mer effektiv gevinstoppnåelse.

Funnene våre indikerer at det er forskjeller mellom enhetenes kjennskap til gevinstmålene, som kanskje skyldes mangelfull opplæring og dertil kunnskap. Enhet- og avdelingslederne er som nevnt ansvarlig for at gevinstene blir realiserbare på enheten, og ulikt fokus angående involvering og opplæring er praktisert. Dette kan antas å skyldes enhet- og avdelingsledernes ulike oppfatninger av gevinstmålenes effekt på implementeringen av Helseplattformen. Forskjellene mellom hvorvidt enhetene prioriterer gevinstarbeidet vil i tråd med Simons (1995a) kunne reduseres dersom enhetene øker fokuset på interaktiv styring. Manglende kunnskap til det nye systemet har tydeliggjort behovet for oppdaterte brukermanualer tilpasset enhetene, som har vist seg å være et viktig verktøy i implementeringsfasen av Helseplattformen. Utfordringene rundt bruken kan skyldes manglende kunnskap og involvering, som følge av utilfredsstillende opplæring i Helseplattformen. Mennesket blir dermed den største usikre faktoren ved nye digitale løsninger, som kan relateres til Dechow et al. (2007).

7.1 Implikasjoner og videre forskning

7.1.1 Praktiske implikasjoner

Trondheim kommune er den første kommunen som har implementert Helseplattformen, og målet er at alle kommuner i Midt-Norge skal ta i bruk journalsystemet. Etter våre undersøkelser finnes det et begrenset antall forskningsstudier som omhandler gevinstrealisering, og selv om gevinstprosjektet i Trondheim kommune er under utvikling vil det være momenter som kan ha overføringsverdi til andre kommuner når de skal implementere Helseplattformen. Andre kommuner kan blant annet få større innsikt i hvorfor gevinstrealisering er nødvendig, slik at de kan identifisere fallgruver og muligheter i forkant av implementeringen av Helseplattformen. De kan da bli bedre rustet til å ta i bruk Helseplattformen enn Trondheim kommune var, og

Helseplattformens bidrag kan synliggjøres og gevinster kan realiseres mer effektivt. Studien vil være nyttig for å kunne si noe om hvordan gevinstrealiseringsprosjektet har bidratt til å drive frem endringer, som er avgjørende for å oppnå optimal bruk av Helseplattformen.

Masteroppgaven vil kunne ha praktiske implikasjoner for offentlige prosjekt i og utenfor Trondheim kommune, som krever et gevinstrealiseringsprosjekt. Denne studien viser viktigheten av at organisasjoner setter av tid og ressurser til gevinstrealiseringsprosjekt, samt følger opp gevinster og involverer de ansatte. Det tyder på at Trondheim kommune ser verdien av å ha en formell tilnærming til gevinstrealisering, og at dette blant annet kan brukes i fremtidige prosjekter som for eksempel bærekraftsprogrammet. Bærekraftsprogrammet i Trondheim kommune kan nyttiggjøre seg av eksisterende kunnskap ved gevinstrealisering. Når gevinstene ved pågående digitaliseringstiltak synliggjøres, vil det ifølge stortingsmelding 27 (2015-2016) gi økt trygghet ved gjennomføringen av fremtidige tiltak. Tidligere forskning har vist at gevinstrealisering ikke alltid har blitt prioritert i store investeringsprosjekter (Meld. St. 27 (2015-2016)).

Gevinstmålene har som formål å skape motivasjon for alle ansatte, men det forstås fra empirien å være variasjoner mellom ansatte på enhetene hvorvidt de faktisk bruker gevinstmålene aktivt i sin arbeidshverdag. Selv om vi ikke har data fra det operative nivået i Trondheim kommune tyder mye av empirien på at gevinstmålene ikke er godt nok etablert på dette nivået, og på bakgrunn av det har derfor ikke ansatte tilknytning til gevinstmålene. Funnene i studien viser at større fokus på interaktiv styring vil kunne bidra til at ansatte på ulike organisatoriske nivåer kan utvikle eierskap til målene. Dette forskningsprosjektet viser at de ansattes samhandling med teknologien har betydning for en vellykket implementering, og i den anledning kan denne oppgaven også være nyttig for ansatte på operativt nivå.

