

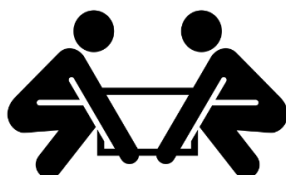
# Gevinstrealisering - Brukerinvolvering i gevinstarbeid, oppfølgingsstudie etter innføring av digitalt verktøy i sykehus.

av

Alexandra Reksten

Masterstudent

Veileder Lars Birger Nesje



*Created by Luis Prado from Noun  
Project*

Masteroppgave i

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi



Universitetet i Bergen  
Det medisinske fakultet  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Helvid 650/21V

## FORORD

Denne masteravhandlingen markerer avslutning på en mastergrad i erfaringsbasert master i helseledelse, helseøkonomi og kvalitetsforbedring ved UiB.

Gjennom egen erfaring som virksomhetsleder i sykehus, og som prosjektleder i flere ikt-prosjekter har jeg opplevd at gevinstrealisering etter IKT-innføringer er krevende. Motivasjonen for valg av tema i oppgaven har vært å forsøke å belyse en faktor som kan være en forklaring på at gevinstrealisering etter IKT-innføringer i sykehus ser ut til å være så vanskelig å lykkes med i praksis.

Takk til arbeidsgiver som har gitt meg anledning til å fullføre denne masteroppgaven. Praktisk tilrettelegging og oppmuntringer har betydd mye.

Takk til ledere og respondenter som med entusiasme har gitt meg verdifull informasjon som datagrunnlag i oppgaven. Jeg håper dere opplever at det har det har vært verd det.

En stor takk til veileder Lars Birger Nesje. Jeg kunne ikke ønsket meg en bedre følgesvenn på denne reisen. På en beundringsverdige måte har han med sin faglige kompetanse og personlighet veiledet og bydd på sin kunnskap. Min læringskurve på å gjennomføre et prosjekt på dette vitenskapelige nivået har vært betydelig, men hele tiden har Lars Birger veiledet med engasjement slik oppgaven har bygget seg opp bit for bit.

Takk til gode kollegaer som har vært med på diskusjoner og gjennomganger av temaet. Dere vet hvem dere er.

Til slutt, takk til mine sønner som på hver sin måte har inspirert meg til å ferdigstille dette arbeidet. Deres kunnskap og egenskaper gir grunnlag for å påstå at en generasjon blir litt bedre enn den forrige.

Bergen, Februar 2021

Alexandra Reksten

## SAMMENDRAG

Norske sykehus er komplekse organisasjoner som skal levere gode helsetjenester til innbyggerne. IKT har i mange år vært lansert som et virkemiddel for å kunne yte like gode eller bedre helsetjenester samtidig som driften effektiviseres.,

Investeringsnivået på IKT-området i norske sykehus har vært betydelig. Bare i 2018 ble det samlet for alle sykehusene i Norge investert ca 1,6 milliarder kroner i IKT og inventar. Det er derfor naturlig nok forventninger om at IKT skal bidra til å nå de helsepolitiske målene. Et innført IKT-verktøy vil ikke automatisk gi noen gevinst i seg selv, men vil kunne være et viktig bidrag til gevinst når helsearbeideren griper muligheten IKT-verktøyet gir til å utføre helsetjeneste på nye måter.

Gevinstrealisering er et relativt nytt fagfelt. Det var på midten av 1990 tallet at det vokste frem ideer internasjonalt om å måle resultater av IKT-innføringer opp mot planlagte kost/nytte-beregninger.

Helse Vest innførte, som et av 4 regionale helseforetak i Norge, «regional metodikk for gevinstrealisering og endringsledelse» i 2009, og reviderte denne i 2016. Hensikten med metodikken var å kunne identifisere, følge opp og realisere gevinster knyttet til gjennomføring av prosjekter.

Det har opp gjennom tiden vært mange ulike meninger om både gevinstarbeid og manglende resultater etter ikt-innføringer. Det har vært hørt frustrasjoner over å oppleve en «dem mot oss»-situasjon, der noen har besluttet hva som skulle skje, og andre har opplevd at de ble utsatt for endringer for at de første «noen» skulle kunne innhente og rapportere gevinster.

Gevinstrealisering i det offentlige og spesielt innen helsetjeneste er krevende, blant annet fordi klassiske økonomimodeller med profitt som et hovedmål ikke er rett frem å bruke på feltet. Samtidig har kvalitet i helsetjenesten flere perspektiv; kvalitet i medisinsk behandling, tilgjengelighet av helsetjenester, medarbeidertilfredshet, og pasientens subjektive opplevelse av omsorg.

Inngangen til dette prosjektet har vært en tanke om at det er lettere å oppnå gode resultater av nye løsninger når brukere opplever å kunne påvirke, forstår hvorfor ikt-løsningen blir innført, og forstår hvilke fordeler ny løsning gir på ulike nivå. I dette prosjektet har det blitt undersøkt om denne teoretiske tanken stemmer med virkeligheten.

Innføring av elektronisk kurve (MEONA) i Helse Vest brukes som eksempel på en IKT-innføring. Prosjektet er allerede dokumentert med brukerundersøkelse og gevinstrealiseringsrapport. Som ledd i denne oppgaven ble det sendt ut spørreskjema til brukere i noen sykehusklinikker som har gjennomført innføringen. Her ble det stilt spørsmål om hvor mye respondentene har opplevd å være involvert i å beskrive nytteeffektene, samt andre spørsmål som kunne belyse hva de tenkte om målsettingene og oppnådde resultater.

Resultat av spørreundersøkelsen tyder på at brukeres involvering i å beskrive ønskede nytteeffekter i tidlig fase av et prosjekt kan henge sammen en mer positiv nytteopplevelse i etterkant, selv om en ikke kan påvise noen sikker årsakssammenheng. Det ser ut som om tidlig involvering sikrer et godt grunnlag for gevinstarbeid, og det er ikke avdekket negative effekter som følge av en tidlig involvering.

## SUMMARY

Norwegian hospitals are complex organizations that are to provide good health services to the inhabitants. For many years, ICT has been launched as a tool in order to provide equally good or better health services at the same time as operations are more efficient.

The level of investment in the ICT area in Norwegian hospitals has been significant. In 2018 the overall level of investment for all hospitals in Norway was about 1.6 billion in ICT and inventory. Naturally, there are expectations that ICT will contribute to achieving the health policy goals.

An introduced ICT tool will not automatically provide any benefit in itself, but could be an important contribution when the health worker seizes the opportunity the ICT tool provides to perform health services in new ways.

Benefits realization is a relatively new field. It was in the mid - 1990s that ideas emerged internationally to measure the results of ICT introductions against planned cost-benefit calculations.

As one of four regional health trusts, Helse Vest introduced "regional methodology for benefits realization and change management" in 2009 and revised it in 2016. The purpose of the methodology was to be able to identify, follow up and realize benefits related to the execution of projects.

Over time, there have been different opinions about both benefits management and lack of results after ICT introductions. There have been frustrations related to experiencing a "them against us" situation, where some have decided what should happen, and others have experienced that they were subjected to changes so that the first "someone" could obtain and report benefits.

Benefits realization in public service and especially in the health service is demanding. Partly because traditional financial models with profit as a primary goal is not straightforward to use in the field. At the same time, quality in health have several perspectives; quality in medical treatment, availability of health services, employee satisfaction, and the patient's subjective experience of care. The entrance to this project has been an idea that it is easier to achieve good results of new solutions when users feel able to influence, understand why the ICT solution is introduced, and understand the benefits of a new solution at different levels. Whether this theoretical idea corresponds to reality or not is investigated in this project.

The introduction of an electronic chart (MEONA) in Helse Vest is used as an example of an ICT introduction. The project has already been documented with a user survey and benefits realization report.

A questionnaire has been sent to users in several hospital clinics, which have completed the introduction of MEONA. Questions were asked about how much the respondents have experienced being involved in describing the benefits, as well as other questions that could shed light on what they thought about the objectives and achieved results.

The results of the survey indicate that users' involvement in describing desired benefits in the early phase of a project can be linked to a more positive benefit experience afterwards, even if no definite causal connection can be demonstrated. It seems that early involvement ensures a good foundation for benefits. No adverse effects have been identified related to early involvement.

## INNHOOLD

FORORD .....	2
SAMMENDRAG .....	3
SUMMARY .....	4
1. INTRODUKSJON .....	7
1.1. Arbeidets oppbygning .....	8
1.2. Avgrensninger i oppgaven .....	8
2. BAKGRUNN OG HISTORIKK .....	9
2.1. Norsk helsetjeneste .....	11
2.1.1. Fokus på standardisering og samordning av IKT i helsetjenesten .....	11
2.1.2. Oppnådde gevinster i norsk helsetjeneste .....	12
2.2. Elektronisk kurve, HELIKS-program og KULE-prosjektet .....	13
2.2.1. Om innføring av elektronisk kurveløsning .....	13
2.2.2. Tidligere gjennomførte undersøkelser knyttet til innføring av MEONA .....	15
3. TEORI OG KUNNSKAPSGRUNNLAG .....	18
3.1. Gevinst og gevinstrealisering .....	18
3.1.1. Gevinstrealisering som prosess .....	19
3.1.2. Gevinstrealisering i sammenheng med prosjektstyring .....	22
3.1.3. Hva skal til for å lykkes med gevinstrealisering .....	23
3.2. Involvering og målforståelse .....	26
3.2.1. Interessenter .....	26
3.2.2. Ingen endring, ingen gevinst .....	28
3.2.3. Bevis at det fungerer .....	32
3.2.4. Hva gjør det spesielt å innføre IKT i sykehus .....	33
3.3. Oppsummering .....	34
4. EGEN UNDERSØKELSE: FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	35
5. METODE .....	35
5.1. Metodevalg .....	36
5.2. Undersøkelsesdesign .....	36
5.3. Spørreskjema .....	36
5.4. Utvalg og innsamling av data .....	38
5.5. Analyse av data .....	38
5.5.1. Kvantitativ analyse av svar på spørsmål med faste svaralternativer .....	38
5.5.2. Kji-kvadratanalyse .....	39

5.5.3.	Kvalitativ analyse av fritekstsvar .....	40
5.6.	Validitet og reliabilitet .....	40
5.7.	Etiske utfordringer.....	41
6.	RESULTAT OG ANALYSE .....	41
6.1.	Resultat fra undersøkelsen.....	41
6.2.	Analyse .....	52
6.2.1.	Svar på spørsmål om involvering og målforståelse knyttet til innføring av Meona .....	52
6.2.2.	Spørsmål om opplevelse av resultat etter innføring av MEONA .....	55
6.2.3.	Spørsmål om gevinstrealiseringsarbeid .....	57
7.	DRØFTING.....	58
7.1.	Oppsummering.....	58
7.2.	Valg av metode.....	58
7.3.	Overførbarhet.....	59
7.4.	De fire hovedfunnene.....	59
7.4.1.	Involverte i beskrivelsen av nytteeffekter gir mer innspill til prosjektet og oppfatter å få mer informasjon om endringer underveis .....	59
7.4.2.	Involverte i beskrivelsen av nytteeffekter oppfatter en høyere grad av oppnåelse av direktivets effektmål, og oppnådd effektivitet i sykehuset .....	60
7.4.3.	Aksept av mål er ikke avhengig av involvering.....	62
7.4.4.	Leger mindre involvert i beskrivelse av nytteeffekter.....	62
7.5.	Andre interessante funn.....	63
7.5.1.	Ansvar og roller i gevinstrealisering lite kjent .....	63
7.5.2.	Valg av ord; gevinst eller nytte er ikke så viktig .....	64
7.5.3.	Respondenter har opplevd nye oppgaver / ulemper .....	64
8.	KONKLUSJON .....	65
9.	ORDFORKLARINGER.....	66
10.	FIGUROVERSIKT .....	68
11.	TABELLOVERSIKT .....	69
12.	REFERANSER .....	70
13.	VEDLEGG.....	73
13.1.	Spørreskjema.....	73
13.2.	Informasjon til respondenter om undersøkelsen.....	76

## 1. INTRODUKSJON

I helse- og omsorgssektoren i Norge er det gjort en betydelig innsats med å ta i bruk informasjonsteknologi (IKT) for både helsepersonell, pasienter, andre brukere og befolkningen generelt.

Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten har vært og er:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

(Helse og omsorgsdepartementet 2013)

Norske sykehus er komplekse organisasjoner. De ansatte er i hovedtrekk helsepersonell med høyere utdanning. Sykehusene har pålagte oppgaver som gjør at de ikke kan velge og vrake hvem de vil ta inn som pasienter, eller hva slags behandling de skal tilby.

Bare i 2018 ble det samlet for alle sykehusene i Norge investert i IKT og inventar for ca 1,6 milliarder kroner (Statistisk sentralbyrå 2020), og forventinger er at disse kostbare og tidkrevende IKT-innføringene i sykehusene skal bidra til å nå de helsepolitiske målene.

Helse Vest, et av 4 regionale helseforetak i Norge, innførte «regional metodikk for gevinstrealisering og endringsledelse» i 2009, og reviderte denne i 2016, med hensikt å kunne identifisere, følge opp og realisere gevinster knyttet til gjennomføring av prosjekter.

Et innført IKT-verktøy vil ikke automatisk medføre noen gevinst i seg selv, men vil kunne bidra til gevinst når helsearbeideren griper muligheten IKT-verktøyet gir til å utføre helsetjeneste på nye måter.

Peppard, Ward og Daniel har på bakgrunn av sin forskning understreket at endringen i måten det jobbes på, må styres for å lykkes med gevinstrealisering:

Benefits arise from the changes made by individuals or groups within or outside the organization. These changes must be identified and managed successfully if the benefits are to be realized. 'Benefits realization' and 'change management' are therefore inextricably linked. (Peppard, Ward og Daniel 2007)

Kotter har sagt at for å få folk med på innsatsen som kreves for å gjennomføre endringer, er det vesentlig å formidle behovet eller målet for endring:

«Without a sense of urgency, people won't give that extra effort that is often essential» (Kotter 2012, s 16)

En forutsetning for at investeringer og innsats i IKT-innføring skal bringe helsetjenesten nærmere de helsepolitiske målene, er at den enkelte helsearbeider endrer på sin måte å jobbe på. For å få helsearbeidere med på en slik endring, må de kjenne behovet for eller forstå målsettingen med endringen. En fin måte å få dette til på i virksomheter med høyt utdannings- og kompetansenivå er å samarbeide eller forhandle om beskrivelsen av nytteeffektene på virksomhetsnivå i henhold til Ward og Daniels forslag til tilnærminger ved endringer. (Ward & Daniel 2012, s 185)

I store komplekse organisasjoner som sykehus, er det en utfordring å involvere alle i de ulike stadiene av en IKT-innføring. Det er krevende å gjennomføre samtidig som sykehusene kan ha begrenset med ressurser til å fristille helsepersonell til å involvere seg. I denne oppgaven blir det undersøkt hvorvidt brukerne opplever at de er blitt involvert i beskrivelsen av nytteeffekter i et

konkret prosjekt. Videre blir det undersøkt hvorvidt en slik involvering påvirker målforståelse og grad av opplevde/oppnådde gevinster.

### 1.1. Arbeidets oppbygning

Undersøkelsen er gjort knyttet til et spesifikt prosjekt i et sykehus. En kortfattet beskrivelse av norsk helsevesen og historikk omkring digitalisering i sykehus presenteres i kapittel 2: Bakgrunn og historikk.

Kapittel 3 gjennomgår noe av det teoretiske og vitenskapelige grunnlaget for gevinstarbeid og består av to hoveddeler. Den ene omtaler gevinstrealisering som fag og prosess, presentert i lys av forskning fra hovedsakelig Storbritannia og Norge. Det er fokusert på forskning knyttet til gevinstrealisering i offentlige virksomheter, siden det er en del ulikheter mellom kommersielle og offentlige virksomheter som kan påvirke måten gevinstrealisering gjennomføres på.

Den andre hoveddelen av teorikapittelet omtaler endringsledelsessiden av IKT-innføringer. Det fokuseres på involvering og målforståelse i lys av forskning fra hovedsakelig Harvard og Norge. Det er mange som har forsket og skrevet om endringsledelse, og mye av teorien i denne oppgaven er hentet fra John P Kotter fordi flere av artiklene som er gjennomgått henviser til ham. Måter å se endringsledelse på vil kunne påvirkes av kulturen den blir studert i. Derfor er kunnskapen om dette området også basert på Hennestad og Revang som har beskrevet endringsledelse med «norske øyne».

Resultater fra egen spørreundersøkelse er først gjengitt uten tolkning i underkapittel 6.1, og så satt sammen for nærmere analyse i påfølgende kapittel 6.2.

I drøftingskapittelet, kapittel 7, er resultatene fra undersøkelsen sett opp mot resultater fra andre tilgjengelige undersøkelser og målinger som er gjort etter IKT-innføringen som undersøkes i oppgaven. Viktige funn og fravær av forventede funn blir diskutert opp mot kjent kunnskap som er gjengitt i teorikapittelet. Underkapittel 7.4, refererer noen undersøkelsesfunn som ikke direkte svarer på problemstillingen, men som likevel er interessante, er samlet i et eget avsnitt, der det også er antydnet noen muligheter disse funnene gir for praksis.

Til slutt oppsummeres oppgaven i forhold til tittel og problemstilling:

*Gevinstrealisering - Brukerinvolvering i gevinstarbeid, oppfølgingsstudie etter innføring av digitalt verktøy i sykehus.*

*- Påvirkes målforståelse og opplevde / målte gevinster av hvorvidt brukerne opplevde å bli involvert i målarbeidet?*

Det er noen sentrale begrep som er spesielle for temaet i denne oppgaven. Eksempler er gevinst, gevinstrealisering, gevinsteier, endringsledelse, interessant og nullinjemåling. Disse er alle definert i teksten der de dukker opp første gang, og er sammen med noen flere listet opp i kapittel 8. Ordforklaringer med sidehenvisning til der de er definert.

### 1.2. Avgrensninger i oppgaven

I drøftingen blir funn fra egen undersøkelse sett i sammenheng med brukerundersøkelse gjennomført av KULE-prosjektet og målte gevinster etter innføring av den elektroniske kurveløsningen MEONA. Det tas imidlertid ikke stilling til hvordan brukerundersøkelsen er bygget opp og gjennomført, eller metodene som er benyttet i målinger.



Det er flere forhold som kan påvirke resultat av en IKT-innføring, og det vil ikke være mulig å behandle alle innenfor rammene for denne oppgaven. Blant annet vet vi gjennom brukerundersøkelser at brukervennlighet er kraftig omdiskutert. Faktum at det er over åtte år siden anskaffelsen av MEONA, medfører at det er en risiko for at teknologien kan være på vei til å bli utdatert, og at selve den tekniske leveranser i så måte har svakheter. Tilgang på ressurser i en innføringsfase vil også påvirke resultat av innføringen. Disse faktorenes eventuelle konsekvenser for resultatbildet blir ikke vurdert i denne oppgaven, da en regner med at de har slått noenlunde likt ut for alle i gruppen av respondenter.

Det er gjort et valg på å avgrense undersøkelsen til å gjelde større somatiske klinikker som har gjennomført overgangen fra papirbasert løsning til elektronisk løsning. Hensikten har vært at forutsetningene for opplevd resultat skal være likest mulig.

## 2. BAKGRUNN OG HISTORIKK

På 1990-tallet dukket det opp tanker om at en skulle måle resultater av IKT-innføringer opp mot planlagte kost/nytte-beregninger. Det er dette vi kaller gevinstrealisering. Det har siden slutten av 1990-tallet vært gode fagmiljøer på gevinstrealisering knyttet mot offentlige virksomheter i Storbritannia og i Norge. Denne oppgaven lener seg hovedsakelig på disse miljøenes forskning på gevinstrealisering. I de enkelte sykehusene i Norge har flere store IKT-innføringer blitt gjennomført de siste ti årene, altså etter at kunnskap om gevinstrealisering har blitt tilgjengelig.

Likevel kunne vi 6.november 2018 lese denne overskriften i Aftenposten: *Riksrevisoren: Helse Sør-Øst har brukt 6,2 milliarder IT-kroner uten noen effekt*

Hovedkritikken i revisjonsrapporten avisartikkelen viser til er:

- IKT-Prosjekt har ikke nådd målet om bedre pasientsikkerhet og økt effektivitet
- IKT-Prosjekt har pågått i sju år, med betydelig ressursbruk og økonomisk tap.
- IKT-løsningen har ikke vært god nok, og den har vært til stor belastning for involvert personell
- Kritikkk på at radiologiprogrammet ikke ble styrt etter nytte og risiko (Riksrevisjonen 2017)

Legeforeningen advarte mot å overforenkle IKT-innføring i 2019 da de skrev:

Helsevirksomheter består av ulike yrkesgrupper, spesialiteter og fag som har både like og ulike behov for IT-løsninger. Selv innen samme spesialitet har ulike klinikere forskjellig erfaring, roller og oppgaver i det daglige. Identifiser like behov, men forstå også at hvis helsetjenesten skal hjelpe pasienter med ulike behov, må spesialiseringen og kompleksiteten gjenfinnes i IT-løsningen. En øyelege trenger andre løsninger enn en psykiater. Prøv ikke å forenkles og lage felles løsninger der hvor det ikke er hensiktsmessig. Respekter kompleksiteten. (Den norske legeforening 2019)

Det kan være ulike utgangspunkt for å vurdere gevinstoppnåelse etter IKT-innføringer i sykehus. Sett fra ulike perspektiv vil det kunne være alt fra effektivisering, reduserte budsjetter, økt kvalitet i medisinsk behandling, økt tilgjengelighet av informasjon og flere andre som vil være i fokus. Hva som er et godt mål med en innføring, og hva som oppfattes som et godt resultat av innføringen vil være avhengig av hvilket perspektiv og forventninger en har.

Standardisering og samordning er eksempler på tiltak knyttet til IKT-innføringer for å oppnå gevinster. Helsepersonell vil ofte legge vekt på at denne standardiseringen og samordningen av arbeidsprosesser må foregå på helsetjenestens premisser. «Utgangspunktet for endring må være å forstå dagens arbeidsprosesser og støtte disse på en bedre måte. Journalsystemets begrensninger må ikke være førende for hvordan man driver pasientbehandling.» (Den norske legeforening 2019)

Det ligger en lang tradisjon bak oppbygningen av medisinsk journaldokumentasjon, utviklet med utgangspunkt i legers kunnskap og behov, og det er grunn til å anta at den er tilpasset formålet. Legeforeningen ønsker derfor at kliniske IKT-prosjekter organiseres slik at legegruppen kan være involvert:

Derfor må prosjekteier sørge for finansiering av vikarer som erstatning for klinikere som jobber med IKT. Det må gis vaktfritak, slik at de som deltar i prosjektarbeid på dagen, kan gjøre det uthvilt og skjerpet. Det må sørges for at leger i spesialisering ikke sakker akterut og taper fremdrift i spesialiseringen. Prosjektaktivitet må merittere for senere karriere. (Den norske legeforening 2019)

Det er gode grunner til å kommunisere målsettingene med å innføre nye IKT-løsninger. I tillegg må en legge vekt på å forklare dersom justeringer i organisering og arbeidsmåter er nødvendig for å hente ut gevinster av innføringen. Det aller viktigste er at ulike interessenter har en felles forståelse av målsettingen og anerkjenner denne. Enda bedre vil det trolig være dersom ulike interessenter har vært involvert i å utarbeide målsettingen.

Legeforeningen sier dette om gevinstrealisering:

De største gevinstene vil komme ved å spørre klinikere om hva de trenger for å gjøre en bedre jobb. Gevinstrealisering må skje over tid gjennom kontinuerlig fagutvikling og forbedring av systemene. Aktører utenfra kan bare inspirere og drive prosesser som involverer dem som skal møte pasientene. (Den norske legeforening 2019)

I arbeid med innføring av IKT-verktøy i sykehus har jeg hatt flere roller i ulike prosjekter. Jeg har hatt rolle som prosjektleder med ansvar for å gjennomføre prosjektet, jeg har vært bruker som har fått servert et nytt verktøy, jeg har vært leder som skal motivere medarbeidere og maksimere fordelene med et nytt verktøy, og jeg har vært arkitekt som skal balansere brukeres behov og teknologiens egenskaper. Jeg tar med meg inn en førforståelse og erfaring fra flere ulike roller.

Undersøkelsen i denne masteroppgaven er knyttet til et prosjekt jeg kjenner godt, og jeg tar med meg inn en oppfatning av konteksten innføringen har foregått i.

Kontekst kan beskrives slik: «Ethvert enkeltfenomen (en del) eksisterer i en kontekst (en helhet), og en adekvat forståelse av delen fordrer et blikk for helheten.» (Wifstad 2018, s 27)

Førforståelse er antakelser vi har om hvordan verden ser ut. Det er antakelser som vi har lært opp gjennom livet, og som vi gjerne tar for gitt. Førforståelse er et resultat av livslang sosialisering der en har lært å se verden på spesielle måter. (Jacobsen 2003, s 27)

Tilnærmingen jeg har lagt opp til i denne oppgaven vil bære preg av min førforståelse, samtidig som jeg har forsøkt å legge opp til en undersøkelse der resultater som går på tvers av det jeg har trodd på tidligere vil komme frem.

Inngangen til dette prosjektet har vært en tanke om at det er lettere å oppnå gode resultater av nye løsninger når brukere opplever å kunne påvirke, forstår hvorfor IKT-løsningen blir innført, og forstår hvilke fordeler ny løsning gir på ulike nivå. Forskning og litteratur sier noe om at involvering har

betydning. Ved å spørre helsearbeidere som har vært med på en IKT-innføring, om hvordan de har opplevd å bli involvert, kan det være mulig å påvise eventuelle sammenhenger mellom grad av involvering, målforståelse og opplevde gevinster.

## 2.1. Norsk helsetjeneste

Det norske helsesystemet har en sammensatt og delvis desentralisert eierstruktur. Ansvar for spesialistbehandling har siden 2002 ligget hos staten, som eier de fire regionale helseforetak (RHF), som igjen eier de lokale helseforetakene. Et helseforetak kan ha ansvar for ett eller flere sykehus. De regionale helseforetakene sitt ansvar er å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten.

Norske sykehus skal sikre gode helsetjenester i et relativt komplisert samspill mellom forventninger fra pasienter og helsetjenester som ytes i kommunene, samt bestilling fra eiere i de regionale helseforetakene som igjen eies av staten. Sykehusene er også i seg selv komplekse organisasjoner der mange fagfelt må samarbeide for å lykkes. Teknisk utstyr må fungere og opereres på en hensiktsmessig måte, utstyr til diagnostisering og behandling må være tilgjengelig. Ulike undersøkelser og prosedyrer må ofte foregå i en bestemt rekkefølge der tidspunkter må koordineres mellom flere organisatoriske enheter i tillegg til at en undersøkelse kan legge føringer for en annen. Som om ikke dette er nok, så må pasient og rett helsepersonell fysisk være tilstede på gitt sted til gitt tid for at helsetjenesten skal kunne utføres som forutsatt.

### 2.1.1. Fokus på standardisering og samordning av IKT i helsetjenesten

Stortingsmelding 9 (2012-2013) med tittelen Én innbygger –én journal har vært sterkt førende for digitaliseringen i norske sykehus de siste åtte årene, med enkelt og sikker tilgjengelighet til relevante opplysninger for helsepersonell, innbyggere og for ivaretagelse av blant annet styring og kvalitetsforbedring. (Helse og omsorgsdepartementet 2013)

I 2016 ble status oppsummert av Helse og omsorgsdepartementet:

1) Utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i spesialisthelsetjenesten går raskt, og IKT er nå en viktig kjernefunksjon i sykehusene. Likevel støtter ikke IKT-systemene godt nok opp om arbeidsprosessene for helsepersonell, teknologiske muligheter utnyttes ennå ikke godt nok, og helsepersonell opplever ofte å jobbe på samme måte som før teknologien ble innført.

2) De regionale helseforetakene har egne organisasjoner for anskaffelse, drift og videreutvikling av IKT-systemer, noe som gir variasjon mellom helseforetakene både i måten ting gjøres på, og hvor langt de er kommet i utviklingen. Det er lite felles løsninger på tvers av de regionale helseforetakene og det kjøres store komplekse innføringsprosjekter med varierende finansieringsmodeller. Helse og omsorgsdepartementet argumenterer for at det bør sterkere nasjonal styring i både utvikling og drift av IKT-systemene med formål å standardisere og samordne IKT på tvers av de regionale helseforetakene. (Helse og omsorgsdepartementet 2016)

Utdraget over viser at det fortsatt er en del å gå på når det gjelder å utnytte teknologien slik at helsepersonell får bedre arbeidsprosesser. Samtidig er det høyt fokus på samordning og standardisering. En ser for seg at standardisering og samordning vil redusere kostnader til både anskaffelse, innføring og drift av systemer, samtidig som det vil lette informasjonsutveksling.

Eva Backer har i sin masteroppgave i 2018 beskrevet utfordringene knyttet til å implementere kliniske standardapplikasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Standardløsninger er definert som systemer eller applikasjoner som er utviklet for en større kundegruppe, og som kan tilpasses til den enkelte kunde ved hjelp av konfigurering, eventuelt gjennom utvikling av egne moduler utviklet spesielt for en spesifikk kunde

I oppgaven peker Backer på at innføring av standardapplikasjoner kan medføre avvik mellom systemstøtte og faktisk arbeidspraksis, samt at brukerinvolveringen blir for dårlig, at det standardiseres på områder det ikke er ønskelig, og at prosjektene kan bli overambisiøse. (Backer 2018)

Noen av de pågående innføringsprosjektene i sykehusene har pågått så lenge som åtte år, fortsatt uten å være ferdige. Det gir et inntrykk av både hvor krevende det er å få tilpasset og innført teknologien, men også at medgått tid kan være en utfordring med tanke på teknologiens relevans når den er ferdig innført.

### 2.1.2. Oppnådde gevinster i norsk helsetjeneste

I spesialisthelsetjenesten investeres det for mellom en og to milliarder kroner i IKT, og IKT-systemene driftes for over seks milliarder kroner årlig. Det er sunn fornuft å spørre seg hva en får igjen for disse store summene. Ulike undersøkelser viser til dels motstridende resultater, der leger rapporterer at de bruker mindre tid på pasientrettet arbeid nå enn tidligere (Akademikerne 2020).

På Healthworld i 2015 viste McKinsey & Company til at av 161 nasjonale strategier for Nasjonal IKT, hadde 56 av disse etterprøvbare målsettinger, 5 av disse igjen oppnådde høy måloppnåelse mens resten hadde lav eller middels måloppnåelse.

Norske sykehus ligger langt fremme på en del områder med tanke på utnyttelse av teknologi i medisinsk diagnostisering og behandling. Pasienter i norske sykehus er omgitt av teknologi som måler og overvåker både hvordan kroppen fungerer, det kan være alt fra apparater som måler for eksempel temperatur, blodtrykk og hjerneaktivitet, til apparater som styrer behandlingen pasienten får. Eksempler på dette kan være pumper som styrer mengde legemidler som blir injisert i pasienten, dialyseapparat som regulerer rensing av blodet til pasienter med nyresvikt. Det står imidlertid fortsatt en del arbeid igjen knyttet til å standardisere IKT-løsninger slik at det blir mulig å samordne informasjon og styrke samarbeidet på tvers av organisatoriske enheter. En undersøkelse av IKT-støtte til pasientforløp påviser at Norge scorer noe over en middels score i forhold til internasjonal beste praksis. (McKinsey & Company 2015)

I juni 2020 skrev SINTEF i en artikkel publisert i Dagens næringsliv at norsk helsevesen er i front når det gjelder å bruke siste nytt i teknologi for diagnose og behandling.

I samme artikkel konstateres det imidlertid at interessen har vært mindre for å ta i bruk IKT til å koordinere og effektivisere driften. SINTEF refererer til OECD når de skriver at helsesektoren i Norge ligger 10–15 år bak andre sektorer i digitaliseringsgrad, og hevder at «helsevesenet må digitalisere for å øke produktiviteten. Det må til når vi skal takle nedgangstider og samtidig ta igjen koronaskap etterselep.» (SINTEF 3. juni 2020)

Når SINTEF omtaler «helsesektoren» omfatter det spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samlet.

Helse og omsorgsdepartementet skriver i stortingsmelding 7 (2019-2020) at digitalisering er en forutsetning for pasientens helsetjeneste:

Målene for digitalisering er knyttet til målene for pasientbehandling. Moderniserte journalsystemer bidrar til bedre informasjonsdeling og mer effektive arbeidsprosesser. Det er etablert digitale samhandlingsløsninger som sikrer kommunikasjon både internt i og mellom kommuner og sykehus i helhetlige pasientforløp. Pasienter og helsepersonell opplever at de digitale systemene gjør hverdagen enklere og tryggere. (Helse og omsorgsdepartementet 2019)

SINTEF oppsummerer under overskriften bedre og mer behandling: «Digital støtte til planlegging og drift i helsevesenet har to formål: frigjøre ressurser som kan brukes til bedre og mer behandling i spesialist- og kommunehelsetjenesten, pluss forbedre samhandlingen mellom ulike behandlingssteder.» (SINTEF 3. juni 2020)

SINTEF utfordrer norsk helsetjeneste til å ta igjen forspranget på 10-15 år andre sektorer har i digitaliseringsgrad. Som konkret eksempel viser det til at da oljeprisen falt i 2014, så klarte Statoil (fra 2018: Equinor) å bli mer produktiv ved å effektivisere driften.

En undersøkelse gjennomført av Respons analyse på oppdrag fra Akademikerne fra viser at ledere ved norske sykehus er for lite interesserte i å ta i bruk ny teknologi, og at implementering av ny teknologi hemmes av redsel for å gjøre feil samt av mangel på tid og kompetanse.

Leder i Akademikerne sier i et intervju at helsepersonell i langt større grad må inkluderes i utvikling og innføring av ny teknologi på sykehusene. Det er de som skal bruke de nye løsningene, og de kjenner forbedringsbehovene ved systemene de har i dag. Å ta med helsepersonell i disse prosessene øker sjansen for et vellykket resultat. Bedre bruk av IKT kan gi bedre og tryggere medisinsk behandling og riktigere bruk av sykehusansattes tid og ressurser. Her ligger det veldig stort potensial for å forbedre norske sykehus. (Akademikerne 2020)

Oppsummert er det gjort mye arbeid på å digitalisere norske sykehus, men det står fortsatt en god del igjen for at innført teknologi får ønsket effekt på drift av sykehusene og ressursbruk. Fra brukere sitt ståsted er opplevelsen at de involveres for lite og får for lite tid til å sette seg inn i nye system.

I tidligere avsnitt i denne oppgaven er det gjort rede for at det har vært høyt fokus på standardisering og samordning av IKT-løsninger i norske sykehus, både på nasjonalt og regionalt nivå.

Det kan være at noe av utfordringen ligger akkurat her; Hvordan skape både en opplevelse av nødvendighet og mulighet for lokale/faglige fordeler for den enkelte helsearbeider eller grupper av helsearbeidere når selve tiltaket i stor grad er rettet mot nasjonal eller regional samordning og standardisering.

## 2.2. Elektronisk kurve, HELIKS-program og KULE-prosjektet

### 2.2.1. Om innføring av elektronisk kurveløsning

I sykehus er kurven et sentralt verktøy for helsepersonell. Kurven er en sammenstilling av utvalgte informasjonselementer som gir en fortløpende og standardisert oversikt over pasientens tilstand og behandling. Kurven representerer også et sentralt kommunikasjonsverktøy mellom ulike helsepersonell, der for eksempel legen skriver hva pasienten skal ha av legemidler, og sykepleieren bruker kurveinformasjonen til å finne frem og gi riktig medisin til pasienten.

I 2008 etablerte Helse Vest et prosjekt for Legemiddel og Pasienttryggleik (LOP). Den overordnede målsettingen for prosjektet var å redusere antallet unngåelige, uheldige legemiddelhendinger.

Prosjektet ledet til anskaffelse (i 2014) og innføring av elektronisk kurve i regi av prosjektet Kurve og Legemiddelhåndtering (KULE). Den elektroniske kurven som ble besluttet innført, heter MEONA.

KULE innføringsprosjekt var opprinnelig organisert som en selvstendig aktivitet, men ble fra 2016 underlagt Program HELIKS (forkortelse for Helhet i kliniske system), som Helse Vest sitt viktigste initiativ for å nå målene i «Strategiplan for Felles EPJ i Helse Vest frem mot 2020». Felles EPJ omfatter både pasientjournalen, kurvefunksjonen og det digitale mediearkivet.

HELIKS-programmet sin visjon er: «én vestlending – én sykehusjournal», med følgende mål bilde:

«Helse Vest jobber etter omforente og felles helhetlige kliniske prosesser, som er understøttet av felles IKT-system i strukturert form og med aktiv beslutnings- og prosesstøtte.» (Helse Vest v/HELIKS 2016)

I 2020 er MEONA som regional elektronisk kurveløsning innført på flesteparten av klinikkene i Helse Vest. Det gjenstår noen spesialklinikker der noe mer utvikling av løsningen må til før den kan tas i bruk.

Innføring av MEONA i regi av KULE-prosjektet er det konkrete prosjektet denne oppgaven har som basis for undersøkelse. Effektmålene for prosjektet er oppgitt i direktivet som:

- \* redusere antall unngåelige, uheldige legemiddelhendelser
- \* forbedre pasientsikkerhet og kvalitet
- \* understøtte et helhetlig pasientforløp
- \* effektivisering av arbeidsprosesser i klinikken
- \* understøtte målsetningen om «Éin vestlending – éin sjukehusjournal»

Når involvering er tema, er reell tilgang på ressurser som kan involveres en nødvendig bakgrunnsopplysning. Prosjektledelsen har på forespørsel redegjort for prosjektets tilgang på klinikere:

*Tilgang på kliniske ressurser i KULE anskaffelse 2013 – 2014:*

*Prosjektet hadde god tilgang til nødvendige kliniske ressurser i forbindelse med anskaffelsesprosjektet, og forberedelse til innføring, pilotperioden for innføring. Deltakere fra alle helseforetak (HF) i Helse Vest, men Helse Bergen hadde naturlig nok høyest deltakelse da pilot ble gjennomført der.*

*Det har vært mye utskiftning av prosjektdeltakere, og særlig vanskelig å sikre kontinuitet blant leger.*

*I denne perioden var det høy deltakelse fra klinisk personell i prosjektet. Men på den tiden var erfaring/kompetanse blant klinikerne også noe variabel. Det var derfor særlig viktig med de sentrale legeressursene med dybdekompetanse på området som på den tiden var tungt involvert i prosjektet. (vi hadde 3-4 faste)*

*Tilgang på kliniske ressurser i KULE innføring: 2015 – dd.:*

*Rekruttering av klinikere har vært svært tidkrevende og vanskelig oppgave hele veien. Gjelder både sykepleiere og leger. Vi har meldt rødt mer eller mindre kontinuerlig fra og med 2018.*

*Etter at innføringen var kommet godt i gang (ca fra 2018) har det vært så å si umulig å få allokert legeressurser direkte i prosjektet (kliniske prosesser). (vi har f.eks. de siste 2 år hatt åpen forespørsel etter legeressurs, 50% frikjøp. Får heller ikke respons på slike forespørsler)*

*Min erfaring er at selve allokeringprosessen (formalitet og tilnærming) også er til hinder at vi får tilgang på nødvendig klinisk personell. (Skarsgaard 2021)*

### 2.2.2. Tidligere gjennomførte undersøkelser knyttet til innføring av MEONA

Det er gjennomført flere undersøkelser knyttet til innføring av MEONA. De to siste som er utført, HELIKS sin gevinstrapport, og KULE-prosjektets brukerundersøkelse blir her brukt som bakgrunnsinformasjon. Begge er publisert i 2020.

#### 2.2.2.1. HELIKS sin gevinstrapport

For 2019 rapporterte HELIKS realiserte gevinster. Gevinstene for sykehuset som omfattes av denne oppgaven, er kort gjengitt under. Hensikten med å gjengi disse resultatene er at de kan være interessante i vurderingen av resultater fra egen undersøkelse.

Det ble før innføring av elektronisk kurve estimert en kvantitativ nytte i form av en årlig besparelse på 265 MNOK for hele Helse Vest. Gevinstrapporten viser til at tallet har vært omdiskutert.

Det ble for 2019 som for tidligere år rapportert at innføring av elektronisk kurve er forventet å gi en klar overvekt av kvalitative gevinster. Det har vist seg å være både vanskelig og ressurskrevende å gjennomføre relevante målinger av kvantitative gevinster for KULE.

##### 2.2.2.1.1. Om gevinstarbeidet

HELIKES har oppdrag med å lage felles overordnet gevinstplan for de aktuelle prosjektene og bistå foretakene i gevinstarbeidet. Ansvar for gevinstrealisering ligger i linjen, med støtte fra program og prosjekt. Innføringsansvarlig har vært hovedsamarbeidspart inn i hvert HF.

Spesifikt for KULE er det rapportert at det var viktig å gjenoppta kontakt med de lokale HF-representantene for KULE og enes om indikatormålinger som kunne la seg gjennomføre.

I tillegg viser rapporten til en tabell med måten gevinstarbeidet kan gjennomføres på, der lokal linjeleder er ansvarlig for å definere mål og tiltak, gjennomføre endringer for å hente gevinster og evaluere/rapportere resultat.

##### 2.2.2.1.2. Utvalgte indikatorer for gevinstarbeidet:

Foretakene i Helse Vest ble enige om å fortsette arbeidet med målsetting om å gjennomføre målinger på følgende kvantitative indikatorer fra alle HF:

- *Bortfall av arbeid knyttet til overføring av kurveinformasjon*

I Helse Bergen ble bortfall av arbeid knyttet til overføring av kurveinformasjon summert til 61 497 timer (tilsvarer 42,41 årsverk), sykehuset stiller seg usikker til 0-linjemålingen som refererte til at 15 minutter ble spart hver vakt. Rapporten kommenterer spesielt at det å gjøre om timer til årsverk kan være misvisende, da det ikke reflekterer en direkte mulighet for uttrekk av stillinger.

- *Bortfall av arbeid skanning, makulering*

I Helse Bergen ble bortfall av arbeid til skanning og makulering av skannede dokumenter i 2019 målt til ikke å ha blitt redusert. Rapporten kommenterer at fravær av resultat på dette området bør undersøkes nærmere.

- *Bortfall/ reduksjon av lagerhold og bruk av papirkurver*

I Helse Bergen ble bortfall/ reduksjon av lagerhold og bruk av papirkurver estimert til kr 150 000. Regnestykket er basert på nærmere 67 500 pasientopphold med overnatting, der det benyttes to skjema til hver pasient, og estimert kostnad per skjema er kr 1,- Rapporten kommenterer at tallene er noe usikre, men det viser uansett ikke til de store besparelsene/ gevinstene.

- *Reduserte lager/kassasjon av legemidler*

I Helse Bergen: Rapporten henviser til at kassasjon er knyttet til enkeltdoser og at brorparten av legemidler i originalforpakning har holdbarhet på om lag 5 år eller mer. På grunn av dette vil det trolig ta lang tid før det vil være mulig å vurdere om det er en gevinst både med tanke på kassasjon og lagerhold.

- *Endring i driftskostnader til opplæring/ oppfølging*

I Helse Bergen var det forventet at driftskostnader til opplæring og oppfølging skulle reduseres, men gevinstrapporten oppgir økte kostnader.

- *Spart sykepleietid ved automatisk oppsummering (væskeregnskap)*

Gevinstrapporten oppgir at det i Helse Bergen ikke var gjennomført nulllinjemålinger for denne indikatoren.

- *Sparte ressurser til manuell dokumentasjon av målinger fra monitor og scop*

Gevinstrapporten oppgir at det i Helse Bergen ikke var gjennomført nulllinjemålinger for denne indikatoren.

#### *2.2.2.1.3. Andre positive gevinster/muligheter med MEONA:*

HELIKS rapporterer noen ytterligere positive gevinster med MEONA som ikke er blitt gjenstand for måling:

- felles løsning åpner mulighet for felles prosedyrebeskrivelser. (En enighet om felles prosedyrer vil kunne gi betydelig spart ressursbruk i HFene.
- Rapporteringsfunksjonen i MEONA vil kunne benyttes for uttrekk til medisinske kvalitetsregistre og styringsdata.
- Deling av data.
- Sanntidsregistrering.
- Indirekte vil reduksjon i uheldige hendelser med legemidler i behandling av pasienter i HV ha potensiale til å gi økonomisk nytte som følge av reduksjon i:
  - økt behandlingsbehov og lengre liggetid relatert til feilbehandling
  - utbetaling av erstatning

#### *2.2.2.1.4. Rapportert erfaring med gevinstarbeidet*

Rapporten omtaler gevinstarbeidet som krevende, og påpeker manglende oppfyllelse av noen sentrale forutsetninger:

- manglende/mangelfull initial kost/nytte-vurdering før prosjektoppstart
- manglende forankring i linjeledelsen i helseforetakene
- manglende ressurser fra helseforetakene til gjennomføring (planlegging, måling, oppfølging)
- manglende oppfølging av gevinster i styringsgruppene



I rapporten påpekes det at forutsetning for å lykkes bedre med gevinstrealisering er økt ressursinnsats fra virksomhetene og tydeligere roller og ansvar. (Helse Vest 2020)

#### 2.2.2.2. KULE- brukerundersøkelse

Under vises det kort til noen resultater fra KULE-prosjektets brukerundersøkelsen gjennomført i 2020. Resultatene er gjengitt for Helse Bergen. Hensikten med å gjengi disse resultatene er at de er interessante å se opp mot sammen med resultater fra undersøkelsen som er gjort i denne oppgaven.