7.1.2 Teoretiske implikasjoner

Dette forskningsprosjektet har potensial for å kunne bidra til eksisterende forskning på flere måter. Studien vil ha teoretisk nytte i form av at den gir innblikk i hva gevinstrealisering er, og hvilken rolle det har i et stort IT-prosjekt. Oppgaven viser hvordan nye teknologier i offentlig sektor kan bruke styringsmekanismene til Simons (1995a) rammeverk Levers of Control. For eksempel hvordan involvering av gevinstmålene sett fra det interaktive styringssystemet kan bidra til økt motivasjon, som igjen er en støttende faktor for en vellykket implementering av Helseplattformen. Til tross for at Levers of Control rammeverket til Simons (1995a)

hovedsakelig er rettet mot implementeringen av strategi i privat sektor, anser vi at rammeverket har egnet seg godt til å besvare vår problemstilling innenfor offentlig sektor.

Studien viser også nødvendigheten av tilstrekkelig opplæring og involvering av ansatte på en slik måte at eierskap utvikles, og et ønske om mestring av ny teknologi blant ansatte. God samhandling og kommunikasjon mellom, og på tvers av alle nivåer i organisasjonen gir gode forhold for vekst, utvikling og fornyelse av organisasjonen, og implementering av nye prosjekter gir sannsynligvis større suksessrate.

7.2 Videre forskning

Etter gjennomførelsen av denne studien ser vi at det finnes flere muligheter for fremtidig forskning. Informantene i denne studien trekker frem psykisk helse og rus som den enhet som har lyktes med å bruke gevinster som et verktøy i implementering av Helseplattformen. Det hadde vært interessant å studere hva psykisk helse og rus har gjort annerledes enn de enheter som ikke har lyktes i like stor grad. I en slik studie vil det kanskje være hensiktsmessig å intervju ansatte på ulike nivå innenfor forskjellige enheter i kommunen, og gjøre en sammenligningsstudie.

En lignende studie som denne kunne ha blitt utført med utgangspunkt i rammeverket til Burchell et al. (1980), som omhandler hvordan informasjonen som Helseplattformen tilgjengeliggjør blir brukt. Blir det brukt som et verktøy overfor politikere, eller er det mer et lokalt styringsverktøy som brukes for å påvirke prosesser internt i organisasjonen? Vi har i denne studien kun intervjuet fagpersoner på ledelsesnivå, og derfor hadde det vært spennende å gjøre en studie fra et annet perspektiv, for eksempel på operativt nivå. De vil gjerne ha en annen oppfatning av hvordan gevinstrealiseringsprosjektet brukes i implementeringen av Helseplattformen. Funn fra en slik studie vil også være mulig å sammenligne med resultatene fra denne studien for å få en bedre forståelse av gevinstrealiseringsprosjektets rolle i Helseplattformen. Dette kan være verdifulle funn for å forstå hvordan nødvendige tilpasninger og endringer kan gjøres i andre prosjekter der gevinstrealisering brukes som et styringsverktøy.

Litteraturliste

- Adler, P. S., & Borys, B. (1996). Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41 (1), 61-89.
<https://www.jstor.org/stable/2393986?origin=crossref>
- Ahrens, T., & Chapman, C. S. (2004). Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain*. *Contemporary Accounting Research*, 21(2), 271-301. <https://doi.org/10.1506/vjr6-rp75-7gux-xh0x>
- Agostini, L., Galati, F., og Gastaldi, L. (2019). The digitalization of the innovation process: Challenges and opportunities from a management perspective. *European Journal of Innovation Management*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1108/EJIM-11-2019-0330>.
- Andreassen, R. I. & Bjørnenak, T. (2018). Usikkerhet og teknologi - de viktigste driverne for endringer i økonomistyring. *Magma*, 21 (6), 27-34
- Anthony, R. (1965). Planning and control systems: A framework for analysis. *Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University*, 9 (1).
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). Management control systems: A Review, *Boston: McGraw-Hill*, 23 (4), 233-268. <https://doi.org/10.1007/s00187-012-0158-7>
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
<https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2/>
- Bell, E., Bryman, A. & Harley, B. (2019) *Business Research Methods*. (5. Utg.) Oxford University Press.
- Bisbe, J. & Otley, D. (2004). The effects of the interactive use of management control systems on product innovation. *Accounting, Organizations and Society*, 29(8), 709- 737.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aos.2003.10.010>
- 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>
- Broadbent, J. & Laughlin, R. (2009). Performance management systems: A conceptual model. *Management Accounting Research*, 20(4), 283-295.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2009.07.004>
- Budzier, A. & Flyvbjerg, B. (2013). Making Sense of the Impact and Importance of Outliers in Project Management through the Use of Power Laws. *BT Center for Major Programme management, Said Business School, University of Oxford*.