##### 2.2.2.2.1. Kvalitet og effektivitet

Både leger og øvrig helsepersonell rapporterer om opplevde positive endringer i arbeidsprosesser og dokumentasjonsrutiner, blant annet:

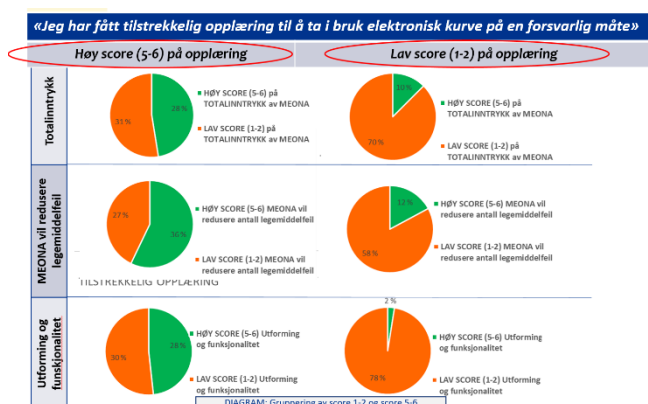
- Kvaliteten på kurvedokumentasjonen er blitt høyere
- samhandling mellom lege og sykepleier er mer effektiv,
- arbeidet rundt overføring av pasienter og rapportering mellom vaktskift går raskere.

##### 2.2.2.2.2. Oversikt

På spørsmål om *kurven gir enklere tilgang til informasjon om behandlingsbegrensning, kritisk informasjon og legemiddelallergier* skårer leger og øvrig helsepersonell henholdsvis 61% og 84% på middels høy og høy.

På spørsmål om *kurven gir bedre oversikt over planlagte, gjennomførte og utestående tiltak* skårer leger og øvrig helsepersonell henholdsvis 37% og 78% på middels høy og høy.

##### 2.2.2.2.3. Opplæring



Undersøkelsen viser at gruppen leger som gir lav skår på spørsmålet «Jeg har fått tilstrekkelig opplæring til å ta i bruk elektronisk kurve på en forsvarlig måte» også gir 1) lav skår på generelt inntrykk av systemet, 2) hvor godt de synes det er tilpasset deres arbeid, og 3) tillit til at systemet reduserer legemiddelfeil.

Det er tilsvarende sammenheng også for øvrig helsepersonell, men ikke fullt så sterkt uttalt.

Figur 1, sammenheng opplæring og tre andre sentrale spørsmål (Kule-prosjektet 2020)

##### 2.2.2.2.4. Forbedringsområder

Tilbakemeldingene i brukerundersøkelsen er tydelige på viktige forbedringsområder i kurven, bl.a. relatert til

- Ordinasjonsprosessen
- For hyppig signering
- For mye klikk/tidkrevende
- Generell brukervennlighet

Andre særlig utfordrende områder handler bl.a. om kontekstproblematikk, DIPS (pasientjournalen), MEONA som krever omstart, manglende integrasjoner, påloggingsproblematikk.

Informasjon om tilgjengelig funksjonalitet og viktige beskjeder om MEONA når ikke godt nok ut til sentrale brukere. 84% av legene og 66% av øvrig helsepersonell kjenner ikke til om det er etablert fast rutine for informasjon og gjennomgang av endringer/ny funksjonalitet og andre viktige beskjeder vedr. kurveløsningen.

(KULE-prosjektet 2020)

### 3. TEORI OG KUNNSKAPSGRUNNLAG

#### 3.1. Gevinst og gevinstrealisering

I norsk spesialisthelsetjeneste investeres det for mer enn en og en halv milliarder kroner årlig i IKT, og IKT-systemene driftes for flere milliarder kroner årlig. Det er fornuftig å spørre seg hvilken gevinst en får igjen for disse store summene.

Gevinst er et begrep som kan forstås ulikt alt etter som hvilken sammenheng ordet brukes. Innen gevinstrealisering er forståelsen av ordet knyttet til effekter av tiltak.

«Vi definerer en gevinst som en effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent.» (DFØ 2020)

En mulig måte å gruppere gevinster på er:

Effektiviseringsgevinster for staten er gevinster som gir besparelser på budsjettene til statlige virksomheter. Eksempler på slike gevinster er redusert bemanning og reduserte utgifter til lokaler. Disse gevinstene bør verdsettes i kroner siden de skal synes på virksomhetenes budsjetter.

Kvalitetsgevinster for staten er gevinster som medfører økt kvalitet på ett eller flere områder. Eksempler på kvalitetsgevinster er færre situasjoner med avvik fra normal drift, raskere svar, bedre arbeidsmiljø og økt tillit til en virksomhet. Disse gevinstene kan det være hensiktsmessig kun å tallfeste i fysiske størrelser og beskrive.

Gevinster for øvrige aktører er besparelser og kvalitetsgevinster for kommuner, statsforetak, privatpersoner og privat sektor. Eksempler på slike gevinster er reduserte utgifter til porto, lavere transportutgifter, redusert bemanning, bedre arbeidsmiljø og økt tillit. (DFØ 2014)

Gevinst forstås altså som en effekt som en eller flere oppfatter som positive. Effekten kan være økonomiske som i sparte utgifter/høyere inntekter, eller økt kvalitet. I grupperingen over er det skilt på om effekten er for virksomheten selv, eller for aktører utenfor virksomheten. Når en vurderer gevinster i kontekst innføring av IKT er det et poeng at IKT-systemet i seg selv er et virkemiddel for å oppnå gevinster, i henhold til Flak sitt første av seks prinsipper for gevinstrealisering:

«IKT har ingen verdi i seg selv, men gevinster kan realiseres når IKT brukes effektivt og lar virksomheter gjøre ting på nye måter» (Flak 2012, s 26)

Ashurst understreker at koblingen mellom mulighetene IKT gir opp mot virksomhetens strategiske mål er avgjørende for å få gode resultater fra en IKT-investering, samtidig som han sier at innført teknologi må ha funksjonalitet som dekker brukernes reelle behov. (Ashurst 2012, kap 4 -oversatt)

Sannsynligheten for å oppnå gevinster øker når det jobbes systematisk med dette.

“The benefits expected from any IT implementation are unlikely to emerge automatically.” (Peppard, Ward og Daniel 2007)

Dette utsagnet fra Peppard, Ward og Daniel fra 2007 er referert til av flere forskere og forfattere innen gevinstrealisering. Betydningen er at forutsetningen for å lykkes med å hente ut gevinster etter en IKT-innføring er at det gjøres planlagte og strukturerte tiltak. Det vises til at endringer i måten en jobber på i virksomheten må følges opp og måles.

«Gevinstrealisering er prosessen med å organisere og lede slik at mulige gevinster fra bruk av informasjonssystemer/informasjonteknologi faktisk realiseres» (Flak 2012, s 19)

Gevinstrealisering i denne oppgavens sammenheng er altså prosessen med å hente ut gevinstene fra en IKT-innføring som understøtter virksomhetens strategiske mål og/eller brukernes behov for verktøystøtte i arbeidet.

### 3.1.1. Gevinstrealisering som prosess

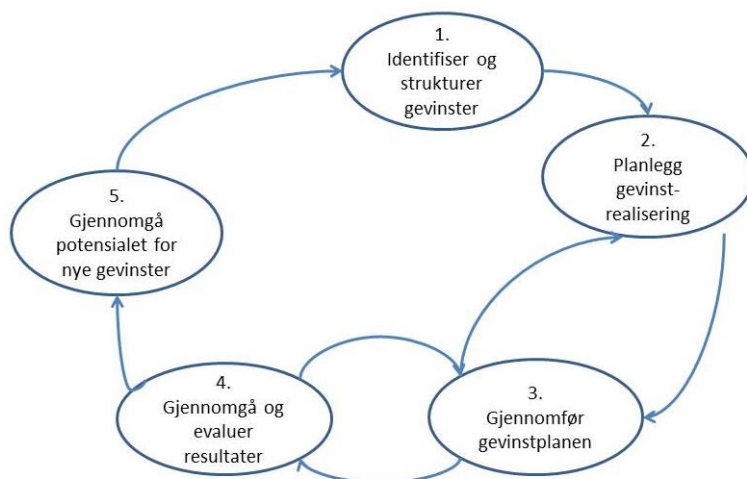
Det var på 1990 tallet at man begynte å jobbe med å koble sammen arbeidet kost/nytte-beregninger i tidlige faser og evalueringer etter innføring av teknologi. Hovedargumentet i det nye tankesettet var at identifiserte mål ikke realiseres av seg selv. Man må i tillegg til å identifisere mål også identifisere tiltak som er nødvendige for at målene skal realiseres. (Flak 2012)

Det er dette vi omtaler som gevinstplanlegging.

Peppard, Ward og Daniel skrev i 2007 at både forskning og praktiske erfaringer med gevinstrealisering viser at systematisk gevinstarbeid øker sannsynligheten for å realisere gevinster:

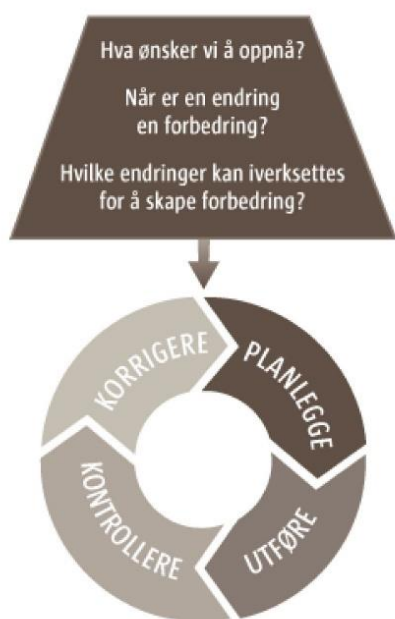
«As our research has consistently found, through this type of benefits realization planning the likelihood of the benefits being achieved is greatly enhanced.» (Peppard, Ward og Daniel 2007)

Gevinstrealisering som prosess er visualisert med denne modellen:



Det viktigste å merke seg med modellen er at arbeid med gevinstrealisering ikke må oppfattes som en lineær prosess med et tydelig start- og avslutningsunkt. Gevinstarbeid er en iterativ prosess, og ligner på kontinuerlige forbedringsprosesser, som den mest kjente Demings sirkel er et eksempel på.

Figur 2, Benefitmanagement s 76, oversatt



Demings sirkel er fundamentet i forbedringsmetodikk i sykehusene i Helse Vest.

I kontinuerlig forbedringsarbeid er resultat en finner i «kontrollfasen» en kilde til stadig nye muligheter til å forbedre. Forbedringsarbeid er således ikke en avgrenset oppgave en ferdigstiller og legger bak seg.

For gevinstrealisering er det tilsvarende. Når en går gjennom og evaluerer resultater fra gevinstarbeidet så langt, er ideen at det skal jobbes videre med nye potensialer for gevinster som en enten ikke så i starten, eller som har dukket opp som nye potensialer som følge av allerede oppnådde gevinster, eller andre endrede rammebetingelser i virksomheten. Eksempler på endrede rammebetingelser kan være nye krav fra oppdragsgiver, eller nye muligheter gitt av gjennomførte endringer andre steder i virksomheten.

Figur 3, Deming sirkel, Helsebiblioteket (<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hvordan-skape-forbedring>)

#### 3.1.1.1. Identifisere og strukturere gevinster

I fasen for å identifisere og strukturere gevinster er fokuset på å finne aktuelle gevinster som understøtter omforente målsettinger. Målsettingene og oversikt over gevinster skal være del av beslutningsgrunnlaget for prosjektforslaget. (Ward & Daniel 2012, s 78 -oversatt)

En fallgrube i estimering av gevinster ved initiering av et prosjekt er å overvurdere nyttevirkningene på eget fagområde (optimismeskjevhet). Det er ikke potensialet på nyttevirkingen som skal benyttes, men et realistisk estimat, jf. veileder i samfunnsøkonomisk analyse. (Direktoratet for økonomistyring 2021)

Dersom en ikke kan vise til tydelige gevinster bør det vurderes om prosjektet i det hele tatt skal settes i gang. Dersom prosjektet for eksempel er nødvendig for at virksomheten skal oppfylle lover eller rapporteringsplikt, kan det noen ganger være aktuelt å gjennomføre prosjekter som ikke har gevinster for virksomhetens drift. Det er fortsatt en gevinst ved at lover og krav er oppfylt, men den materialiserer seg ikke for dem som arbeider i virksomheten. Dette kan være eksempel på den 3. kategorien gevinster DFØ omtaler; gevinst for andre aktører.

En identifisert gevinst skal kunne følges opp ved en eller annen form for måling, og enhver gevinst skal ha navngitt person har eierskap til den. (Ward & Daniel 2012, s 78 -oversatt)

#### 3.1.1.2. Planlegge gevinstrealiseringen

I denne fasen detaljerer man en plan for gevinstrealiseringen. Det etableres måleindikatorer for hver enkelt gevinst. «Dersom virksomheten allerede benytter en form for mål- og resultatstyring, bør man hente indikatorer fra denne for å unngå ekstra arbeid» (Flak 2012, s 34)

Gevinstplanen inneholder en oppgave- og ansvarsfordeling med de tiltakene som skal til for å realisere gevinstene. Planen skal også indikere en tidslinje for når ulike gevinster er forventet å bli realisert.

Allerede i denne fasen bør det gjennomføres såkalte nullinjemålinger; målinger som viser tilstand før endringene settes i drift, slik at man har noe å måle effekten av tiltakene mot. (Ward & Daniel 2012, s 83 -oversatt)

#### 3.1.1.3. Gjennomføre gevinstrealiseringsplanen

Dette er en fase der man gjennomfører den planen man har lagt, der gevinstansvarlig også hele tiden vurderer om fremdriften er som forventet. Ved behov skal man ta en sløyfe tilbake til planverket og gjøre justeringer som er nødvendige for å klare å realisere gevinstene som planlagt. (Ward & Daniel 2012, s 85 -oversatt)

#### 3.1.1.4. Gjennomgå og evaluere resultater

I denne fasen der en evaluerer resultatene fra gevinstarbeidet, er målsettingen todelt. Det åpenbare er at man vil evaluere om investeringen ga de gevinstene som ble planlagt. Dersom planlagte gevinster ikke er blitt realisert, skal det fortrinnsvis settes inn tiltak som retter på dette, alternativt evalueres hva som er årsaken. (Ward & Daniel 2012, s 88 -oversatt)

Dokumenterte gevinster er ifølge direktoratet for økonomistyring sin veileder i gevinstrealisering «måling på i hvilken grad de ulike gevinstene er realisert som forutsatt i gevinstrealiseringsplanen.» (DFØ 2014)

For å dokumentere gevinster sammenligner man målinger gjort før IKT-innføringen (omtalt som *nullinjemåling*) med tilsvarende måling etter endt prosjekt. Slike målinger kan gjøres i flere omganger for å vurdere utviklingen i gevinstarbeidet.

“All IT projects have outcomes but not all outcomes are benefits.” (Peppard, Ward og Daniel 2007)

Ved innføring av IKT vil det bli en endring, men det er ikke dermed sagt at endringen er positiv eller ønsket. Noen ganger kan innført IKT medføre ulemper eller merarbeid for en eller flere interessenter. Det kan være enten knyttet til selve innføringen, altså en midlertidig belastning som forsvinner når IKT-løsningen er i stabil drift, eller det kan være permanente ulemper som helt nye oppgaver, oppgaver som er overtatt fra andre faggrupper (ofte beskrevet som oppgaveforskyvning), eller rett og slett mer tungvinte måter å få gjort jobben på.

Jurison skriver i sin artikkel (Jurison 1996) at

virksomheten og ulike interessenter vil kunne oppleve innsatsen de må legge inn i og effektene fra et prosjekt ulikt, der det å finne balansen og dele gevinster er avgjørende for å lykkes. Dersom interessenter ikke opplever fordeler ved endringene vil de sannsynligvis motsette seg endringen. (Jurison 1996, -oversatt)

Legeforeningens beskrivelse bekrefter dette når de problematiserer oppgaveforskyvning som skaper skjevbelastning og hevder at totalbelastningen i den ansattes oppgaver må anerkjennes når eventuelle arbeidsprosesser vurderes justert. (Den norske legeforening 2019)

Skriubakken finner i sin undersøkelse at det nedover i organisasjonen er mindre vilje til å bruke tid på å følge opp det som omtales som fragmenterte tidsgevinster. (Sum av tidsgevinster som blir til ved at en liten brøkdel blir realisert av mange mennesker) fordi byråkratiet som etableres for å følge opp på et detaljnivå vil spise opp gevinstene. (Skriubakken 2019)

I den nye gevinstveilederen Direktoratet for økonomistyring utarbeider omtales det at det må gjøres avveininger på hvor mye innsats en skal legge inn i å måle nyttevirkninger. Det argumenteres for målingene må gjøres så enkelt og automatisert som mulig for både å redusere kostnader knyttet til måling og øke kvaliteten i målingene. Det advares derimot mot å la seg friste til å måle det som er

enkelt å måle fremfor det som faktisk trenger å måles for å kunne gjøre en skikkelig evaluering. (Direktoratet for økonomistyring 2021)

Det er ikke funnet forskning som omtaler måling av ulemper eller negative effekter av IKT-innføringer.

I utkastet til ny gevinstveileder omtales imidlertid begrepet netto nytte som (positive) nyttevirkinger minus de samlede negative virkningene. Veilederen presiserer at nyttestyring må forstås som å *maksimere netto nytte av tiltak*, og således ikke bare handler om å realisere nyttevirkinger, men å passe på at de negative virkningene ikke overgår nytten. (Direktoratet for økonomistyring 2021)

Det som er like viktig som å evaluere faktiske oppnådde gevinster i denne fasen er å evaluere med hensikt å lære av gevinstrealiseringsprosessen, for å gjøre gevinstrealiseringen enda bedre ved fremtidige prosjekter. (Ward & Daniel 2012, s 88 -oversatt)

### 3.1.1.5. Gjennomgå potensial for flere gevinster

Til tross for at man kanskje har oppnådd alle de gevinstene man planla, skal man ikke lene seg tilbake av den grunn. Her skal det gjøres nye involveringsrunder med interessenter for å avdekke nye muligheter for gevinster man enten ikke har sett tidligere, eller som har dukket opp som følge av oppnådde gevinster enten i aktuelt prosjekt eller som følge av andre endringer i virksomheten. (Ward & Daniel 2012, s 89 -oversatt)

Det er vist at gevinstrealisering og kontinuerlig forbedringsarbeid har det til felles at de er prosesser som ikke er lineære med en klar start og slutt. Her skiller gevinstrealisering seg tydelig fra den tradisjonelle prosjektprosessen som IKT-innføringer typisk følger. Prosjektprosesser er veldig tydelig lineære med klare start- og avslutningspunkt. Prosjekter er midlertidige organisasjoner som på oppdrag fra linjen skal utføre et definert stykke arbeid, som regel meget tydelig definert på innhold, tidsløp og kostnadsramme. Når jobben er gjort avvikles prosjektorganisasjonen.

I arbeid med gevinstrealisering bør det ikke være leveransenes utvikling som styrer beslutninger, slik det gjerne er i prosjektstyring. Det er flere trender innen prosjektstyring hvor man i større grad ønsker å styre etter vurderinger rundt netto nytte (positive nytteeffekter minus negative effekter av tiltaket) , og ikke kun etter tid, kost og kvalitet, som er de vanlige rammebetingelser. (Direktoratet for økonomistyring 2021)

### 3.1.2. Gevinstrealisering i sammenheng med prosjektstyring



Figur 4, Prosjektprosessen (prosjektveiviseren.no lastet ned desember 2020)

Prosjektprosessen i figur 4 er hentet fra Prosjektveiviseren.no som DIFI har ansvaret for. Prosessen skiller tydelig mellom hva linjen har ansvar for og hva prosjektorganisasjonen har ansvar for.

Fasene planlegge og gjennomføre i denne prosessen viser til prosjektaktiviteter som skal sørge for at prosjektorganisasjonen leverer et produkt, for eksempel et IKT-verktøy. Innholdet er altså et annet enn i fasene med tilsvarende navn i gevinstrealiseringsprosessen.

Legg merke til at den siste fasen *Realisere* ikke slutter i beslutningspunkt 6 slik det kan se ut som i skissen. Beslutningspunkt 6 heter *beslutte videre tiltak for økt gevinstrealisering* og indikerer at her vil gevinstrealiseringen foregå i flere iterasjoner.

Det vi ser i denne skissen fra prosjektveiviseren er at prosjektprosessen er lineær fra beslutningspunkt 1 der oppstart av konseptfase besluttes til beslutningspunkt 5 der prosjektet besluttes avsluttet. Etter dette er gevinstarbeidet ment å foregå i regi av virksomheten, og i iterasjoner med hensikt å stadig oppnå ytterligere gevinster.

En annen viktig ting å merke seg er at gevinstarbeidet ikke starter i fasen som heter *Realisere*. Gevinstarbeidet skal vektlegges i alle fasene av et prosjekt. Noen gevinster kan realiseres i løpet av prosjektperioden, mens andre ikke kan tas ut før prosjektet er avsluttet. Kartlegging av gevinster og plan for gevinstrealisering er en av flere faktorer som vurderes i beslutning om å starte et prosjekt. (Digitaliseringsdirektoratet 2020).

Prosessen synliggjør at det er virksomheten selv som kartlegger gevinster, for så å realisere dem underveis og etter prosjektets avslutning.

I 2019 finner Skriubakken i sin masteroppgave at aktørene i virksomheten som ble undersøkt var ganske ulikt involvert i gevinstarbeidet knyttet til det aktuelle digitaliseringsprosjektet. Oppgaven beskrives 5 nivåer fra toppledelse til bruker. Toppleder ble beskrevet som tungt involvert i gevinstplanleggingen med klare formeninger om hva som skal oppnås i digitaliseringsprosjektet, mens allerede på neste ledernivå synes det som om at en ble mer orientert om gevinstplanene enn at en hadde vært med på å kartleggingen og gevinstplanene. Videre nedover i hierarkiet så det ut til at involveringen i gevinstplanene ble svekket mer og mer. Målsettingen så imidlertid ut til å bli oppfattet av ledernivåene nedover.