https://www.researchgate.net/publication/244988765_Making_Sense_of_the_Impact_and_Importance_of_Outliers_in_Project_Management_through_the_Use_of_Power_Laws

Burns, J. & Scapens, R. W. (2000) Conceptualizing management accounting change: an institutional framework, *Management Accounting Research*, 11(1), 3-25.

Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. O. (2009). *Økonomistyring i det offentlige* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Burchell, S., Clubb, C., Hopwood, A. & Hughes, J. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *London Graduate School of Business Studies, UK*, 5 (1), 5-27.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0361368280900173?via%3Dihub>

Dechow, N., Granlund, M. & Mouritsen, J. (2007). Interactions between modern information technology and management control. *Prentice-Hall*, 3, 45-64.

Direktoratet for e-helse. (2021, 24 august). *Èn innbygger - én journal*.
<https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal>

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

Direktoratet for økonomistyring. (2023, 22 januar). *Planlegge gevinstrealiseringen*.
<https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/gevinstrealisering/planlegge-gevinstrealiseringen>

Ferreira, A. & Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, 20(4), 263-282.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2009.07.003>

Han, D. and Huang, J. (2008). Empirical Study on the Signaling Effect of Stocks Held by Management of IPO Companies. *Modern Management Science*, 6(2), 44-46.

Helseplattformen. (2022a, 16. desember). *HelsaMi er her*.
<https://helseplattformen.no/helsami/helsami-er-her>

Helseplattformen. (2022b). *Rapportering og styringsinformasjon*.
https://www.helseplattformen.no/siteassets/documents/infopakker-forberedelse/rapportering-og-styringsdokumenter_ren.pdf

Helseplattformen. (2022c). *Helseplattformen*. <https://helsemr.no/Documents/Samhandling/Helsefelleskap%20-%20Referat%20og%20utvalg/Molde/Ref%20Vedlegg%20%20Gevinstrealisering%20Helseplattformen.pdf>

- Helseplattformen. (2022d, 8. mars). *Innovasjonsstrategi*.
<https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/forskning/>
- Helseplattformen. (2022e, 12. desember). *Hva er HelsaMi?*
<https://www.helseplattformen.no/helsami/hva-er-helsami/>
- Helseplattformen. (2022f, 6. mars). *Styringsverktøy for kommunene*.
<https://www.helseplattformen.no/nyheter/styringsverktoy-for-kommunene/>
- Helseplattformen. (2022g, 1 februar). *Superbrukerne kommer*.
<https://www.helseplattformen.no/nyheter/superbrukerne-kommer>
- Helseplattformen. (2022h, 5 mai). *Sjøsetter Helseplattformen natt til lørdag*.
<https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/nyhetssaker/2022/sjosetter-helseplattformen-natt-til-lordag/>
- Helseplattformen. (2022i, 23 februar). *Spørsmål og svar for kommunene i Midt-Norge*.
<https://www.helseplattformen.no/nyheter/sporsmal-og-svar-for-kommunene-i-midt-norge/>
- Helseplattformen. (2023, 17. januar). *Generelt om Helseplattformen*.
<https://www.helseplattformen.no/om-oss/generelt-sporsmal-og-svar>
- Hope, J., & Fraser, R. (2003b). New Ways of Setting Rewards: The Beyond Budgeting Model. *California Management Review*, 45(4), 104-119.
- Hopwood, A. G. (1990). Accounting and organisation change. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 3(1), 7-17. <https://doi.org/10.1108/09513579010145073>
- Hopwood, A. G. (1983). On trying to study accounting in the contexts in which it operates, *London Graduate School of Business Studies, USA*, 8 (2-3), 287-305.
[https://doi.org/10.1016/0361-3682\(83\)90035-1](https://doi.org/10.1016/0361-3682(83)90035-1)
- Skyrud, K.D. (2022.14. juni). 2. Bruk av helsetjenester i framtiden. FHI
<https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/2.-ny-side/>
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utgave.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Karlsen, J.T. (2018). *Prosjektledelse - fra initiering til gevinstrealisering* (4.utg.). Universitetsforlaget AS
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (4.utg.). Abstrakt forlag AS.

Jørgensen, M. (2015). *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbasert tiltak*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/contentassets/9018344feae44c1f9a2a114e768ebd1b/suksess_fias-ko_offentlige_ikt-prosjekter.pdf

KS. (2019, 17. Januar). Gevinstrealisering. Hentet 10. februar fra
<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/alle-verktoy/gevinstrealisering/>

Flak, S. L. (2012). *Gevinstrealisering og offentlig IKT-investering*. Universitetsforlaget.

Leseth, A. B., Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Lowe, E. A. (1971), ON THE IDEA OF A MANAGEMENT CONTROL SYSTEM: INTEGRATING ACCOUNTING AND MANAGEMENT CONTROL. *Journal of Management Studies*, 8, 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1971.tb00833.x>

Malmi, T. & Brown, D. A. (2008) Management control systems as a package - Opportunities, challenges and research directions, *Management Accounting Research*, 19(4), 287- 300.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>

Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse - og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=8>

Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger- én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

Meld. St. 27 (2015-2016). *Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. Kommunal- og distriktsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/?q=gevinstrealisering&ch=3#match_22

Meld. St. 47 (2008 - 2009). *Samhandlingsreformen - rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Morken, J & Valvik, A. (2022). Helseplattformen i Trondheim kommune. *Kurspaper høst 2022*.

Mulgan, Geoff (2009). *The Art of Public Strategy: Mobilizing Power and Knowledge For the Common Good*. Oxford, New York: Oxford University Press

- Nordvåg, B. H., Svendsen, M., & Lindsetmo, B. (2022, 9. juni). Nytt IT-system skaper store problemer: - Vi kaller det for “Helvetesplattformen”. *NRK*.
https://www.nrk.no/trondelag/helseplattformen-skaper-problemer-pa-legevakta-i-trondheim_-_vi-kaller-det-for-_helvetesplattformen-1.15993007
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Nyeng, F. (2017). *Hva annet er også sant?: En innføring i vitenskapsfilosofi* (1). Fagbokforlaget.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold? *Magma*, 13(4), 27-35.
- Opstad, L. (2020). *Økonomistyring i offentlig sektor* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management accounting research*, 10(4), 363-382.
<https://doi.org/10.1006/mare.1999.0115>
- Quattrone, P. (2016). Management accounting goes digital: Will the move make it wiser? *The University of Edinburgh, The University of Edinburgh Business School, UK*, 31.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1044500516000135?via%3Dihub>
- Rachinger, M., Rauter, R., Müller, C., Vorraber, W., og Schirgi, E. (2019). Digitalization and its influence on business model innovation. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 30 (3). <https://doi/10.1108/JMTM-01-2018-0020>.
- Rashid, Y., Rashid, A., Warraich, M. A., Sabir, S. S., & Waseem, A. (2019). Case Study Method: A Step-by-Step Guide for Business Researchers. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. <https://doi.org/10.1177/1609406919862424>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeid med gevinstrealisering i statlige ikt-prosjekter*. Riksrevisjonen.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utgave). Fagbokforlaget.
- Roberts, J. & Scapens, R. (1985) Accounting systems and systems of accountability – understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, Organizations and Society*, 10(4), 443-456. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(85\)90005-4](https://doi.org/10.1016/0361-3682(85)90005-4)
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (8.utgave). Harlow: Pearson Education.

Scapens, R. W. (2006). Researching management accounting practice: The role of case study methods. *The British Accounting Review*, 22(3), 259-281.