I virksomheten som ble undersøkt ble metodikken ivaretatt ved at det var virksomheten som både hadde kartlagt gevinster i forkant og realisert dem i etterkant, men omfanget av personer i virksomheten som ble involvert i gevinstplanarbeidet var begrenset. Oppgaven beskriver at kunnskapen om faktisk gjennomføring av prosjektet og realisering av gevinster fordelte seg motsatt av involvering i gevinstplanene. Her var det toppleder som hadde minst detaljkunnskap, og brukere som hadde mest detaljkunnskap. (Skriubakken 2019)

I Helse Vest sitt rammeverk for gevinstrealisering fra 2016, har en identifisert sårbarheten i overleveringsfasen fra prosjekt til drift. Rammeverket understreker derfor at virksomheten må være involvert gjennom alle prosjektfasene slik at overgangen blir mer glidende. (Helse Vest 2016)

### 3.1.3. Hva skal til for å lykkes med gevinstrealisering

Denne oppgaven viser til Direktoratet for økonomistyring sitt rammeverk for gevinstrealisering som er utarbeidet i et samarbeid med DIFI. Samarbeidet med DIFI sikrer at verktøyene for gevinstrealisering og prosjektstyring skal kunne brukes parallelt i statlige prosjekter. (Direktoratet for økonomistyring, Gevinstrealisering 2020) Rammeverket er ment som en veileder, og er gjenkjennbart når en leser rammeverket for gevinstrealisering til Helse Vest fra 2016.

Rammeverk for gevinstrealisering er relativt omfattende. De krever innsikt og kompetanse hos virksomheten for å lykkes i anvendelsen. Skriubakken henviser til Kaur og Tverberg sin masteroppgave (Kaur og Tverberg 2018) når han skriver at det er forsket lite på modenhet i metoder for gevinstrealisering. Sannsynligheten for å lykkes med gevinstrealisering har ifølge litteraturen sterk kobling til modenheten til rammeverket. (Skriubakken 2019)

I tabell 2.2 i Skriubakken sin oppgave vises det til hva litteraturen sier om kritiske faktorer for gevinstrealisering. Skriubakken har hentet tabellen fra Daur og Tverberg sin oppgave fra 2018.

Faktorer som er omtalt i litteratur for	Referanser i gevinstraliseringslitteratur
* Tydelig fordeling av roller og ansvar	Bradley 2010, Peppard and Ward 2005
* Eierskap og involvering fra ledelsen	Lin et al. 2005, Ashurst 2007, Doherty et al. 2012, Bradley 2010
* Forankring, involvering og brukermedvirkning	Ashurst 2011, Edwards & Peppard 1997
# God kompetanse og god praktisk utøvelse av endringsledelse	Dohery, Ashurs & Peppard 2012, Breese 2012
# Oppfølging av gevinstplan og gevinstmåling samt tiltak når gevinster ikke realiseres som planlagt	Lin et al. 2003, Hellang et al. 2012, Bradely 2010, Ward & Daniel 2006
# Gevinstraliseringskompetanse	Flak 2012, Lin et al. 2005
# God planlegging og gode, målbare og realistiske gevinstmål	Ashurst 2007, Bradley,2010, Peppard et al. 2007, Ward et al. 2008
Avdekke reelle behov, deretter koble disse med teknologi	Doherty et al. 2012, Ashurst et al. 2008
Forankring i strategiske mål	Bradley 2010, Ashurst 2007
# Fokus på gevinstrealisering ikke bare leveranse	Ashurst et al. 2008, Lin et al. 2005, Ashurst 2007, Doherty et al. 2012
# Fokus på gevinstrealisering etter overlevering	Lin et al. 2005, Doherty et al. 2012
Avdekke potensiale for nye gevinster	Ward & Daniel 2006
# Realisere identifiserte gevinster	Ashurst et al. 2007, Doherty et al. 2012, Ashurst 2008
# Evaluere prosjekt og ta med lærdom videre	Ward & Daniel 2006
# Oppfølging av gevinstplan og gevinstmåling samt tiltak når gevinster ikke realiseres som planlagt	Ashurst 2008, Bradley 2010, Ashurst et al. 2007, Ward & Daniel 2006
# Evaluering av gevinstuttak over tid	Ashurst et al. 2010, Ward & Daniel 2006
Teknologiforståelse. Se muligheter i ny teknologi	Ashurst 2007, Flak et al. 2010
* Evne og vilje til å ta i bruk sluttprodukt	Lin et al. 2005, Ashurst et al. 2010
* Opplæring	Ashurst et al. 2010

Tabell 1, Kritiske faktorer for gevinstrealisering (Skriubakken 2019 / Daur, Tverberg 2018)

Samtidig som rammeverket for gevinstrealisering kan kreve stor grad av innsikt og kompetanse, viser tabell 1 at det er mange faktorer som kan refereres til som kritiske for å lykkes med gevinstrealisering. Tabellen viser at fokus på, og kompetanse i praktisk gevinstrealisering og metode (markert med #) representerer 10 av de 19 kritiske faktorene. 5 av de 19 kritiske faktorene retter seg mot interessenter, fra bruker til ledernivå (markert med \*). Dette indikerer at litteraturen peker på involvering av interessenter som et vesentlig aspekt for å lykkes med gevinstrealisering, mulig som det nest viktigste etter fokus på og kompetanse i gevinstarbeid i seg selv.

### 3.1.3.1. Språk i gevinstarbeid

Gevinstrealisering er et begrep som har sterk knytning til prosjektarbeid, og ved et googlesøk får du typisk Direktoratet for økonomistyring, KS og digitaliseringsdirektoratet som de øverste treffene.

Når et prosjekt skal realisere gevinster fra en IKT-innføring har gevinstrealiseringsmetodikken med seg ord og språk som fagpersonene i virksomheten kanskje opplever som fremmed.



«Det å kunne strukturere og påvirke andre si oppleving av «noko» enten det skjer gjennom språkbruk eller på andre vis, er uttrykk for (sosial) makt i relasjon til den/ de andre» (Blakar 1996). I stortingsmelding nr. 35 (2007–2008) Mål og mening, uttrykkes det slik: «Mest språkmakt har gjerne den som både meistrar det språklege uttrykket og har ein sosial posisjon som gjev ekstra respekt eller truverde» (Kunnskapsdepartementet 2008)

Språket vi bruker påvirker relasjoner og maktbalanse, derfor vil ordene vi bruker kunne ha betydning for prosessen og involveringen en klarer å få til i gevinstarbeidet.

Ved oppslag på store norske leksikon (Store norske leksikon 2020) får du denne forklaringen på gevinst:

- formuesforøkelse,
- pengesum eller gjenstand som vinnes i lotteri eller liknende,
- fortjeneste på en enkelt forretningstransaksjon, for eksempel ved salg av aksjer eller fast eiendom.

Selv som gevinst fint kan brukes om ikke-økonomiske resultater, finner en ofte gevinster benevnt i kroner.

Selv helse har fått en kroneverdi. Siden slutten av 1960-årene har man operert med begrepet QALY (Kvalitetsjusterte leveår), og i 2015 ble et leveår med god helse (et kvalitetsjustert leveår, QALYs) gitt en økonomisk verdi på 1,12 mill. (Helsedirektoratet, Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015 2015).

I kost-nytte beregninger for prosjektforslag er det vanlig å estimere et kronebeløp på redusert antall pasientskader som følge av et tiltak. Det er forståelig at dette gjøres. Det er høye forventninger til at statlige bedrifter skal vurdere egen ressursbruk og holde seg innenfor disponible rammer, (Direktoratet for økonomistyring, Hvilke krav gjelder for mål og resultatstyring i staten 2019) og da er det virkningsfullt å vise til sparte kroner som følge av en kostbar investering. Dette til tross for at effektene av investeringen kanskje egentlig var ment å handle om kvalitetsforbedring som gjør pasientbehandlingen bedre og tryggere.

Sett fra klinikerens ståsted vil gevinster realiseres gjennom kontinuerlig fagutvikling og forbedring av systemer, der utenforstående aktører kun kan inspirere og drive prosessene som involverer dem som er i møte med pasienter. Det er i det kliniske fagmiljøet arbeidsmåtene skal endres og samhandling må skje for at gevinster skal realiseres. (Den norske legeforening 2019)

I revisjonen av den nasjonale veilederen for gevinstrealisering har direktoratet for økonomistyring signalisert at de vil bytte ordet gevinstrealisering med ordet nyttestyring som ledd i å knytte fagfeltet sammen med utredningsinstruksen og dens identifisering av nyttevirkninger. (Direktoratet for økonomistyring 2021)

I gevinstrealiseringsfaget vil en treffe på både gevinst og nytte som begreper, og de er sidestilt.

## 3.2. Involvering og målforståelse

5 av de 19 kritiske faktorene for å lykkes med gevinstrealisering i tabell 1 omhandler oppfølging av interessenter og deres involvering.

### 3.2.1. Interessenter

Innføring av et IKT-verktøy kan ha mange ulike interessenter. Prosjektveiviseren definerer interessent slik:

«Prosjektets interessenter er personer, grupper eller organisasjoner som kan påvirke, vil bli påvirket av, eller oppfatter at de vil bli påvirket av prosjektets gjennomføring eller resultater». (Digitaliseringsdirektoratet 2020)

Interessenter kan ut fra sitt perspektiv både være enige og ha ulikt syn på gevinstrealisering. En måte å gruppere interessenter på kan være:

- Ledere på toppnivå som kan ha hovedfokus på at virksomheten overordnet oppnår sine strategiske mål.
- Ledere på mellomnivå som kan ha hovedfokus på å levere resultater som forventes fra deres ansvarsområde.
- Brukere som kan ha hovedfokus på å utføre sin jobb på en effektiv måte med høy kvalitet.
- Tjeneste/produktmottakere som kan ha hovedfokus på at tjenesten eller produktet de mottar er i henhold til deres forventninger.
- Samarbeidspartnere som kan ha hovedfokus på at informasjon og delleveranser overleveres uten plunder og heft.
- Eiere eller myndigheter som kan ha hovedfokus på oversikt og kontroll med virksomheten.

Dette er bare en av mange muligheter for å gruppere interessenter. Hensikten med eksemplet er at ulike interessentgrupper naturlig ut fra sin rolle og ansvarsområde vil kunne vurdere gevinster ulikt.

#### 3.2.1.1. Ledere på mellomnivå

Ledere på mellomnivå har ofte et resultatansvar for et avgrenset område i virksomheten. Det kan være mellomledere på flere nivåer i en virksomhet. De er gjerne tildelt en medarbeidergruppe som de skal lede for å utføre jobben. I gevinstrealiseringssammenheng står disse mellomlederne mellom toppledelsen som kan ha et strategisk hovedfokus, og brukere som kan ha fokus på effektivitet og kvalitet i eget arbeid. Selv har de et ansvar for å levere innen sitt resultatområde. Mellomledere kan ha god kunnskap om virksomhetens strategi, og vet ofte en god del om detaljer på tjenesteyting /produksjonsnivå. Når en skal forstå involvering og målforståelse hos brukere er forståelse av mellomlederne sin rolle i gevinstrealiseringsarbeidet avgjørende.

Kotter er tydelig på lederens rolle i endring. Det er lederne som må kommunisere mål og visjoner tydelig, og det er lederne som må praktisere det de sier for at medarbeidere skal ha tillitt til budskapet. Ikke minst er det lederne som må støtte og motivere blant annet ved å bevise oppnådde resultater. (Kotter 2012, kap 6-8 -oversatt)

Flak sier at «om ledelsen er i stand til å skape mening rundt sine innovasjoner og teknologiske anskaffelser, virker denne typen forandringer mindre risikabel for den enkelte medarbeider.» (Flak 2012, s 29)

### 3.2.1.2. *Brukere*

Brukere som kan ha hovedfokus på å utføre jobben sin effektivt og med høy kvalitet, har ofte høy kompetanse på alt som skjer i tjenesteyting / produksjon. I store komplekse virksomheter som sykehus er, kan det imidlertid være at en bruker ikke alltid ser tydelig hvilke konsekvenser egen jobb har for virksomhetens strategi eller motsatt. Dette er i stor grad avhengig av hvor godt kommunikasjonen fungerer fra toppledelse via de ulike mellomledernivåene. I sykehus er brukere i stor grad helsepersonell med høyere utdanning. Standardisering, formalisering og kontroll av arbeidsprosesser fungerer dårlig, og de ansatte forventer mulighet til å utforme sine arbeidsoppgaver og delta i strategiske vurderinger. (Revang 2017, s 39)

«I profesjonsbyråkratiet (sykehus, universitet og høyskoler) er verdistyring den viktigste parameteren.» (Revang 2017, s 82)

Skriubakken fant i sin undersøkelse at lærerne realiserte gevinster etter digitaliseringsprosjektet, men som følge av andre årsaker enn det som var forutsatt i metodene for gevinstrealisering. Forklaringen på dette er i oppgaven at deres engasjement og verdsett ledet dem til å gi elevene beste mulighet til å fullføre videregående utdanning. (Skriubakken 2019)

### 3.2.1.3. *Interessenter sin rolle i gevinstrealiseringen*

IKT-innføringer blir som regel organisert som prosjekt. Disse skal være sykehusets verktøy for å gjennomføre IKT-innføringen, og får sin egen rolle på siden av virksomheten. Ansvar og oppdrag er ofte beskrevet i et prosjektdirektiv. Prosjekter måles og vurderes etter deres oppnåelse/etterlevelse av respektive prosjektdirektiv.

Ved regionalt og/eller nasjonalt initierte IKT-innføringer vil det også befinne seg interessentgrupper utenfor sykehuset som vil ha sitt perspektiv på hva som er bra og ikke så bra etter gjennomført prosjekt.

Gevinstrealiseringen foregår i et samspill mellom alle disse ulike aktørene.

IT and project staff cannot be made accountable for the realization of business benefits from IT investments; rather, business staff must take on responsibility for this activity. The recognition of this fact is a key means of ensuring business staff become more involved in so-called IT projects. (Peppard, Ward og Daniel 2007)

Peppard, Ward og Daniel er i sin artikkel i 2007 tydelige på at IKT og prosjektansatte ikke kan holdes ansvarlige for realiseringen av nytteeffekter i virksomheten, men at det er virksomhetens ansatte på leder og brukernivå som må ta ansvar for denne aktiviteten. Erkjennelsen av dette faktumet er en nøkkelbegrunnelse for at virksomhetens ansatte må bli mer involvert i såkalte IKT-prosjekter.

Leif Skiftenes Flak sier i boken *Gevinstrealisering*

Uten aktiv involvering fra ledelsen i prosjekteierorganisasjonen minker sjansene for å realisere gevinstpotensialet fordi prosjekteier ikke har tilstrekkelig eierskap til målsettingen i i prosjektet, og heller ikke forutsetningene for å følge opp prosesser som er startet i prosjektfasen og som er helt nødvendige for å realisere gevinstene. (Flak 2012, s 28)

Ikke bare må ledelsen involvere seg, det vil ofte måtte defineres en egen rolle i virksomheten som gevinsteier.

«An individual who will take responsibility for ensuring that a particular benefit is achieved. This usually involves ensuring that the relevant business and enabling changes progress according to plan and are achieved.» (Ward & Daniel 2012, s 79)

Ward og Daniel omtaler gevinsteier som et individ som tar ansvar for å se til at konkrete gevinster oppnås. Det involverer å sikre at relevante endringer skjer i henhold til planene. En gevinsteier er som regel en leder i virksomheten fordi dette arbeidet krever at en har posisjon til å sikre at tiltak blir gjennomført.

I norske metoder for gevinstrealisering er det variasjoner i både rollebetegnelse og rolledefinisjon, der «gevinsteier» og «gevinstansvarlig» blir brukt litt om hverandre.

Digitaliseringsdirektoratet har i prosjektveiviseren beskrevet rollene slik:

Gevinstansvarlig er den rollen som har det overordnede ansvaret for at prosjektets gevinster blir realisert. Den gevinstansvarlige skal normalt være en leder plassert i den delen av linjeorganisasjonen som skal realisere gevinstene. Dersom gevinstene skal realiseres i ulike deler av organisasjonen (eller i flere virksomheter) anbefales å oppnevne en gevinsteier i de ulike delene av linjeorganisasjonen (eller virksomhetene) som eier ulike deler av de planlagte gevinstene. Gevinsteierne har da et distribuert ansvar for sin del av gevinstene, og har en viktig rolle som den gevinstansvarliges «forlengede arm» og lokale støttespiller. (Digitaliseringsdirektoratet 2020)

I Helse Vest sitt rammeverk finnes ikke gevinsteier som rolle, men gevinstansvarlig som har tilsvarende oppgaver og ansvar som beskrevet i prosjektveiviseren

Oppsummert kan vi si at det er et vidt spekter av aktører når gevinster skal realiseres etter IKT-innføringer i sykehus, og de ulike aktørene kan ha svært ulike perspektiv, og oppleve effektene av en IKT-innføring ganske ulikt.

Gevinster må bli realisert blant brukerne i sykehuset (ikke av prosjektet eller IKT-ansatte) og det er nødvendig med en navngitt person i sykehuset som har et eierforhold til gevinsten dersom man skal ha håp om å realisere den.

### 3.2.2. Ingen endring, ingen gevinst

Siden IKT ikke har noen gevinst i seg selv, men kun muliggjør gevinster som følge av endringer i måten å gjøre jobben på IKT-løsningen legger til rette for i virksomheten, så er det vi jakter på i gevinstarbeidet at folk endrer måten å jobbe på.

Vaner er vanskelig å endre på, og det er enda vanskeligere når vi skal endre på vaner som fungerer i et samspill med andre mennesker som kanskje i varierende grad er motiverte til å endre seg.

«Folk vil ikke endres, men de kan endre seg selv..... endringsledelse handler om å få folk til å endre seg.» (Revang 2017, s 183)

Motstand er et begrep som en kan finne brukt i sammenhenger der en eller flere interessenter protesterer mot en endring.

«Motstand oppfattes ofte som noe som må ryddes av veien» (Revang 2017, s 183)

Motstander av tiltaket	Det koster vanligvis mer enn det smaker å endre innstillingen til motstandere av tiltaket eller prosjektet. Det kan likevel være nyttig å arbeide for at disse får økt forståelse for det, blant annet for å motvirke den negative innflytelsen disse kan ha på andre grupper. Dersom dette er interessenter som kommer dårligere ut som følge av tiltaket, bør det også vurderes om de skal kompenseres på noe vis.	Det krever ofte betydelig innsats å skape en positiv innstilling hos motstandere og behandle deres krav. Det kan likevel være nyttig å arbeide for at disse får økt forståelse for tiltaket eller prosjektet, blant annet for å motvirke den negative innflytelsen motstanderne kan ha på andre grupper. Dersom dette er interessenter som kommer dårligere ut som følge av tiltaket, bør det også vurderes om de skal kompenseres på noe vis.
------------------------	--	--

Figur 5, interessentanalyse, motstandere av tiltak (DFØ, fagområde gevinstrealisering 2020)

Revang sorterer forståelse av motstand innen ulike rammer med noen eksempler.

Rasjonell	Forstår ikke endringen, eller forstår ikke at det kan være «riktig»
Human resource	Endringen og prosessen motiverer ikke
Politisk	Endringen er ikke i min eller min gruppes interesse
Kulturell	En ser (fortolker) det ikke på den måten og ser/fortolker ikke at en ikke ser det på den måten

Tabell 2, forståelse av motstand mot endring innen ulike rammer (Revang 2017, s 70)

Fellestrekkene i de ulike forståelsene av motstand er at en vil være avhengig av å kommunisere behovet for endring på en slik måte at en oppnår forståelse og motivasjon hos medarbeidere.

Resultatene fra Skriubakken sin undersøkelse gir grunn til å ha tillit til at medarbeidere blir med på endringer som de oppfatter gir god mening.

### 3.2.2.1. Ledelse av endring

Brukere i et innføringsprosjekt kan oppleve å motta doble eller blandede budskap, der de oppfatter at ledelsen sier noe i en sammenheng, og noe annet i en annen sammenheng, eller at det ledelsen sier ikke samsvarer med det systemet oppfordrer til. Dersom denne dobbeltheten ikke er mulig å kommentere eller ta opp på grunn av relasjonelle forhold, oppstår det som kalles dobbeltbindinger. Dobbeltbindinger kan oppleves dramatisk for mottakeren. En kan oppleve seg som fanget. Situasjoner med dobbeltbinding kan være svært vanskelig å analysere å komme seg ut av, og rammer både ansatte og ledere. (Revang 2017, s 193)

Peppard, Ward og Daniel knytter gevinstrealisering og endringsledelse sammen på denne måten:

Benefits arise from the changes made by individuals or groups within or outside the organization. These changes must be identified and managed successfully if the benefits are to be realized. 'Benefits realization' and 'change management' are therefore inextricably linked. (Peppard, Ward og Daniel 2007)

Dette utsagnet etablerer at gevinstrealisering og endringsledelse henger tett i sammen, og må forstås i sammenheng med hverandre.

Helse Vest sitt rammeverk for gevinstplanlegging og –realisering har tatt dette inn over seg:

De fleste prosjektene i porteføljen til Helse Vest er ikke rene teknologi prosjekter – de består av en helhet hvor både arbeidsprosesser/organisering, personal/kompetanse og IKT/teknologi inngår. Da må prosjektets planer reflektere aktiviteter og leveranser innen alle disse områdene (Helse Vest 2016)

Peppard Ward og Daniel har forsket på gevinstrealisering fra IKT-prosjekter, og i 2007 laget de en liste på 7 spørsmål som veiledning for å planlegge gevinster. Det er vel verd å merke seg at samtlige er fokusert på virksomhetsforbedringer og ikke IKT.

Det er lite sannsynlig at enkeltpersoner kan svare ut spørsmålene. Peppard, Ward og Daniel mener at kunnskapen vil ligge hos et sett av mennesker som må sette seg sammen for å forstå spørsmålene. Det må finnes en plan, og det må finnes ansvarlige for både gevinstrealisering og tiltak som muliggjør gevinster.

Oversatt til norsk er spørsmålene:

1. Hvorfor må vi forbedre?
2. Hvilke forbedringer er nødvendige eller mulige? Disse må hovedinteressentene være enige om, og de må bli mål for investeringen
3. Hvilke nytteeffekter blir realisert av hver interessent dersom virksomhetens mål er oppnådd. Hvordan kan hver enkelt av nytteeffektene bli målt?
4. Hvem eier hver enkelt nytteeffekt og vil bli holdt ansvarlig for realiseringen? Gevinsteieren vil være ansvarlig for verdien knyttet til nytteeffekten i businesscaset.
5. Hvilke endringer er nødvendige for å oppnå hver enkelt nytteeffekt? Dette er nøkkelen til å realisere nytteeffekter gjennom å identifisere direkte linker mellom nytteeffekt og nødvendig endring.
6. Hvem er ansvarlig for å sikre at hver enkelt endring er gjort skikkelig?
7. Hvordan og når kan endringene gjøres? Dette krever en vurdering av virksomhetens og spesifikke interessentgruppes evne og kapasitet til å gjennomføre endring.  
(Peppard, Ward og Daniel 2007, -oversatt)

Når mennesker i en organisasjon skal gjøre noe på nye måter, er dette en endring som må ledes. Ward og Daniel peker ut tre hovedstrategier å velge mellom når en skal henvende seg til interessenter med et endringsbudskap. Oversatt til norsk er de tre hovedstrategiene:

1. Styre endringen fra toppledelsen. Ledelsesstyrt endring kan være raskt og effektivt på kort sikt, men kan ramme samarbeid og legge grobunn for motstand, spesielt dersom meldte bekymringer blir ignorert.
2. Samarbeide om endringen. Gjennomgående samarbeid om å forstå og løse utfordringene. Det vil antakelig være nødvendig med innrømmelser og å finne fordeler som øker motivasjonen.
3. Forhandle om endringen. Forhandle om virksomhetens behov for endringer, og interessentgruppers innsats for å få endringene til å skje. Faren med denne tilnærmingen er at interessentgrupper som i utgangspunktet var positive mister noe av sin motivasjon, fordi det fokuseres mye på å forhandle med dem som i utgangspunktet var negative. (Ward & Daniel 2012, s 185 -oversatt)

Det å få mennesker til å ville endre seg og være med større endringsprosjekter, forutsetter at de anerkjenner behovet for endringen.

I Leading change skriver Kotter at «without a sense of urgency, people won't give that extra effort that is often essential» (Kotter 2012, s 16)

Dette med å etablere en opplevelse av krise og behov for endring er et poeng Kotter kommer tilbake til mange steder bokens tekst, og det er det jeg vil omsette til å involvere menneskene i endring. Involvering handler om mer enn å bli informert, det handler om å bli satt i stand til å erkjenne behovet for en endring. Kotter beskriver videre i boken *Leading change*:

Major change is usually impossible unless most employees are willing to help, often to the point of making short-term sacrifices. But people will not make sacrifices, even if they are unhappy with the status quo, unless they think the potential benefits of change are attractive and unless they really believe that a transformation is possible (Kotter 2012, s 20)

In an organization with 100 employees, at least two dozen must and far beyond the normal call of duty to produce a significant change. (Kotter 2012, s 47)

Så dersom en skal lykkes med å gjennomføre større endringer er en avhengig av at medarbeidere er med på laget og hjelper til. De må gjerne til og med ofre en god del på kort sikt. I en organisasjon må du regne med at inntil en fjerdedel er nødt til å strekke seg langt ut over det en kan forvente for å medvirke til en vesentlig endring. Dersom en skal få disse mennesker til å ofre så mye, må de forstå ideen med endringen, og de må få formidlet, igjen og igjen, troverdige, inspirerende og forståelige budskap om hva som endres, og hva som vil bli fordelene med det.

I boken *Endringsledelse og ledelsesendring* finner en dette illustrert ved Bechhard og Harris sin matematiske illustrasjon, der summen i parentes må være større enn X dersom en skal få til en endring:

$$E=(A+B+C)>X$$

E= endring

A= nivået på tilfredshet med status quo

B=ønskelighet av den foreslåtte endringen eller fremtidstilstand

C= endringens praktiserbarhet

X= «kostnader» ved å forandre

(Revang 2017, s 182)

Alle de tre bokstavene inne i parentes forutsetter tydelig kommunikasjon fra ledelsen. I visse tilfeller kan medarbeidere ha en selvstendig selvopplevd tilfredshet med status quo, men ofte vil endringsinitiativ handle om at det er virksomheten som trenger en endring. Da er det nødvendig at ledelsen tydelig kommuniserer og begrunner at status quo ikke er til å leve med. I tillegg må det kommuniseres tydelig at den foreslåtte endringen er et bedre alternativ enn status quo. Spesielt dersom hver enkelt interessent ikke vil oppleve endringen som positiv direkte for egen del, er det behov for å tegne et bilde av hvor viktig og bra endringen er for virksomheten. Til slutt må ledelsen for å skape motivasjon kommunisere et budskap om at endringen er troverdig og gjennomførbar.

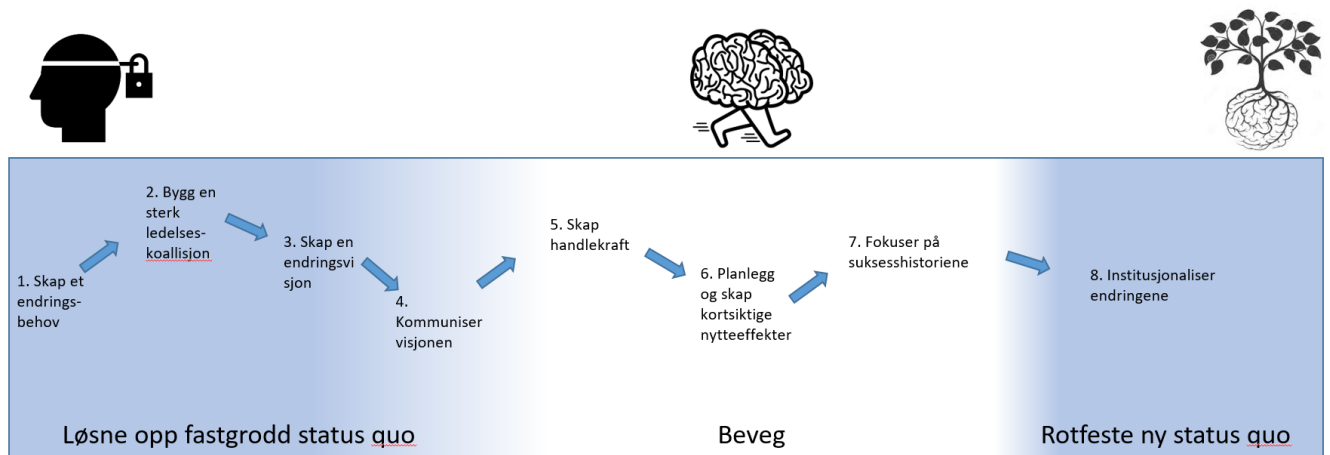
Kostnader ved forandring kan være ulike ting. Det kan handle om rene kroner og øre, men det kan også handle om tapte fordeler, nye oppgaver og usikkerhet.

Kotter er tydelig på at dersom endringsbehovet og endringsvisjon er godt kommunisert, vil medarbeidere engasjere seg, og komme med gode bidrag til den praktiske gjennomføringen.

Eugene siterer en medarbeider i sin artikkel som viser hvordan en godt kommunisert visjon oppleves, der et tydelig bilde av framtiden er tegnet, og medarbeiderne har fått være med på å forme detaljene:

“Leadership here is fantastic, they outline the picture for us and provide a frame, then hand us the paint brushes to paint the picture” (EUGENE C. NELSON 2002)

Kotter har laget en åtte stegs prosess for å skape endring, der dette med å skape det tydelige behovet for endring er startpunktet.



Figur 6, Kotter 2012 prosesssteg i endringsarbeid som liste s 34, oversatt og tegnet som figur

Som det neste avgjørende steget beskriver han at det er behov for en sterk ledelseskoalisjon for å dekke behovet for kommunikasjon, tilrettelegging og støtte gjennom en endringsprosess. Han mener altså at en leder alene ikke vil klare å møte disse behovene alene.

Før man begynner å gjøre de faktiske endringene må det skapes en troverdig og forståelig endringsvisjon som kommuniseres godt og mange ganger. Alt dette som gjøres før endringene faktisk begynner handler om å løsne opp på status quo, for frem til gjeldende status quo har mistet sitt rotfeste mener Kotter at det vil være så godt som umulig å få til noen som helst endring. Når endringen er gjennomført, fremholder Kotter at det er essensielt å bruke tid på å la endringen få rotfeste og bli et nytt status quo. I så lenge som 3-10 år vil en endring som ikke fokuseres på risikere å bli glemt og man risikerer at måten man jobber på går tilbake slik de var før endringsarbeidet. Kotter sine åtte steg er en lineær prosess med et tydelig start og slutt punkt.

### 3.2.3. Bevis at det fungerer

Steg seks og syv i Kotter sin prosess understreker behovet for å fokusere på de små seirene underveis.

Most people won't go on the long march unless they see compelling evidence within six to eighteen months that the journey is producing expected results. Without short-term wins, too many employees give up or actively join the resistance. (Kotter 2012, s 22)

While celebrating a win is fine, any suggestion that the job is mostly done is generally a terrible mistake. Until changes sink down deeply into the culture, which for an entire company can take three to ten years, new approaches are fragile and subject to regression. (Kotter 2012, s 23)

Det er ifølge Kotter urealistisk å forvente at folk blir med på en lang endringsreise med mindre de opplever at arbeidet gir forventede effekter innen seks til atten måneder. Dette passer godt med gevinstrealiseringsprosessens systematiske målinger og evaluering av gevinstoppnåelse underveis.



Konsekvensene av endringsprosjekter som ikke viser til resultater blir frustrasjon og oppgitthet som gir næring til det Revang omtaler som BOHICA-management (Bend Over Here It Comes Again) der virksomhetens refleks når endringer kommer på dagsorden blir *Det virker nok ikke denne gangen heller, men vær positiv og stille, så går det over.* (Revang 2017, s 15)

Samtidig som det er viktig å markere og feire de små seirene underveis, vil det være katastrofalt å antyde at jobben er gjort. Det er først når endringen har slått rot i kulturen som for en stor virksomhet kan ta tre til ti år at endringer ikke lenger er sårbare for å viskes vekk. Endring er etablert først når det oppleves som at «det er slik vi gjør det her» (Kotter 2012, s 25 -oversatt)

Kotter sin beskrivelse av endring som en lineær prosess på står i kontrast til gevinstrealiseringsprosessen som et iterativ. I et gevinstrealiseringsperspektiv ønsker vi ikke at endringer skal slå mer rot enn at vi relativt lett kan justere videre for å oppnå ytterligere gevinster.

Kotter understreker også ledelsens handlinger har stor betydning for medarbeideres tillit til endringen.

«Ingenting undergraver endring mer enn adferd fra viktige personer som er inkonsistent med verbal kommunikasjon.» (Kotter 2012, s 21 -oversatt)

#### 3.2.4. Hva gjør det spesielt å innføre IKT i sykehus

Norske sykehus er komplekse organisasjoner. Hvert enkelt sykehus har som oftest flere ulike fagspesialiteter med sine respektive behov for verktøystøtte. Når disse lokale, fagspesifikke behovene blir utfordret av regionale og nasjonale standardiseringskrav blir det en debatt om å veie opp faglig gullstandard mot felles løsninger.

Det er også krevende å mene noe om effekten av innført teknologi, siden forutsetningene for innføring kan være veldig ulik for ulike enheter. For eksempel vil en enhet som starter med en ny digital løsning A som erstatning for papirbaserte rutiner oppleve helt andre effekter enn en enhet som skifter fra en allerede digital løsning til den samme nye digitale løsningen A. Overordnet vil effekten kunne rapporteres som positiv helt enkelt fordi en har oppnådd standardisering, men lokalt vil rapporterte effekter kunne variere.

Sykehus er ikke vanlige kommersielle virksomheter, og vanlige resultatmålinger knyttet til marked og profitt gir ikke alltid så god mening. Det ligger et element av effektiviseringskrav i det at sykehusene må være i stand til å gi tjenester til dem som trenger det, men det er høyt fokus på innhold og kvalitet i tjenestene. Det er heller ikke et åpenbart marked der en konkurrerer om kunder.

“..., public sector organizations can rarely decide to serve only some of their clients or users. Instead, they must ensure that all parts of their community are served properly.” s 245, (Ward & Daniel 2012)

De fire primæroppgavene til de offentlige sykehusene eller helseforetakene i Norge er:

Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring

Om pasientbehandling er det skrevet at helseforetakene skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. (Regjeringen 2020)

En særegenhet ved helsepersonellet i sykehus vil være at de kan være mindre tilbøyelige til å bli begeistret av både teknologi i seg selv, og resultater målt i kroner og øre. Hennestad og Revang skriver at «Profesjonsdelen ønsker frihet til å utføre arbeidet etter faglige normer, den administrative delen ønsker forutsigbarhet, kontroll og standardisering» (Revang 2017, s 81)

Skal vi tro på Hennestad og Revang vil det være virkningsfullt for å vekke helsepersonell sin interesse for innføring av IKT å synliggjøre nytteeffektene i tråd med verdiene som ligger i fagnormene. Effekter av innført teknologi som utfordrer verdiene i fagnormene vil bli møtt med protester, ofte omtalt som motstand.

Kotter skriver om reaksjoner å endringer:

«most human beings, especially well-educated ones, buy into something only after they have had a chance to wrestle with it. Wrestling means asking questions, challenging, and arguing.» (Kotter 2012, s 113)

“whenever human communities are forced to adjust to shifting conditions, pain is ever present” (Kotter 2012, s 15)

“without an appropriate vision, a transformation effort can easily dissolve into a list of confusing, incompatible, and time-consuming projects that go in the wrong direction or nowhere at all” (Kotter 2012, s 19)

Kotter mener altså at de fleste mennesker, spesielt de som har høy utdanning vil verge seg mot å stupe inn noe uten å sloss litt med det først. Med slossing mener han å stille spørsmål, utfordre og argumentere. Ulempene og smerten ved endring er uunngåelig, slik at når grupper av mennesker blir tvunget til å tilpasse seg endrede forhold vil det alltid være smerte involvert. Uten en passende visjon vil et endringsforsøk lett renne ut i en rekke av forvirrende upassende og tidskrevende prosjekter som ikke fører til noe.

Helsepersonell har gjennomgående høy utdanning. Det betyr at når det innføres ny IKT, må en forvente at det blir stilt spørsmål og at det vil argumenteres mot løsninger som ikke oppfattes som åpenbart fordelaktige. Dette gjelder ikke bare fordi høyt utdannede folk stiller mer spørsmål, men høyt utdannede folk kan bidra med faglig og praktisk kunnskap som konstruktive innspill.

Legeforeningen ber om at man ikke skal tolke kritikk og endringsforslag som vrangvilje, og sammenligner «endringsmotvilje» med en utelukkelsesdiagnose i medisinen. Med dette mener de at kritikk og endringsforslag ikke må oppfattes som det samme som endringsmotvilje før det er den eneste forklaringen som gjenstår når alle andre alternative er bekreftet utelukket.

### 3.3. Oppsummering

Gevinstrealisering handler om å realisere effekter av innført IKT-verktøy slik at en eller flere interessenter oppfatter resultatet som positivt. Oppfatningen av hva som er gevinst kan være ulik alt etter som hvilken rolle og ansvar interessenten har. I komplekse organisasjoner kan ulike interessentgrupper ha svært ulike syn på hva som er gode og mindre gode løsninger. IKT-løsninger gir i seg selv ingen gevinst, men gir virksomheten og brukere verktøy til å kunne utføre tjenester /produsere på nye måter som i sin tur gir gevinst. Slike gevinster kan handle om sparte utgifter, effektivisering eller økt kvalitet.

Det er ikke mulig å oppnå gevinster etter en IKT-innføring med mindre det har skjedd en endring i måten arbeidet utføres på. Endringsprosesser må ledes, og dette må skje i virksomheten. Prosjektansatte eller IKT-ansatte kan ikke lede endring i virksomheten. Ledere må knytte til seg en gruppe med mennesker som kan bidra med tilrettelegging, kommunikasjon og støtte underveis i endringen. For at folk skal være motivert for å gi inn det som trengs for å lykkes med endring, må de anerkjenne behovet for endringen, og de må få synlige bevis underveis på at endringen bringer med seg gode resultat. Endringen er imidlertid ikke etablert før folk oppfatter det som at «det er slik vi gjør det her». Ved gevinstrealisering etter IKT-innføring er det kanskje ikke alltid ønskelig å etablere

for store endringer i første omgang dersom målet er å gå flere runder med ytterligere gevinstrealisering.

#### 4. EGEN UNDERSØKELSE: FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Det er kostbart på flere måter å innføre IKT-løsninger i sykehus. Selve programvaren med tilhørende vedlikeholdsavtaler koster mye i kroner og øre. I tillegg koster arbeidsinnsats fra en prosjektorganisasjon og endringsarbeidet i selve sykehusene i form av tid, engasjement og til dels frustrasjon. Derfor er det viktig at sykehusene digitaliseres av de rette årsakene, og at ulike interessenter er enige om målene, eller i det minste anerkjenner dem før prosjektet starter. Sett fra en leges ståsted vil det «være enklest å skaffe enighet om strategien hvis målsettingen er å støtte helsetjenesten primærformål; bedre helse og flere gode leveår.» (Den norske legeforening 2019)

Gevinstrealisering skal sikre at all denne innsatsen fører med seg gevinster som bidrar til å oppnå virksomhetsmål som resultat.

Gevinstrealisering er en systematisk måte å planlegge hva man vil oppnå ved å innføre en IKT-løsning. Gevinstoppnåelsen testes ved å måle på relevante parametere før og etter innført IKT-løsning, og på denne måten evaluere hvorvidt prosjektet har lyktes eller ikke. Det er derimot variabelt hva de ulike interessentene oppfatter som gevinst. Selv om gevinstrealiseringsarbeidet er gjort metodisk rett, og målingene viser gode resultater, kan det godt være at det er ulike interessentgrupper som ikke har opplevelse av at IKT-innføringen har vært positiv. Dette kan være fordi gevinstene med prosjektet har vært kommet andre interessentgrupper enn dem selv til gode. For å unngå unødig misnøye og motstand mot et prosjekt, må en tilstrebe å kommunisere målbilde og gevinster på en slik måte at de kan forstås og aksepteres. Det kan variere hvorvidt ulike interessentgrupper har oppfattet visjonen og det store bildet IKT-innføringen skal være en del av.

Inngangen til denne oppgaven har vært en tro på at det er høyere sannsynlighet for både å oppnå og gjenkjenne gode resultater av nye løsninger når brukere opplever å kunne påvirke, forstår hvorfor løsninger blir innført, og forstår hvilke fordeler ny løsning gir på ulike nivå.

Innføring av elektronisk kurve (MEONA) i Helse Vest er et eksempel på en IKT-innføring. Innføring av MEONA er i hovedsak gjennomført, og løsningen er tatt i bruk av flesteparten av klinikkene i sykehusene i regionen. Innføringen er dokumentert med gevinstmåling og brukerundersøkelse, og egner seg godt til å danne grunnlag for en undersøkelse med formål å se sammenhengen mellom grad av brukerinvolvering opp mot målforståelse, og opplevde / oppnådde gevinster.

Problemstillingen prosjektet har som mål å svare på er:

*Brukerinvolvering i gevinstarbeid, oppfølgingsstudie etter innføring av digitalt verktøy i sykehus.*

*- Påvirkes målforståelse og opplevde / målte gevinster av hvorvidt brukerne opplevde å bli involvert i målarbeidet?*

#### 5. METODE

Kvalitativ og kvantitativ metode er to ulike hovedretninger som egner seg til å belyse ulike spørsmål og problemstillinger. Det å samle inn kvalitative data som ofte er talte eller skrevne ord, kalles åpen metode. Ideen er at respondenten skal få uttrykke seg med sine egne ord på sin egen måte. Når det benyttes kvantitativ tilnærming, trengs det å kategorisere og strukturere før informasjonen samles inn. Forutsetningen for en kvantitativ tilnærming er at vi har klare spørsmål og at vi også på forhånd kan definere hvilke svar som er relevante. Dette legger føringer på hvilken informasjon som

respondenten kan gi fra seg. Derfor oppfattes kvantitativ metode som en mer lukket tilnærming. (Jacobsen 2003, s 37 - 41)

### 5.1. Metodevalg

Formålet med oppgaven har vært å få et bilde av hvordan mange kan oppleve brukerinvolvering og målforståelse ved å spørre mange respondenter de samme spørsmålene for å kunne sammenligne svarene mellom de to respondentgruppene: De som oppgir å ha vært involvert i beskrivelse av nytteeffekter, og de som oppgir å ikke ha vært involvert i å beskrive nytteeffekter. Hovedsakelig er undersøkelsen gjort med en kvantitativ tilnærming, der det er utviklet et elektronisk spørreskjema med standardiserte svaralternativer som ville gi svar fra mange mennesker. Det er lagt til noen åpne spørsmål der respondentene har kunnet svare helt fritt med egne ord, og disse spørsmålene har blitt behandlet med en kvalitativ tilnærming. Oppgaven totalt sett har på denne måten en blandet tilnærming med både kvantitative og kvalitative data.

Etter oppstart på arbeidet med denne oppgaven men før utsendelse av spørreundersøkelsen gjennomførte KULE-prosjektet en brukerundersøkelse som jeg har fått tilgang til. I tillegg tilgjengeliggjorde HELIKS-programmet sin årlige gevinstrealiseringsrapport for 2019 med synliggjøring av oppnådde gevinster etter innføring av MEONA. Resultatene fra brukerundersøkelsen og gevinstrealiseringsrapporten er tatt inn i diskusjonen sammen med funnene fra prosjektets spørreundersøkelse.

### 5.2. Undersøkelsesdesign

Prosjektet søker å finne ut om det er sammenheng mellom involvering i målbeskrivelse og opplevd nytteeffekt. I gevinstrealiseringsarbeid gjøres det undersøkelser og målinger på hvilke effekter en endring har fått. Det måles for eksempel på redusert tidsbruk, brukertilfredshet, eller kvalitetsforbedring i tjenesten der endringen har foregått. På denne måten får vi vite om prosjektet har hatt den effekten som man planla. For å få svar på oppgavens spørsmål, har det vært nødvendig å undersøke direkte hvordan brukerinvolvering har blitt opplevd, hvordan målforståelsen har vært, og hvordan effektene av innføring har blitt opplevd.

For å innhente informasjon har det blitt sendt ut en spørreundersøkelse. Undersøkelsen har gått ut på å spørre brukere av MEONA om de har opplevd å ha blitt involvert i målsettingen for innføringen, og om de har forstått /anerkjent målene som ble satt. Det finnes allerede noe tilgjengelig kunnskap om oppnådde gevinster og brukertilfredshet som følge av innføring av MEONA, hvilket har gitt anledning til å se faktisk oppnådde gevinster opp mot grad av brukerinvolvering.