<https://doi.org/10.1016/j.bar.2005.10.002>

Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M., & Owens, V. (2001). Extending the Cross-Cultural Validity of the Theory of Basic Human Values with a Different Method of Measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5), 519–542.

<https://doi.org/10.1177/0022022101032005001>

Simons, R. (1990). The role of management control systems in creating competitive advantage: New perspectives, *Accounting, Organizations and Society*, 15, 127- 143

Simons, R. (1995a). Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review*, 73(2), 80-88.

Simons, R. (1995b). *Levers of Control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business School Press.

Simons, R. (2000) *Performance measurement & control systems for implementing strategy : text & cases*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

Star, S. L., & Ruhleder, K. (1996). Steps toward an ecology of infrastructure: Design and access for large information spaces. *Information Systems Research*, 7(1), 111–134.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tessier, S. & Otley, D. (2012) A conceptual development of Simons' Levers of Control framework. *Management Accounting Research*, 23(3), 171-185

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal akademisk.

Trondheim kommune. (2021a, 28 april). *Organisasjon*.

<https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/om-kommunen/organisasjonen/organisasjon/>

Trondheim kommune. (2021b, 26 august). *Helse og velferd*.

<https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/vare-satsingsomrader/helse-og-velferd/>

Trondheim kommune. (2022a, 14 februar). *Gjennomgang og kvalitetssikring av gevinstberegningene i Helseplattformen*. Holte consulting.

Trondheim kommune. (2022b, april). *Innføringsprosjektet for Helseplattformen*.

<https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseplattformen-innforing/start>

Trondheim kommune. (2022c). *Prosessbeskrivelse- Gevinstberegninger*.

<https://drive.google.com/file/d/1su35m4E50Jm-tyMFGWAFB4Hpi1X2bq6w/view>

Widener, S. K. (2007). An empirical analysis of the levers of Control framework. *Accounting, organizations and society*, 32(7), 757-788.
<https://doi.org/10.1016/j.aos.2007.01.001>

Yin, R.K. (2014). *Case Study Research - Design and Methods* (5. utg.). SAGE Publications, Inc.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Gevinstrealisering som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan gevinstrealisering blir brukt som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I samband med mastergraden på NTNU Handelshøyskolen skriver vi våren 2023 en masteroppgave som omhandler hvordan prosjektet om gevinstrealisering kan brukes i implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune. Helseplattformen er et komplekst digitaliseringstiltak som har bidratt til å skape stort engasjement hos innbyggerne i Trondheim kommune og oss. Helse- og omsorg er et dagsaktuelt tema som omhandler alle, og vi finner det derfor interessant å studere dette.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er *Amalie Valvik* og *Julie Morken*

NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet. Professor Kari Nyland og doktorstipendiat Lise Charlotte Førde er veiledere for oppgaven. Studiets innsamlede datamateriale kan også være av betydning i andre forskningsprosjekter ved NTNU.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har valgt å intervju informanter med ulik tilknytning til gevinstrealiseringsprosjektet og Helseplattformen i Trondheim kommune. Dette for å tilegne oss en bred forståelse av Helseplattformen som en digitalplattform, og mer konkret på et spesifikt virkemiddel som brukes i å gjennomføre endringen, altså gevinstrealisering. Vi planlegger å intervju åtte informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker at du deltar i prosjektet fordi du/ din arbeidsplass er en sentral aktør i gevinstrealiseringsprosjektet og Helseplattformen i Trondheim kommune. Prosjekt deltakelsen innebærer å stille opp på et intervju i ca. 60 minutter. Spørsmålene vil omhandle hvordan gevinstrealiseringsprosjektet er brukt i implementering av Helseplattformen i Trondheim kommune. Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet for å sikre at vi får med oss all relevant informasjon på en korrekt måte. I etterkant av intervjuet vil lydopptaket bli transkribert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du kan trekke samtykke ved å kontakte Amalie Valvik eller Julie Morken på e-post.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun Amalie Valvik, Julie Morken og veilederne vil ha tilgang til lydopptak og transkribering fra intervjuet, og de vil være oppbevart eksternt og være passord beskyttet. Du vil bli anonymisert i denne masteroppgaven, men stillingstittel vil oppgis dersom informanten godkjenner dette.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Etter prosjektet er avsluttet den 25.mai 2023, vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Lydopptaket vil slettes umiddelbart etter gjennomført transkribering.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Handelshøyskolen har NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Amalie Valvik, student NTNU Handelshøyskolen, e-post
- Julie Morken, student NTNU Handelshøyskolen, e-post
- Thomas Helgesen, Personvernombud NTNU, thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Kari Nyland og Lise Charlotte Førde