### 5.3. Spørreskjema

Det er utviklet et eget spørreskjema med bakgrunn i de overordnede spørsmålstillingene for denne spesifikke oppgaven. Spørreskjemaet er laget i en webbasert løsning fra SurveyMonkey. Deres løsninger er primært satt opp for markedsundersøkelser og kundeopplevelser. Kjennskap til løsningen er gjennom deltakelse i en undersøkelse som var laget i denne løsningen. Løsningen ble den gangen opplevd som lett og grei å navigere i. Før oppbyggingen av spørreundersøkelsen, ble muligheter for å bearbeide innkomne svar i SurveyMonkey undersøkt. Det er både muligheter til å eksportere til i xls. og csv.format, samtidig som verktøyet i seg selv hadde en del enkle fremstillingsmuligheter med ferdig grafikk.

For ikke å risikere at noen aktører skal oppleve at de blir hengt ut, ble spørreskjema utarbeidet fullstendig anonymisert. Utvalget av klinikker er få, og noen spørsmål kunne blitt sensitive for ledere. Det eneste bakgrunns spørsmålet var hvilken rolle de hadde i sitt arbeid.

Spørreskjema ble testet ut på en lege i forkant. Legen var ikke ansatt på noen av klinikkene som var inkludert i undersøkelsen. I tillegg ble spørreskjema sendt til aktuelle klinikkdirektører som ledd i forespørselen om deltakelse. Dette ga tilbakemeldinger på omfang av og sammenheng i spørreundersøkelsen, samt om spørsmål og svaralternativer var forståelige.

Det har vært fokus på å begrense antall spørsmål for å oppnå flest mulig svar. Ved å informere i invitasjons-eposten at spørreskjema inneholdt et 20-talls spørsmål som tar 7 minutter å besvare var håpet at flest mulig skulle ta seg tid til å besvare. Med bakgrunn tilgang på informasjon om brukeropplevelse og gevinstrealisering fra andre tidligere undersøkelser, så har spørreskjema konsentrert seg rundt opplevd brukerinvolvering, målforståelse og opplevd resultat av MEONA-innføringen.

Spørsmålene i spørreskjema har vært organisert i fire temagrupper, med formål å kunne se om det respondentene svarer på spørsmål om hvordan de har opplevd å ha vært involvert ved innføringen påvirker svarene på spørsmål i de andre tre temaene. Følgende temaer har vært belyst:

Hvordan respondenten har opplevd brukerinvolvering ved innføring av MEONA

Respondentens forståelse og anerkjennelse av mål for innføringen av MEONA

Egen opplevelse av nytteeffekter

Hva respondenten selv mener er viktig for å oppnå gevinster fra IKT-innføringer

Spørsmålene i spørreskjemaet hadde for det meste lukkede svaralternativer med en rangordning.

Svaralternativer med rangordning kan brukes til å gruppere enheter eller si noe om forholdene mellom kategorier. (Jacobsen 2003, s 136)

Svaralternativene ble satt opp slik at respondentene ikke hadde anledning til å svare nøytralt, men måtte velge tyngdepunkt. Dette ble gjort for å gjøre resultatene enklere og tydeligere å analysere med mulighet for gruppering av svarene på hver side av nøytralt punkt. Gjennomgående hadde respondentene to grader på hver side av nøytralt punkt å velge mellom. For eksempel «i svært stor grad» og «i noen grad» på den ene siden og «i liten grad» og «ikke i det hele tatt» på den andre siden.

På noen av spørsmålene ble det åpnet for et svaralternativ «vet ikke», for å gi et svaralternativ der det på forhånd var mulig å tenke seg at enkelte respondenter ikke ville ha en formening.

I min kontakt med helsepersonell som både prosjektleder og virksomhetsarkitekt, har jeg oppfattet at valg av ord har betydning. Jeg har forsøkt å benytte språk i spørreundersøkelsen som i størst mulig grad er familiært for respondentene, og med erfaring fra dialog med klinikere fra flere ulike prosjekter der jeg har fått innsikt i at ord som «gevinst» kan vekke negative reaksjoner, har jeg stilt spørsmål der slike ord har vært unngåelige, så sent som mulig i spørreskjema.

Spørsmål med faste svaralternativer er enklere å bearbeide, samt enkle og raske å besvare, men resultatet blir avhengig av førforståelsen til den som lager spørsmålet og svaralternativene.

I undersøkelsen ble det inkludert et par åpne spørsmål i spørreskjema for å gi respondentene anledning til å uttrykke seg med egne ord. Fritekstspørsmålene hadde som formål å gi respondentene anledning til å uttrykke seg med egne ord uten å bli styrt av alternativer, og på den måten gi mer innsikt i hvordan respondentene tenker.

#### 5.4. Utvalg og innsamling av data

MEONA er innført i alle helseforetakene i Helse Vest, slik at det har vært svært mange potensielle respondenter. I oppgaven er det fokus på Helse Bergen.

Spørreskjema ble sendt ut til alle medarbeidere i tre somatiske enheter som har gjennomført innføringen av MEONA i Helse Bergen. Psykiatriske enheter ble ekskludert fordi de har vært senere ute og ikke helt ferdige med innføringsprosessen. De tre utvalgte enhetene representerer både opererende og medisinske somatiske enheter med en størrelse som gir mulighet for et tilstrekkelig antall respondenter. Det er annerledes å gå over fra papir til elektronisk løsning enn fra en elektronisk løsning til en ny elektronisk løsning. Derfor er store enheter som hadde elektronisk kurveløsning før innføring av MEONA blitt ekskludert. Utvalget for undersøkelsen ble Kirurgisk klinikk, Ortopedisk avdeling og Medisinsk klinikk.

Det er kjent fra tidligere brukerundersøkelser at det er varierende grad av fornøydhet med MEONA i de tre klinikkene, noe som kan gi et differensiert bilde på spørsmålene i undersøkelsen..

Fagdirektør i aktuelt helseforetak ble kontaktet initialt, og ga godkjenning til å foreta undersøkelsen i tre større klinikker. Avtalen var at det skulle søkes godkjenning også fra aktuelle nivå 2 ledere i de aktuelle klinikkene. Alle de tre nivå 2 lederne svarte positivt på henvendelsen, og oppga sine kontaktpersoner for praktisk gjennomføring. Alle klinikkene ga gode råd om hvordan prosjektet kunne oppnå best mulig svarprosent fra deres klinikker.

Det ble formulert eposttekst med lenke til spørreundersøkelsen, og informasjonsskriv om undersøkelsen som kontaktpersonene videresendte ut i sine respektive klinikker via epost-grupper i outlook. Til sammen ble epost med spørreskjema sendt ut til ca 1400 medarbeidere. Epostgruppene i bruk inneholder alle som er tilknyttet klinikkene, inkludert vikarer i småstillinger, personer som har byttet jobb (men ikke er fjernet fra epostgruppen) og personell som er ansatt etter at MEONA ble innført. Det er grunn til å tro at spørreundersøkelsen ikke har vært aktuell for alle de 1400 mottakerne.

Etter ca. 14 dager ble det sendt ut en påminning om undersøkelsen med formål å få inn flere svar. Etter 5 uker ble inngangspunktet for undersøkelsen stengt, og det ble sendt ut en takke-epost til klinikkene.

Andre kilder til relevant informasjon som er innhentet og blir brukt som referanse i diskusjonen er:

KULE-prosjektets prosjektdirektiv (gjelder for hele Helse Vest)

HELIKS gevinstrapport for 2019 (gjeldende for hele det aktuelle foretaket jeg undersøker)

KULE-prosjektets brukerundersøkelse 2020 (gjeldende for hele det aktuelle foretaket jeg undersøker)

#### 5.5. Analyse av data

Opgavens problemstillingen er hvorvidt involvering i målformulering påvirker målforståelse og opplevd / målte gevinster. I analysen er derfor svar på ulike spørsmål sett opp mot svar på hvorvidt respondenter har opplevd å være involvert eller ikke.

##### 5.5.1. Kvantitativ analyse av svar på spørsmål med faste svaralternativer

Respondentene ble styrt til å velge tyngdepunkt i svaralternativene, men fikk anledning til å gradere sitt svar på hver side av nøytralt punkt. Hva som får en respondent til å velge «svært mye» eller

«noe» kan være basert på flere faktorer som for eksempel grunnleggende temperament, og dagsform. I analysen er en ute etter om tyngdepunktet i svarene er på den ene eller den andre siden av et nøytralt punkt. Graden av for eksempel tilfredshet eller manglende sådan er ikke avgjørende for å svare ut problemstillingen. I analysen er derfor svaralternativene på hver side av nøytralt punkt gruppert sammen, slik at en har en svargruppe på hver sin side av nøytralt punkt. På noen spørsmål er det en tredje gruppe der «vet ikke» har vært et relevant svaralternativ.

I analysekapittelet er det satt opp tabeller som viser sammenheng mellom svar på hvorvidt respondentene svarer at de har opplevd involvering eller ikke, og svar på andre spørsmål. Det er gjort en kji-kvadrattest på alle tabellene. P-verdien en får ut av denne testen bidrar i vurderingen om sannsynligheten for at samvariasjonen er tilfeldig for utvalget eller ikke.

Samvariasjon er et statistisk mål på hvor mye to målbare størrelser henger sammen med hverandre. Samvariasjon kan også kalles korrelasjon. I dagligtale brukes ofte sammenheng. Samvariasjon mellom to størrelser trenger ikke å bety at den ene størrelsen er årsak til den andre.

Positiv samvariasjon betyr at høye verdier av den ene størrelsen finnes sammen med høye verdier av den andre størrelsen. Eksempel kan være matinntak og fedme.

Negativ samvariasjon er det når høye verdier av den ene størrelsen finnes sammen med lave verdier av den andre. Eksempel kan være alder og verdi på biler. (Frøslie 2020)

### 5.5.2. Kji-kvadratanalyse

Kjikvadrattest er en måte å måle hvor sannsynlig det er at en samvariasjon i datautvalget vil kunne være generelt gjeldende i populasjonen. I denne undersøkelsen kan vi uttrykke populasjonen som store somatiske sykehusklinikker som tidligere kun har brukt papirbasert kurve, som nå har fullført innføringen av MEONA.

I denne oppgaven er kjikvadrattesten brukt til å vurdere samvariasjon. Kjikvadrattest er en ikke-parametrisk hypotesetest, som egner seg for test om fordelingen mellom gruppene er som forventet eller ikke ut fra totalmengden av svar. (Aarnes 2006) Det at testen er ikke-parametrisk betyr at den fungerer uavhengig av om måleresultatene er normalfordelt eller ikke.

Når måleresultatene samles rundt middelveidien og målingene mindre og større enn denne verdien forekommer omtrent like ofte jo lenger vi kommer vekk fra middeltallet, har vi sannsynligvis en normalfordeling. (Aarnes 2006)

I kjikvadrattesten er nullhypotesen alltid at det ikke er samvariasjon mellom variablene i populasjonen. Ved å gjøre en kjikvadrattest får en testet hvor sannsynlig det er at nullhypotesen er riktig. Alternativ hypotesen er at det er samvariasjon mellom variablene i populasjonen.

For å kunne avgjøre hvorvidt samvariasjon er tilfeldig for utvalget eller ikke, vurderes verdiene av kjikvadratet opp mot et signifikansnivå.

I oppgaven er det satt p-verdi  $< 0,05$  som signifikant indikasjon på at samvariasjonen i funnet ikke er tilfeldig for utvalget. Det betyr at det er mer enn 95% sannsynlig at samvariasjonen ikke er tilfeldig for utvalget i undersøkelsen.

I Excel er det en ferdig kjikvadratformel for å regne ut p-verdien av et datasett. I oppgaven er det laget en mal der hele regnestykket er satt opp med formål å vise hvordan p-verdien blir til.

Faktiske verdier					Forventede verdier				
	Svar A	Svar B	Svar C	Sum		Svar A	Svar B	Svar C	Sum
Respondentgruppe 1	Faktisk1A Antall i gr 1 som svarte A	Faktisk1B Antall i gr 1 som svarte B	Faktisk1C Antall i gr 1 som svarte C	S1 Sum svar fra gr 1	Respondentgruppe 1	Forventet 1A S1 * %A	Forventet 1B S1 * %B	Forventet 1C S1 * %C	S1
respondentgruppe 2	Faktisk2A Antall i gr 2 som svarte A	Faktisk2B Antall i gr 2 som svarte B	Faktisk2C Antall i gr 2 som svarte C	S2 Sum svar fra gr 2	Respondentgruppe 2	Forventet 2A S2 * Faktisk %A	Forventet 2B S2 * Faktisk %B	Forventet 2C S2 * Faktisk %C	S2
Sum	Faktisk SA Sum svar A	Faktisk SB Sum svar B	Faktisk SC Sum svar C	ST Sum total	SUM				ST
Andel	Faktisk%A Prosentandel svar A	Faktisk%B Prosentandel svar B	Faktisk%C Prosentandel svar C	100 %					

Frihetsgrad (Antall svaralternativ - 1) \* (antall respondentgrupper - 1)

Kjikkvadratstest (bør ligge under 0.05 for å være signikant)

Formel for p-VERDI i excel

Kji-kvadrat tabell

Pr	25%	10%	5%	2,5%	1%	0,5%	0,1%
	.250	.100	.050	.025	.010	.005	.001
Frihetsgrad							
1	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	10.8
2	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.6	13.8
3	4.11	6.25	7.81	9.35	11.3	12.8	16.3
4	5.39	7.78	9.49	11.1	13.3	14.9	18.5
5	6.63	9.24	11.1	12.8	15.1	16.7	20.5
6	7.84	10.6	12.6	14.4	16.8	18.5	22.5
7	9.04	12.0	14.1	16.0	18.5	20.3	24.3
8	10.2	13.4	15.5	17.5	20.1	22.0	26.1
9	11.4	14.7	16.9	19.0	21.7	23.6	27.9

		Faktiske verdier	Forventede verdier	Faktiske verdier - Forventede verdier	(faktiske verdier - Forventede verdier)^2 / forventede verdier
Respondentgruppe 1	Svar A	Faktisk 1A	Forventet 1A	Faktisk 1A - Forventet 1A	(Faktisk 1A - Forventet 1A)^2 / Foventet 1A
Respondentgruppe 1	Svar B	Faktisk 1B	Forventet 1B	Faktisk 1B - Forventet 1B	(Faktisk 1B - Forventet 1B)^2 / Foventet 1B
Respondentgruppe 1	Svar C	Faktisk 1C	Forventet 1C	Faktisk 1C - Forventet 1C	(Faktisk 1C - Forventet 1C)^2 / Foventet 1C
respondentgruppe 2	Svar A	Faktisk 2A	Forventet 2A	Faktisk 2A - Forventet 2A	(Faktisk 2A - Forventet 2A)^2 / Foventet 2A
respondentgruppe 2	Svar B	Faktisk 2B	Forventet 2B	Faktisk 2B - Forventet 2B	(Faktisk 2B - Forventet 2B)^2 / Foventet 2B
respondentgruppe 2	Svar C	Faktisk 2C	Forventet 2C	Faktisk 2C - Forventet 2C	(Faktisk 2C - Forventet 2C)^2 / Foventet 2C
SUM KJI-VERDI					SUM kji-kvadrat

Figur 7, egenprodusert mal for utregning av kjikkvadrat og p-verdi, eksempel for test med to respondentgrupper og 3 svaralternativer

SUM kjikkvadrat sjekkes mot kjikkvadrat-tabellen i den raden som hører til frihetsgraden testen utføres for. Frihetsgrad er et mål på i hvilken grad en modell kan variere. (Frøslie 2020) I oppgavens tester har det alltid vært to respondentgrupper. Testene i denne oppgaven har henholdsvis frihetsgrad 1 for to svargrupper og 2 for tilfeller med 3 svargrupper. I analysen er det oppgitt tre desimaler på p-verdiene, da det er tilstrekkelig for å si om det er over eller under 0,05.

### 5.5.3. Kvalitativ analyse av fritekstsvaer

I spørreskjema var det fire fritekstspørsmål. I både resultatbeskrivelsen og analysen av svar på disse spørsmålene er det ut fra alle svarene innen hvert spørsmål identifisert noen nøkkelord som går igjen i svar fra mange respondenter. Disse nøkkelordene sammen respektive synonymer har dannet kategorier som svarene er fordelt i. Svarene er så plassert i den kategorien de passer i. Svarene på disse spørsmålene har ingen statistisk verdi, men gir et innblikk i hva gruppen med respondenter har tenkt og uttalt om de aktuelle spørsmålene. Svarene blir i drøftingen sett opp mot svar på tilsvarende spørsmål som er stilt i brukerundersøkelsen fra KULE-prosjektet.

### 5.6. Validitet og reliabilitet

Validitet har tre perspektiv. Det ene er begrepsvaliditet som handler om hvorvidt data i undersøkelsen faktisk måler det teoretiske begrepet som en hadde tenkt å måle, og det andre er



intern validitet som handler om hvorvidt en har trukket rette slutninger om årsakssammenhenger i selve datamaterialet. Det tredje er ekstern validitet som handler om hvorvidt slutninger om årsakssammenhenger i materialet kan generaliseres fra den aktuelle undersøkelsen til andre situasjoner. (Bukve 2016)

Undersøkelsen er gjennomført i store klinikker med mange respondenter. Spørsmålene er stilt med utgangspunkt i en kjent IKT-innføring noe som bidrar til at spørsmålene er blitt relatert til noe respondentene kjenner seg igjen i. Begge disse momentene bidrar til å sikre validiteten i undersøkelsen.

Undersøkelsen ble sendt ut i epostgrupper i Outlook, som inneholder flere personer enn dem som vil oppleve at de har anledning til å svare på undersøkelsen (vikarer i småstillinger, personer som har byttet jobb (men ikke er fjernet fra epostgruppen) og personell som er ansatt etter at MEONA ble innført)

Spørreskjema er utarbeidet med tanke på å undersøke opplevelsen av involvering hos en bestemt populasjon. Med bakgrunn i det selvutviklede skjemaet gjengis innkomne svar uten å trekke allmenngyldige konklusjoner.

Reliabilitet handler om hvorvidt en undersøkelse er pålitelig. Pålitelighet innebærer at andre kan gjøre samme undersøkelse og komme frem til samme resultat. (Bukve 2016)

Det er en risiko for at det er dem som kjenner på sterke meninger enten i positiv eller negativ retning som velger å svare på en gitt undersøkelse. Som forberedelse til spørreundersøkelsen informerte ledere i klinikkene om undersøkelsen, og på den måten signaliserte at det var ønske om at den ble besvart av flest mulig.

## 5.7. Ethiske utfordringer

Spørsmålene som er stilt i oppgaven utløser ikke behov for å identifisere respondenter på andre nivåer enn hva rolle de jobber i. Dette har gitt mulighet for respondenten å kunne svare helt trygg for at hverken de selv eller klinikken de jobber i skal bli stigmatisert som følge av undersøkelsen. Det har også gitt en frihet til å kunne drøfte resultater uten å risikere å henge ut enkeltpersoner eller avdelinger.

I informasjonsskrivet som alle respondentene mottok ble de informert om formålet med undersøkelsen, at den var helt frivillig å delta i, og at svarene de ga ikke kunne spores tilbake til dem.

Lederne ble opplevd som positive til undersøkelsen, og de fortalte at de hadde anbefalt medarbeiderne sine å svare på den. En slik oppfordring fra leder kan ha gitt respondentene en opplevelse av at de burde svare.

Etter en tid ble det sendt ut en påminnelse om undersøkelsen i forsøk på å få inn flere svar. Også i denne eposten ble det presisert at undersøkelsen var frivillig, og dersom mottaker allerede hadde bestemt seg for å ikke svare, eller allerede hadde svart kunne de bare se bort fra påminnelsen.

## 6. RESULTAT OG ANALYSE

### 6.1. Resultat fra undersøkelsen

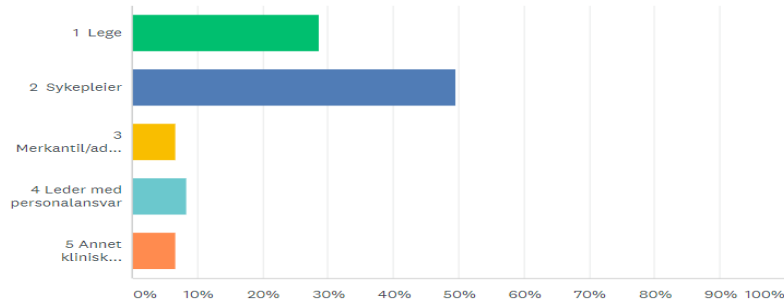
Undersøkelsen ble gjennomført i Kirurgisk klinikk, Ortopedisk avdeling og Medisinsk klinikk i Helse Bergen. Antall svar på undersøkelsen ble omtrent som forventet sett ut fra antall svar på brukerundersøkelser som KULE-prosjektet har gjort.

Antall besvarelser på undersøkelsen var 133, derav 66 sykepleiere, 38 leger og 29 var merkantile, ledere eller annet klinisk personell.

Svarene gjengis i dette avsnittet i den rekkefølgen spørsmålene ble stilt i spørreskjemaet.

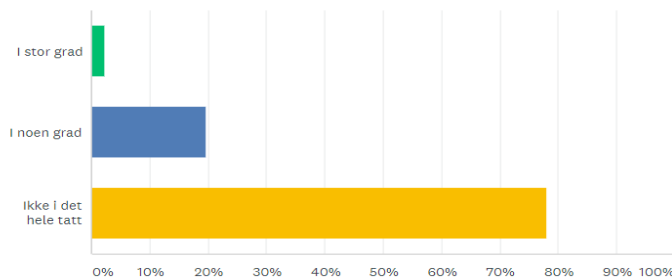
*SP 1 Hva jobber du som? (ledere velger alternativ 4 selv om de også skulle passe inn i andre kategorier)*

Besvart: 133 Hoppet over: 0



Figur 8, svarfordeling spørsmål 1 n= 133

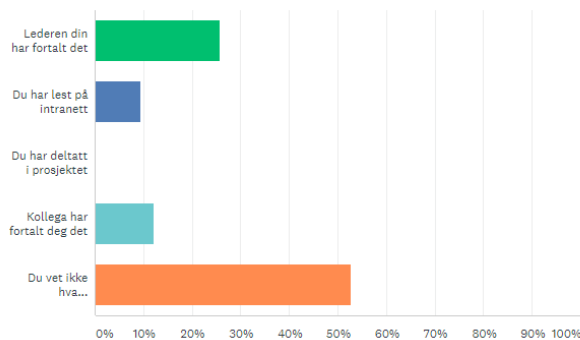
*SP 2 Har du vært involvert i å beskrive nytteeffektene av MEONA?*



Figur 9, svarfordeling spørsmål 2 n= 132

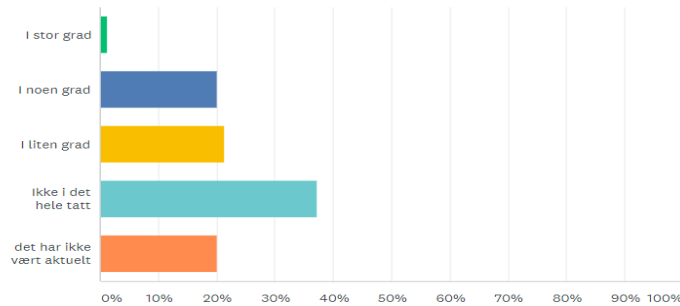
*SP 3 Du har svart at du ikke har vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene, hvordan fikk du vite hva som skal være nytteeffektene av MEONA?*

De som svarte ikke i det hele tatt i spørsmål to, fikk et tilleggsspørsmål om hvordan de har fått vite hva som skal være nytteeffektene av MEONA.



Figur 10, svarfordeling spørsmål 3 n= 75

SP 4 Har det vært tydelig for deg hvordan du skal gi innspill til Kuleprosjektet (innføring av MEONA)?



Figur 11, svarfordeling spørsmål 4 n= 75

SP 5 Skriv inntil 3 forbedringer du kjenner til som MEONA var ment å bidra til

Spørsmål 5 var et spørsmål med fritekstsvar, der respondentene ble bedt om å liste opp tre forbedringsområder de kjente til at MEONA skulle bidra til.

33 respondenter oppga tre forbedringspunkt, 10 oppga to forbedringspunkt og ni oppga et forbedringspunkt de kjente til.

I fritekstsvarene ble det funnet en del nøkkelord som gikk igjen i svarene. Disse er sortert i gruppene listet opp under. I parentes er tilsvarende ord som er plassert i kategorien.

**Bedre oversikt**

(Oversikt, tydelig, ryddig, oppdatering, samlet informasjon, helhetlig, systematisk, bedre plass)

Eksempel på svar

*tydeligere og mer korrekt dokumentasjon på legemiddeladm.*

**Økt pasientsikkerhet,**

(Sikkerhet, trygg, unngå feil, kontroll, legemiddelinteraksjoner, mindre feil, signering, korrekt oppdatering, dobbeltkontroll)

Eksempel på svar

*Kvalitetssikring av medikamentordinasjoner*

**Enklere arbeidshverdag**

(Forenkling, lett, effektiv, flere valg, planlegging, mindre skrivearbeid)

Eksempel på svar

*Forenkling i godkjenning og forordning av medikamenter*

**Økt tilgjengelighet av informasjon**

(Tilgjengelighet, informasjonsflyt, fjernordinasjon)

Eksempel på svar

*Tilgjengelig kurve for leger selv om de ikke er på posten*

**Digitalisering (bedre enn papir)**

(Digitalisering, spare papir, digitalisering er bedre)

Eksempel på svar

*Kurven er blitt digital! Helt nødvendig!*

**Bedre dokumentasjon/statistikk,**  
(Dokumentasjon, statistikk, ettersporbarhet)

Eksempel på svar

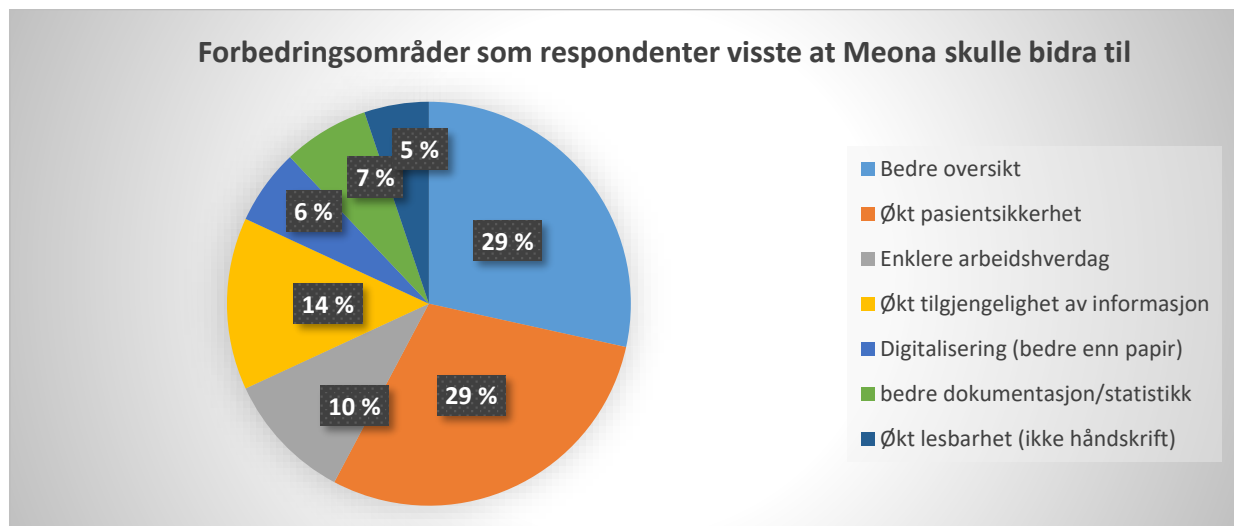
*statistikk- feks antibiotikaforbruk*

**Økt lesbarhet.**  
(Lesbart, forstå, tolke, tydelig skrift, misforståelse)

Eksempel på svar

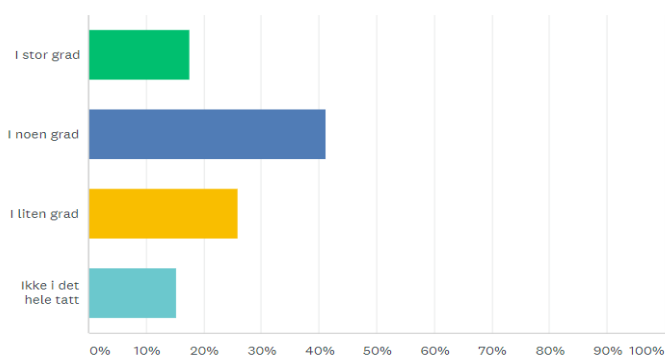
*forstå hva som er ordinert. Slippe å tolke skrift*

Disse grupperte nøkkelordene er basis for kategoriseringen av svarene i figur 11.



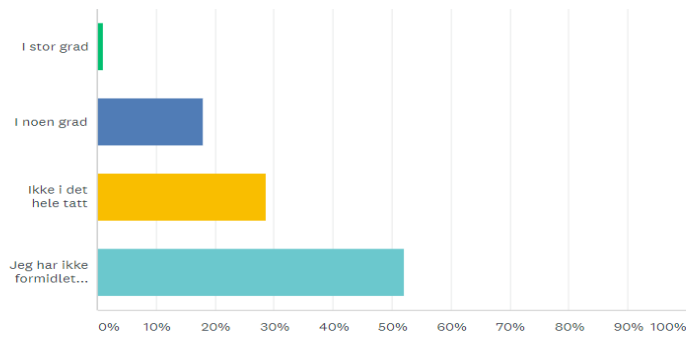
Figur 12, Svarfordeling spørsmål 5 n=128

SP 6 Har du fått informasjon om og forklaring på endring i arbeidsrutiner ved innføringen av MEONA?



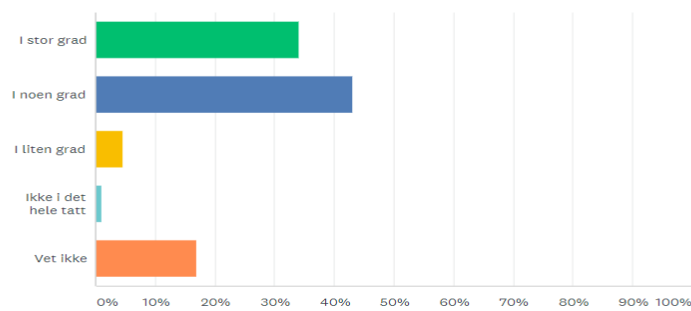
Figur 13, svarfordeling spørsmål 6 n = 94

SP 7 Opplever du at dine innspill har påvirket innføringen av MEONA?



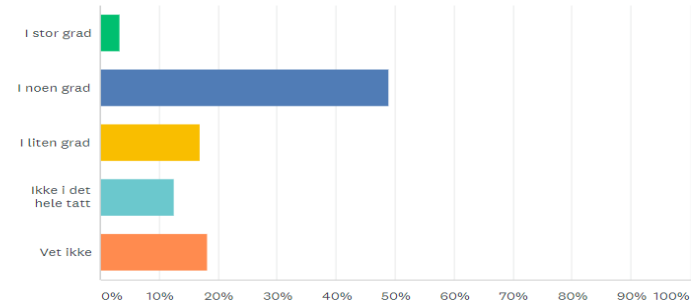
Figur 14, svarfordeling spørsmål 7 n= 94

SP 8 Mener du at disse effektmålene for MEONA er gode?



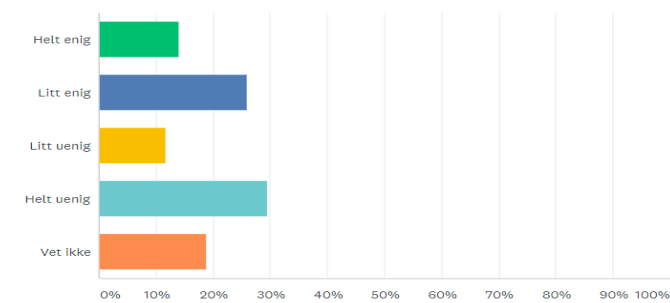
Figur 15, svarfordeling spørsmål 8 n=88

SP 9 Mener du at disse effektmålene for MEONA er realisert?



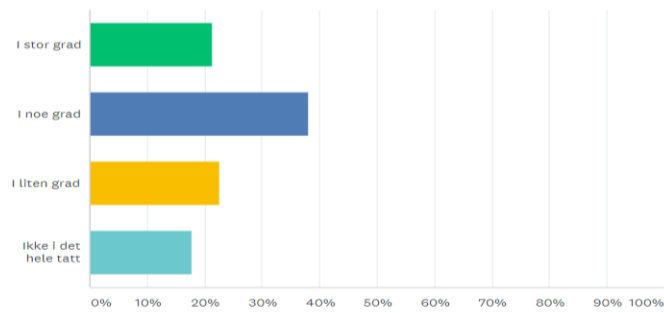
Figur 16, svarfordeling spørsmål 9 n= 88

SP 10 Hvor enig er du i påstanden: «Jeg bruker kortere tid på en del oppgaver takket være MEONA»?



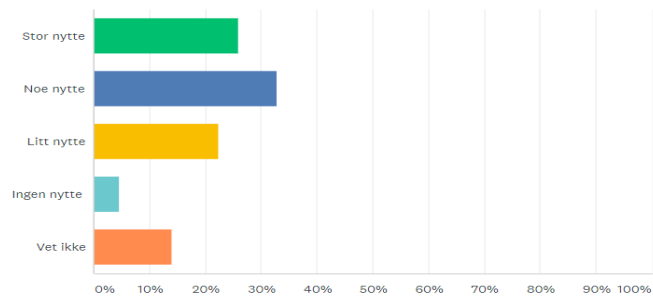
Figur 17, svarfordeling spørsmål 10 n=85

SP 11 Gir MEONA deg mer arbeid eller nye ulemper



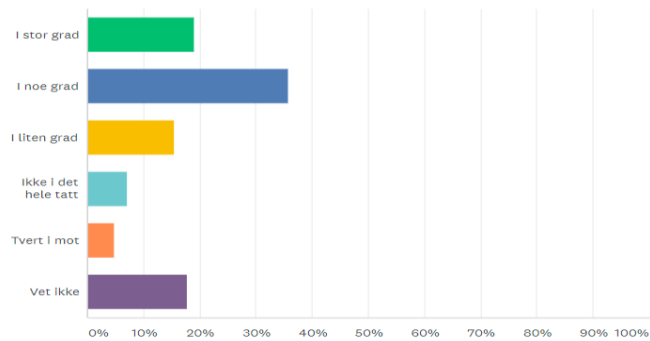
Figur 18, svarfordeling spørsmål 11 n=84

SP 12 Hvordan opplever du at MEONA gir kvalitativ nytte for din egen del?



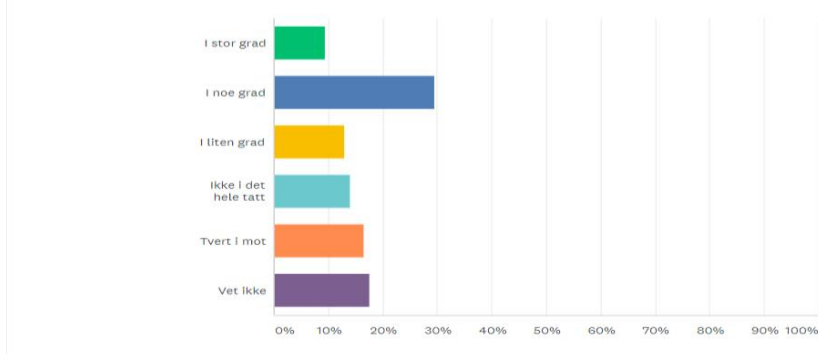
Figur 19, svarfordeling spørsmål 12 n=85

SP 13 Oppfatter du at MEONA har bidratt til høyere kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset?



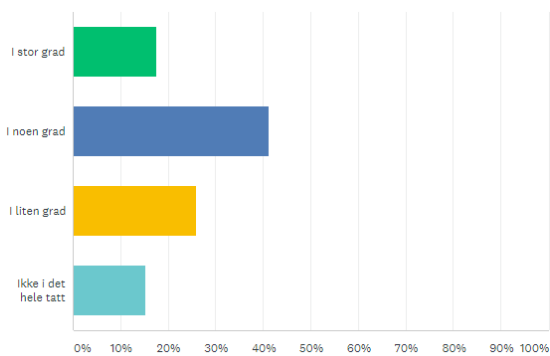
Figur 20, svarfordeling spørsmål 13 n=84

SP 14 Oppfatter du at MEONA har bidratt til at sykehuset har oppnådd høyere effektivitet?



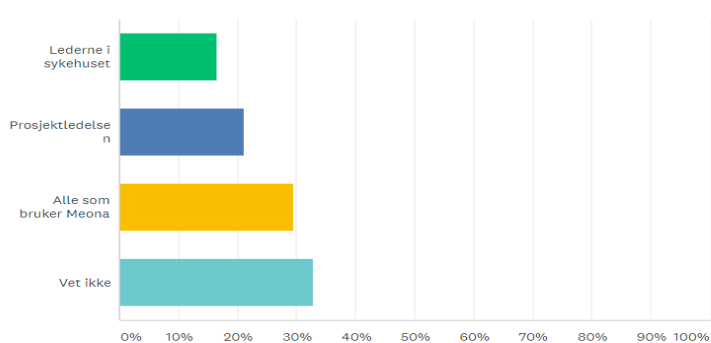
Figur 21, svarfordeling spørsmål 14 n=85

SP 15 Har du fått informasjon om og forklaring på endring i arbeidsrutiner ved innføringen av MEONA?



Figur 22, svarfordeling spørsmål 15 n=85

SP 16 Hvem mener du er hovedansvarlig for at nytteeffekter som følge av bruk av MEONA blir en realitet?



Figur 23, svarfordeling spørsmål 16 n=85

SP 17 Når du leser ordet gevinst knyttet til IKT-prosjekt, hva betyr ordet for deg?

Spørsmål 17 åpnet for fritekstsvar, med spørsmål om hva respondentene forstod med ordet gevinst knyttet til IKT-prosjekt var et fritekstfelt. Det ble funnet 3 nøkkelord som gikk igjen i svarene. Disse nøkkelordene var effektivitet, økonomi og kvalitet. Ordet effektivitet er likestilt med andre betegnelser som å utnytte ressurser og tidsbesparende. Ordet kvalitet er sidestilt med sikkerhet, forenkling, praktisk, fordel, nyttig og oversikt.

Det var en andel svar som ikke oppga en forståelse av ordet gevinst, men som enten signaliserte at spørsmålet var uklart eller at de oppfattet ordet som negativt uten å presisere hvordan. Noen svar inneholdt mer enn et nøkkelord og disse er satt i en egen kombinasjonskategori.

Eksempler på svar i kategorien uklart spørsmål, negativ oppfatning av ordet

*Løsninger utarbeidet av yrker som ikke kjenner faget*

*Tomt prat*

Eksempel på svar i kategorien høyere effektivitet

*Mer effektiv bruk av tid*

Eksempel på svar i kategorien økonomisk vinning

*at leiinga trur dei kan spare pengar*

Eksempel på svar i kategorien kvalitativ forbedring

*gevinst i form av økt kvalitet i behandling av pasienter, feks mindre komplikasjoner. At man har oppnådd noe i forhold til målet som var satt, ikke nødvendigvis økonomisk*

Eksempel på svar i kombinasjonskategorien effektivitet og forbedring

*Å kunne jobbe mer effektivt, og ha et godt system som fungerer for alle.*



Figur 24, svarfordeling spørsmål 17

*SP 18 Når du leser ordet nytteeffekt knyttet til et IKT-prosjekt, hva betyr ordet for deg?*

Spørsmål 18 åpnet for fritekstsvaer, med spørsmål om hva respondentene forstod med ordet nytte knyttet til IKT-prosjekt var et fritekstfelt. Det ble funnet 3 nøkkelord som gikk igjen i svarene. Disse nøkkelordene var effektivitet, forenklende og kvalitet. Ordet effektivitet er likestilt med andre betegnelser som tidsbruk og spart arbeid. Ordet kvalitet er sidestilt med nyttig, forbedring,



pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, kvalitet, bedre, komme til gode, positive konsekvenser og fordeler. Ordet forenkler er sidestilt med enkelt, lettere, praktisk, funker, brukervennlig.

Det var en andel svar som ikke oppga en forståelse av ordet nytte, men som enten signaliserte at spørsmålet var uklart eller at de oppfattet ordet som negativt uten å presisere hvordan. Noen svar inneholdt mer enn et nøkkelord og disse er satt i en egen kombinasjonskategori.

Eksempler på svar i kategorien uklart spørsmål, negativ oppfatning av ordet

*Idioti, tregt, lite bruker vennlig*

*Vet ikke*

Eksempel på svar i kategorien høyere effektivitet

*optimalisering av tidsbruk*

Eksempel på svar i kategorien kvalitativ forbedring

*at brukerne opplever positive konsekvenser i hverdagen etter innføring*

Eksempel på svar i kategorien enklere arbeidshverdag/brukervennlig

*Ordet for meg betyr at det vil lette arbeidet og forenkle metoder knyttet til IKT.*

Eksempel på svar i kombinasjonskategori

*Effektivitet og kvalitetsforbedring økt*

Svarene fordelte seg slik i kategoriene:



Figur 25, svarfordeling spørsmål 18

SP 19 Hva mener du er den viktigste forutsetningen for å realisere nytteeffekter når et nytt IKT-verktøy skal innføres.

Respondentene ble bedt om å rangere noen egenskaper ved nye IKT-verktøy som forutsetning for å realisere nytteeffekter fra viktigst angitt med verdi 1 til minst viktige angitt med verdi 5.

Alternativer	1 og 2	3 og 4	5
At det er tydelig hva du skal bruke IKT-programmet til	16	28	23
At IKT-programmet virker godt sammen med de andre programmene du bruker	29	28	10
At funksjonalitet i IKT-verktøyet og måten du jobber på er tilpasset hverandre	28	25	15
At det nye IKT-verktøyet har tilstrekkelig kvalitet til å løse oppgaven	27	33	8
At det er enkelt å bruke IKT-verktøyet riktig	40	21	11

Tabell 3, svarfordeling spørsmål 19 n=74

SP 20 Har du andre kommentarer eller råd til fremtidige IKT-innføringsprosjekter?

Til slutt i undersøkelsen ble respondentene spurt om de hadde noen kommentarer eller råd til fremtidige IKT-prosjekter. Her var det åpent for fritekstsvar, og det var 18 respondenter som svarte på spørsmålet.

I svarene var tre temaer som gikk igjen. I parentes er tilsvarende ord/fraser som er plassert i kategorien.

#### **Mer involvering av brukere** (hør på ansatte, involver, brukerpanel, spør klinikere)

Eksempel på svar i kategorien mer involvering av brukere

*Prosjekter som skal innføres bør i større grad involvere sluttbruker (f.eks leger og sykepleiere ved MEONA) FØR beslutning om innføring er tatt. Innspill fra sluttbruker må tillegges vekt i alle prosjektets faser*

#### **Tekniske egenskaper ved systemet** (ny digital grunnmur, pålogging, hente informasjon)

Eksempel på svar i kategorien bedre tekniske egenskaper ved IKT-systemet

*Generelt er det en stor tidstyv å logge på ulike pc-er i vaksituasjonen hvor man flytter seg rundt. I tillegg krasjer ofte alle de ulike programmene. Det jeg ønsker mest er effektiv pålogging og brukervennlige program som virker godt sammen. Da kunne man spart mye tid.*

#### **Fokus på opplæring og innføring** (superbrukere, lære, innføring)

Eksempel på svar i kategorien fokus på opplæring og innføring

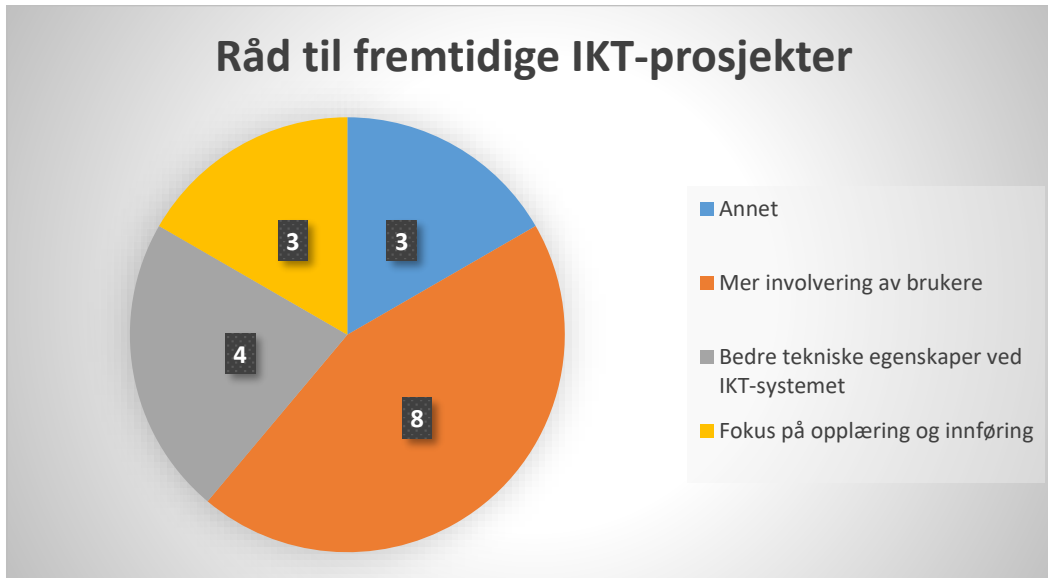
*travle dager gjør at IKT systemer må implementeres kjapt. De må være sikre og brukervennlige. Som pleiepersonell kan vi ikke sette oss inn i alle detaljer, så det er viktig med egne grupper på avdelingen som fungerer som superbrukere. Dessverre opplever jeg at det ALDRI er nok ressurser til å lære systemene ordentlig eller til å finne ut hvor en gir tilbakemeldinger når det er feil eller forbedringspunkt. IKT er også så langt vekke at de ikke*

*alltid kan fikse saken (de skjønner ikke alltid hva vi mener) og sakene avsluttes ofte før de er ordnet.*

Eksempel på svar som ikke har latt seg kategorisere

*MEONA har forbedret trolig pasientsikkerhet, men for meg som kirurg (som er overarbeidet fra tidligere), har MEONA medført merarbeid jfr tidligere papirkurver*

Svarene fordelte seg slik i kategoriene:



Figur 26, svarfordeling spørsmål 20

## 6.2. Analyse

I dette avsnittet presenteres resultatene fra undersøkelsen gruppert etter tre temaer. Spørsmål knyttet til involvering og målforståelse, spørsmål om opplevd resultat og til slutt spørsmål om gevinstrealisering. Svarene på spørsmålene i de ulike temaene sammenstilles opp mot hvordan respondentene har svart på spørsmål om deres opplevelse av involvering i å beskrive nytteeffektene av MEONA.