(veiledere)

Amalie Valvik og Julie Morken

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “*gevinstrealisering som et verktøy i implementeringen av Helseplattformen*”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- “ å delta i personlig intervju og forskningsprosjektet (varighet ca 60 minutter)
- “ at lydopptak brukes under intervjuet, lagres, og slettes etter transkribering

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide - Involverte i gevinstrealiseringsprosjektet

Hei og takk for at du ønsket å stille til intervju. Vi skal i denne masteroppgaven studere gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen, og hvilken rolle økonomistyringen har i dette komplekse digitaliseringstiltaket. Vi er interessert i din oppfatning og dine erfaringer, og du vil bli anonymisert. Er det greit at vi tar lydopptak av intervjuet, slik at vi kan transkribere det?

Åpningsspørsmål:

1. Hvilken stilling har du i Trondheim kommune?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver i denne stillingen?

Helseplattformen:

3. Har innføringen av Helseplattformen i Trondheim kommune gått som forventet?
4. Hvordan har responsen fra enhetene vært rundt å ta i bruk Helseplattformen?
 - a. Har dere opplevd motstand hos de ansatte?
5. Hva mener du har vært de største utfordringene og fordelene med Helseplattformen frem til nå?
6. Hvilken styringsinformasjon vil innføringen av Helseplattformen kunne gi til kommunehelsetjenesten?
 - a. Vi har forstått at Helseplattformen vil kunne gi masse styringsinformasjon til kommunehelsetjenesten, hvordan skal dere sørge for at dere får brukt riktig og relevant informasjon?
 - b. Hvordan skal dere løse utfordringen med store mengder styringsinformasjon?

Gevinstrealiseringsprosjektet:

7. Hva var bakgrunnen for at gevinstrealiseringsprosjektet startet?
8. Hvordan er gevinstrealiseringsprosjektet organisert og strukturert?
9. Hvem har vært med på å utarbeide gevinstmålene?
10. Hvilke gevinstmål håper Trondheim kommune at Helseplattformen skal realisere?
 - a. Hvordan kom dere frem til akkurat disse gevinstmålene?
 - b. Har dere jobbet like mye med alle eller er det noen av de som har tatt mer tid?

11. Hva mener du er den viktigste funksjonen til gevinstmålene?
 - a. Brukes gevinstmålene for å synliggjøre prosjektets progresjon og oppnåelse overfor politikere og andre som skal ta overordnede beslutninger?
12. Har noen av gevinstene dere ønsker å oppnå blitt realisert, og er det noen gevinster som ikke har blitt realisert?
 - a. Hvis noen gevinster ikke har blitt realisert og dere ser nå ikke kommer til å bli realisert, er det slik at dere må fremstille en ny plan for bystyret?
13. Kan du fortelle litt om hvordan gevinstrealiseringsprosjektet og Helseplattformen i Trondheim kommune kan ha overføringsverdi til andre kommuner når de skal implementere Helseplattformen?
14. På hvilken måte blir gevinstarbeidet fulgt opp innenfor alle enhetene?
15. Har gevinstrealiseringsprosjektet hatt en budsjetttramme?
 - a. Har det holdt seg innenfor rammen eller overgått denne?
16. Hvilken rolle har gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen?

Simons:

17. Har gevinstene blitt utarbeidet med utgangspunkt i Trondheim kommunes visjoner?
18. Hvordan vil du beskrive organisasjonskulturen i helse- og omsorgssektoren i Trondheim kommune?
19. Hva gjør dere for at innbyggerne og ansatte skal ha tillit til arbeidet kommuneadministrasjonen og enhetsledere i kommunen gjør?
20. Hva gjør dere for å skape gode holdninger og atferd til gevinstmålene og bruken av Helseplattformen?
21. Foreligger det noen tydelige grenser som enhet- og avdelingslederne plikter å overholde?
 - a. Setter det en demper på utviklingen av nye løsninger?
22. Hvordan kommuniseres gevinstrealiseringsprosjektet ut til enhetene?
 - a. Hvordan har de blitt inkludert i prosjektet?
 - b. Er de ansatte kjent med gevinstmålene?
23. Hvordan jobber dere med å få de ansatte innenfor hver enhet til å bli trygge i de nye verktøyene Helseplattformen har bidratt med?
24. Har enhet- og avdelingslederne fått opplæring i bruken av Helseplattformen?

25. Hvordan legger dere til rette for kreativ utfoldelse på alle organisatoriske nivåer?
26. Hvilke oppgaver har enhet- og avdelingsleder i gevinstarbeidet og implementeringen av Helseplattformen?

Avslutning:

27. Hvilken holdning har du til at helsesektoren blir mer digitalisert?
28. Har du noe mer å tilføye?
29. Er du åpen for at vi kan kontakte deg i etterkant dersom det oppstår noen spørsmål?

Tusen takk for at du ønsket å stille til intervju!

Vedlegg 3: Intervjuguide - Ledere og rådgivere i Trondheim kommune

Hei og takk for at du ønsket å stille til intervju. Vi skal i denne masteroppgaven studere gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen, og hvilken rolle økonomistyringen har i dette komplekse digitaliseringstiltaket. Vi er interessert i din oppfatning og dine erfaringer, og du vil bli anonymisert. Er det greit at vi tar lydopptak av intervjuet, slik at vi kan transkribere det?

Åpningsspørsmål:

1. Hvilken stilling har du i Trondheim kommune?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver i denne stillingen?

Helseplattformen:

3. Kan du fortelle oss litt om bakgrunnen for Helseplattformen?
4. Hvordan har arbeidet vært med å innføre Helseplattformen?
5. Hva mener du har vært de største utfordringene og fordelene med Helseplattformen frem til nå?
6. Hva må ligge til rette for at Trondheim kommune skal kunne nyttiggjøre seg av informasjonen Helseplattformen frigjør?
7. Hva må ligge til rette for at Helseplattformen sammen med menneskelig interaksjon skal bidra til økt verdiskapning?
8. Hvordan kan endringen som følge av Helseplattformen bidra til et bedre helsetilbud i Trondheim kommune?

Gevinstrealisering:

9. Hvilken rolle har gevinstrealiseringsprosjektet i Helseplattformen?
10. Har dere utarbeidet gevinstmål rettet mot implementeringen?
 - a. Hvordan har dere gått frem for å utarbeide gevinstmål?
11. Har noen av gevinstene dere ønsker å oppnå blitt realisert, og er det noen gevinster som ikke har blitt realisert?
 - a. Hvis noen gevinster ikke har blitt realisert og dere ser nå ikke kommer til å bli realisert, er det slik at dere må fremstille en ny plan for bystyret?

Simons:

12. Har dere innført en tydelig strategi for implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune?
 - a. Hvordan skal denne strategien bidra til å skape endring?
13. Hvordan jobber dere med å få alle ansatte med på endringsprosessen i form av implementering av Helseplattformen?
14. Har dere noen verdier og visjoner som Trondheim kommune har fulgt under implementeringen av Helseplattformen?
15. På hvilken måte brukes Helseplattformen som et analyseverktøy for å øke kvaliteten på tjenestene dere leverer?
16. Foreligger det kritiske suksessfaktorer som må oppfylles for å implementere Helseplattformen?
17. Bruker dere formelle styringsverktøy for å måle oppnåelsen av gevinstmålene?
18. Opplever du at Helseplattformen er med på å påvirke økonomistyringen i Trondheim kommune?

Avslutning:

19. Hvilke holdninger har du til at helsesektoren blir mer digitalisert?
20. Har du noe mer å tilføye?
21. Er du åpen for at vi kan kontakte deg i etterkant dersom det oppstår noen spørsmål?

Tusen takk for at du ønsket å stille til intervju!