### 6.2.1. Svar på spørsmål om involvering og målforståelse knyttet til innføring av Meona

Det første spørsmålet respondentene fikk i spørreskjema etter å ha svart på hva rolle de har i sitt arbeid, var i hvilken grad de har opplevd å ha vært involvert i å beskrive de forventede nytteeffektene av MEONA. Opp mot problemstillingen er dette et kjernes spørsmål, og i presentasjonen av svar fra undersøkelsen vil andre svar fra spørreskjemaet presenteres opp mot svar på dette sentrale spørsmålet.

Jobber som	Har vært involvert i stor eller noen grad	Har ikke vært involvert i det hele tatt
Lege	3 (7,91)	34 (29,09)
Sykepleier	17 (13,89)	48 (51,11)
Merkantil/administrativ	0 (1,92)	9 (7,08)
Leder med personalansvar	5 (2,35)	6 (8,65)
Annet klinisk personell	3 (1,92)	6 (7,08)

Tabell 4, svarfordeling spørsmål 2, Forventet antall ved kji kvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,019

Tabell 4 viser at svarene fra undersøkelsen viser at leger og merkantile/administrativt ansatte svarer at de har vært mindre involvert i beskrivelsen av nytteeffektene enn det en ut fra utvalget skulle kunne forvente dersom alle yrkegruppene hadde vært involvert i samme grad. Samtidig viser svarene at sykepleiere og ledere på sin side svarer at de i større grad har vært involvert i å beskrive nytteeffektene enn det en ut fra utvalget skulle kunne forvente.

Som oppfølgings spørsmål til SP 2, ble respondenten som oppga at de ikke hadde vært involvert i å beskrive nytteeffektene av MEONA i det hele tatt spurt om hvordan de da hadde fått vite om hva som skulle være nytteeffektene av MEONA.

103 av 132 respondenter oppgir å ikke ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene og 39 oppgir at de fortsatt ikke vet hva nytteeffektene var ment å være. Samtidig svarer 68 av 88 respondenter at de mener at effektmålene fra KULE-prosjektets direktiv er gode når disse ble gjengitt i spørreundersøkelsen.

Av de 103 som svarte at de ikke hadde vært involvert i det hele tatt, oppga 26 respondenter at de hadde fått kjennskap til nytteeffektene enten fra leder eller via intranettet. 39 respondenter oppga at de fortsatt ikke vet hva de planlagte nytteeffektene skal være av MEONA.

52 av respondentene oppga ett eller flere forbedringsområder de kjente til at MEONA skulle bidra til. 58% av oppgitte forbedringsområder passer inn i kategoriene oversikt og pasientsikkerhet.

	Mener du effektmålene er gode		
	I stor / noen grad	I liten grad / ikke i det hele tatt	Vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (66)	47 (50,83)	4 (3,79)	15 (11,38)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	20 (16,17)	1 (1,21)	0 (3,62)

Tabell 5, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 8. Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,049

Tabell 5 viser at svarfordelingen antyder at respondentene som har vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene i større grad mener at effektmålene oppgitt i direktivet er gode, og at det er et høyere antall av dem som ikke har vært involvert som svarer ikke vet. Kjiqvadrattesten gir en p-verdi på 0,049, som er i grenseland for å kunne vurdere funnet som signifikant.

På spørsmål om det var tydelig for respondenten hvordan de skulle gi innspill til KULE-prosjektet, var det overraskende nok ingen i gruppen som hadde vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene som svarte. Resultatet gir ikke informasjon om det er forskjell i opplevelsen av tydelighet mellom gruppene, kun at blant dem som svarte på dette spørsmålet totalt var det 15 av 74 respondenter som opplevde det som tydelig hvordan de skulle gi innspill til KULE-prosjektet.

	Opplever du at dine innspill har påvirket innføringen av MEONA		
	I stor grad / i noen grad	Ikke i det hele tatt	Har ikke formidlet innspill
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (72)	8 (13,94)	19 (20,9)	45 (37,16)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	10 (4,06)	8 (6,10)	3 (10,84)

Tabell 6, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 7. Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes p-verdi 6,488E-05

Tabell 6 viser at det var signifikant sammenheng mellom graden av involvering i nytteeffektbeskrivelsen og i hvilken grad respondentene opplevde at deres innspill hadde påvirket innføringen

Av de totalt 18 som svarte at de har opplevd at innspillene har påvirket, oppgir 17 av dem at det er i *noen grad*. 27 svarer at de opplever at innspill ikke påvirker i det hele tatt.

	Har du fått informasjon og forklaring på endring i arbeidsrutiner ved innføringen av MEONA	
	I stor grad / noen grad	I liten grad / ikke i det hele tatt
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (72)	30 (36,39)	42 (35,61)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	17 (10,61)	4 (10,39)

Tabell 7, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 6 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes p-verdi 0,002

Tabell 7 viser at respondentene som oppga å ha opplevd å være involvert i beskrivelsen av nytteeffekter også i signifikant større grad har opplevd å ha fått informasjon og forklaring på endring i arbeidsrutiner.

46 av 93 av det totale antallet respondenter oppgir å ha opplevd å enten ikke få informasjon om endring i arbeidsrutiner knyttet til innføringen av MEONA i det hele tatt, eller kun i liten grad.

Spørsmål	Antall «vet ikke» blant dem som ikke har vært involvert	Antall «vet ikke» blant dem som har vært involvert
SP 8 Mener du at disse effektmålene for MEONA er gode?	15 (14, 14)	0 (0,86)
SP 9 Mener du at disse effektmålene for MEONA er realisert?	15 (14,14)	0 (0,86)
SP 10 Hvor enig er du i påstanden: " Jeg bruker kortere tid på en del oppgaver takket være MEONA" ?	13 (15,08)	3 (0,92)
SP 12 Hvordan opplever du at MEONA gir kvalitativ nytte for din egen del?	12 (11,31)	0 (0,69)
SP 13 Oppfatter du at MEONA har bidratt til høyere kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset?	12 (13,20)	2 (0,80)
SP 14 Oppfatter du at MEONA har bidratt til at sykehuset har oppnådd høyere effektivitet?	15 (14,14)	0 (0,86)

Tabell 8, fordeling av "vet ikke svar" Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,066

Tabell 8 viser at det er en overvekt av antall som svarer «vet ikke» blant respondentene som oppgir å ikke ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter, men det kan ikke fastslås at forskjellen er signifikant. Svarene «vet ikke» fordeler seg jevnt på de ulike rollene respondentene jobber som.

## 6.2.2. Spørsmål om opplevelse av resultat etter innføring av MEONA

	Mener du at effektmålene for MEONA er realisert?		
	I stor grad / noen grad	I liten grad / ikke i det hele tatt	Vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (66)	30 (34,90)	21 (19,72)	15 (11,38)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	16 (11,10)	5 (6,28)	0 (3,62)

Tabell 9, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 9 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes p-verdi 0,019

Tabell 9 viser at respondenter som oppga å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekten av MEONA i signifikant større grad svarte at de mente at effektmålene for MEONA (som var oppgitt i direktivet) er realisert.

	Oppfatter du at MEONA har bidratt til høyere kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset?		
	I stor grad / noen grad	I liten grad / ikke i det hele tatt / tvert i mot	Vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (62)	21 (25,64)	19 (16,38)	12 (9,97)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	15 (10,36)	4 (6,62)	2 (4,03)

Tabell 10, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 13 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes p-verdi 0,055

Tabell 10 antyder at respondentene som oppga å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene i noe høyere grad oppfatter at MEONA har bidratt til høyere kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset, og at respondentene som oppga å ikke ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene i høyere grad har svart «vet ikke» på spørsmålet. Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant.

	Oppfatter du at MEONA har bidratt til at sykehuset har oppnådd høyere effektivitet?		
	I stor grad /noen grad	I liten grad /Ikke i det hele tatt / tvert i mot	Vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (63)	18 (24)	30 (27,75)	15 (11,25)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	14 (8)	7 (9,25)	0 (3,75)

Tabell 11, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 14 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,003

Tabell 11 viser at respondentene som oppga å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter i signifikant høyere grad oppfatter at MEONA har bidratt til at sykehuset har oppnådd høyere effektivitet. En større andel av respondenter uten involvering i nytteeffektbeskrivelsen angir at de ikke vet om MEONA har gitt økt effektivitet.

	Jeg bruker kortere tid på en del oppgaver takket være MEONA		
	Helt enig / litt enig	Litt uenig / Helt uenig	Vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (63)	22 (24,75)	28 (26,25)	13 (12)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	11 (8,25)	7 (8,75)	3 (4)

Tabell 12, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 10 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,364

Tabell 12 viser at graden av involvering i beskrivelse av nytteeffekt ikke ga noen signifikant forskjellig opplevelse av å bruke kortere tid på en del arbeidsoppgaver.

	Hvordan opplever du at MEONA gir kvalitativ nytte for din egen del?		
	Stor nytte / noe nytte	Litt nytte / ingen nytte	Vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (63)	34 (36,75)	17 (17,25)	12 (9)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	15 (12,25)	6 (5,75)	0 (3)

Tabell 13, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 12 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,089

Tabell 13 antyder at respondenter som oppga å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter i høyere grad opplever at MEONA gir kvalitativ nytte for egen del, men forskjellen fra respondentene som oppga at de ikke hadde vært involvert er ikke signifikant.



	Gir MEONA deg mer arbeid eller nye ulemper	
	I stor grad / noen grad	I liten grad / ikke i det hele tatt
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (62)	38 (36,6)	24 (25,40)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	11 (12,40)	10 (8,60)

Tabell 14, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 11 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,473

Tabell 14 viser at involvering av beskrivelsen av nytteeffekter ikke gir noen signifikant forskjell i vurderingen av om MEONA gir mer arbeid eller nye ulemper.

På spørsmål om MEONA gir deg mer arbeid eller nye ulemper er det samlet 49 av 83 som svarer at de i stor eller noen grad opplever dette. Det er mer enn halvparten uavhengig av sortering på om respondentene har vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter eller ikke.

### 6.2.3. Spørsmål om gevinstrealiseringsarbeid

	Hvem mener du er hovedansvarlig for realisering av nytteeffekter?		
	Ledere	Alle brukere	Prosjektleder/vet ikke
Har ikke vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (63)	9 (9,75)	16 (18,75)	38 (34,50)
Har i stor eller noen grad vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene av MEONA (21)	4 (3,25)	9 (6,25)	8(11,50)

Tabell 15, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 16 Forventet antall ved kjiqvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,195

Tabell 15 vier at 46 av 85 respondenter svarer at de mener det er prosjektledelsen, eller at de ikke vet hvem som er hovedansvarlig for at nytteeffekter som følge av bruk av MEONA blir en realitet. Det er her ingen signifikant variasjon i forhold til involvering i beskrivelse av nytteeffekter.

4 av 7 ledere har angitt at det er alle som bruker MEONA som er ansvarlig for at nytteeffektene blir en realitet.

I spørreskjema var det to spørsmål om bruk av ordene «gevinst» og «nytte», for å få mer kunnskap om valg av ord kan påvirke hvordan gevinstrealiseringsarbeid blir oppfattet.

Blant alle respondentene var det omtrent like mange som ikke forstod spørsmålet eller som oppga en negativ oppfatning av henholdsvis «gevinst» og «nytte».

Dersom en slår sammen kategoriene kvalitetsforbedring og enklere arbeidshverdag i spørsmålet om nytte, er det omtrent tilsvarende antall svar som passer i retning av kvalitet/forenkende/brukervennlig for begge ordene.

Det var 7 som oppga økonomisk vinning knyttet til gevinst, mens det ikke var noen som oppga svar som passet i tilsvarende kategori for nytte.

For ordet nytte var det 16 som knyttet dette til effektivitet, mens det var 7 som gjorde det samme for gevinst.

På spørsmål om hvilke egenskaper ved IKT-systemet som er en forutsetning for å kunne realisere gevinster ble respondentene bedt om å rangere 5 forhåndsdefinerte egenskaper. Vektingen fordelte seg jevnt med en anelse overvekt på «at det er enkelt å å bruke IKT-verktøyet riktig». 40 av 74 respondenter rangerte dette som enten viktigst eller nest viktigst.

Helt til slutt ble respondentene bedt om å gi råd til fremtidige IKT-prosjekter som de mener kan resultere i at gevinster i høyere grad blir realisert.

Det var 18 som svarte på dette spørsmålet og av dem var det 4 som pekte på tekniske egenskaper ved systemet, og 11 som pekte på involvering og selve gjennomføringen inkludert opplæring som det viktigste å ivareta for å sikre realisering av gevinster.

## 7. DRØFTING

### 7.1. Oppsummering

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å se om målforståelse og opplevde nytteeffekter blir påvirket av i hvilken grad brukere har opplevd å ha vært involvert på i beskrivelsen av nytteeffekter. Det ble sendt ut spørreskjema til alle medarbeidere i tre store klinikker i et sykehus som har vært gjennom samme IKT-innføring. Funnene fra undersøkelsen blir drøftet mot funn fra andre undersøkelser knyttet til konkret IKT-innføring og kunnskap fra forskning.

Selv om det i undersøkelsen påvises samvariasjon, er det ikke ensbetydende med at det er involveringen i beskrivelsen av nytteeffekter som er årsak til at respondentene svarer som de gjør på andre spørsmål.

Det kan trekkes ut fire hovedfunn fra undersøkelsen:

Det var en positiv samvariasjon mellom grad av involvering i beskrivelsen av nytteeffekter og engasjement i form av å gi innspill til prosjektet, og grad av å oppleve at de får informasjon om endringer underveis.

Det var en positiv samvariasjon mellom grad av involvering i beskrivelsen av nytteeffekter og oppfatning av at effektmål i direktivet og effektivitet i sykehuset er oppnådd.

Det ble ikke påvist noen sammenheng mellom å akseptere målsettinger og det å ha vært involvert i beskrivelsen av dem.

Legene oppgir å være mindre grad å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter enn både sykepleiere og ledere.

### 7.2. Valg av metode

Undersøkelsen baserer seg på et spørreskjema hvor respondentene i utvalgte klinikker svarer på i hvilken grad de har opplevd brukerinvolvering, målforståelse, og hvordan de har opplevd nytteeffekter. Svarene angir brukeropplevelsen på et gitt tidspunkt, og det kan hende at de samme respondentene ville svart annerledes på noen av spørsmålene på et senere tidspunkt, fordi de potensielt da kunne ha en annen opplevelse av situasjonen på grunnlag av ny informasjon og/eller lengre tids erfaring med MEONA.

Fordelen med å benytte spørreskjema som er gjennomgående strukturert (16 av 20 spørsmål), har vært at det har gitt anledning til å inkludere relativt mange respondenter, og fortsatt ha mulighet til å

analysere innkomne svar på en strukturert måte med bruk av enkel statistisk analyse. I avveiningen mellom å undersøke i dybden hva få mener og i bredden hva mange mener, har jeg i denne undersøkelsen lagt vekt på det siste. Jeg innser at det å sende ut spørsmål med definerte svaralternativ til respondentene kan begrense mulighetene til å fange opp nyanser i brukernes opplevelser.

Forforståelse og forventninger kan også påvirke hva respondentene får anledning til å uttale seg om, og hvordan de får uttrykke seg. Forforståelse handler om at vi innretter fokus og tolker observasjoner gjennom kognitive rammer og mekanismer, som får oss til å kjenne igjen mønstre som vi er fortrolig med. Strengt tatt er ikke det vi oppfatter den sanne virkeligheten men vår tolkning av den. Bukve skriver at det er nærmere å si at vi re-presenterer enn at vi rekonstruerer når vi omtaler virkeligheten basert på vår tolkning og begrepsapparat. (Bukve 2016, s 29)

Det at spørreskjema er distribuert gjennom klinikkenes epostgrupper, har medført at det er et ukjent antall uaktuelle respondenter. Det har derfor vært vanskelig å beregne og vurdere en eksakt svarprosent. Antall respondenter som svarte på undersøkelsen, er omtrent som forventet sett ut fra erfaringene fra brukerundersøkelser som KULE-prosjektet har gjort. Spørsmålene har vært ganske generell for at flest mulig fra ulike brukergrupper skulle kunne svare. Det er ikke tatt med spørsmål i spørreskjema om hvorvidt respondenten var bruker av MEONA, eller hvorvidt respondenten var ansatt ved innføringen av MEONA. Slike spørsmål kunne gitt mer detaljert informasjon, men trolig også større kompleksitet med flere faktorer å vurdere.

### 7.3. Overførbarhet

Undersøkelsen er begrenset til tre store klinikker i et stort helseforetak og er knyttet til en spesifikk IKT-innføring. Resultatet representerer noen store enheter med vide fagområder og som har gått fra papirbasert system til elektronisk system. Resultatene vil ikke nødvendigvis være representative for mindre enheter med smalere fagfelt. For å trekke generelle slutninger, vil det være nødvendig med tilsvarende undersøkelser i andre enheter og sykehus, og knyttet til andre IKT-innføringer.

De fire hovedfunnene har litt ulik karakter ettersom noen av dem har sterkere knytning til MEONA enn andre. Dette påvirker overførbarheten, og kommenteres særskilt for hvert funn.

### 7.4. De fire hovedfunnene

#### 7.4.1. Involverte i beskrivelsen av nytteeffekter gir mer innspill til prosjektet og oppfatter å få mer informasjon om endringer underveis

Undersøkelsen viser en positiv samvariasjon mellom å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter og å ha gitt innspill og hatt opplevelse av påvirkning i prosjektet.

Dette har også vært sett på som viktig i litteraturen. Blant annet har Ward & Daniel nevnt det å samarbeide, alternativt forhandle om endring som mulige strategiske tilnærminger ved endringsledelse.

En mulig forklaring på denne sammenhengen kan være at de som opplever å ha vært påkoblet fra start i utformingen av forventede nytteeffekter, opplever et eierskap til prosessen og at det er naturlig å fortsette samarbeidet inn mot prosjektet ved å gi innspill. Siden de har vært tidlig påkoblet kan det også være lettere gjenkjennelig for dem hvilke endringer som skjer, og om disse er i tråd med forslagene de har spilt inn.

En annen forklaring kan være knyttet til personlighetstrekk, der de som gir innspill til et prosjekt kanskje oftere er personer som lett lar seg engasjere, har klare meninger og vilje til å uttale dem. Det

kan være slike personlighetstrekk som gjør at det er de samme personene som engasjerer seg i gjennomføring av nytteeffektene.

Personer som tidlig har vært involvert, for eksempel i beskrivelse av nytteeffekter, vil også gjerne være kjente for prosjektledelsen, og på den måten kan det hende at de oftere blir direkte spurt om sine meninger. På grunn av gjenkjennelse på person blir kanskje også henvendelser som de sender inn til prosjektet, oftere vurdert og fulgt opp.

Resultat fra KULE-prosjektets brukerundersøkelse beskriver at informasjon om tilgjengelig funksjonalitet og viktige beskjeder om MEONA ofte ikke når ut til sentrale brukere, og at brukere ikke kjenner rutinene for hvordan slik informasjon deles. Denne oppgaven viser økt sannsynlighet for å få med seg informasjon om endringer underveis når en har opplevd å være med på å beskrive nytteeffektene i utgangspunktet. Dette kan forklares med at de som er påkoblet fra start har en annen innstilling til prosjektet, som gjør at de er mer oppmerksomme og fanger opp informasjonen i større grad.

Det kan være slik at de som ikke opplever å ha vært påkoblet fra start, mangler grunnleggende informasjon om hvordan prosjektet jobber, og at de på sett og vis derfor gir litt opp. Manglende engasjement i beskrivelsen av nytteeffekter kan også medføre at de ikke får den «sense of urgency» som Kotter sier er så viktig for at de skal gi det ekstra underveis for å både få til endringene og forstå hvordan nye ting henger sammen.

I foreliggende undersøkelse svarte 32 respondenter at de ikke hadde gitt innspill til prosjektet. Det er ikke angitt hva som er årsak til dette, men det kunne vært et interessant oppfølgingspunkt for å lære mer om hva som hindrer brukere i å vise engasjement og gi innspill i pågående prosjekt.

Undersøkelsen viser at det er en sammenheng mellom involvering i beskrivelsen av nytteeffekter og det å gi innspill og få med seg informasjon senere i prosjektet. Som jeg har drøftet er det ikke sikkert at det er den tidlige involveringen som er årsak til de andre resultatene, det kan være flere og kombinerte årsaker som leder til at disse observasjonene følger hverandre.

Svarene knyttet til tidlig involvering i gevinstarbeidet er ikke spesifikt knyttet til MEONA som system eller til elektronisk kurve som type IKT-verktøy. Det er av den grunn naturlig at denne sammenhengen er av generisk karakter og kan være gjeldende for ulike typer IKT-innføringsprosjekter med tilsvarende populasjonsprofil.

#### 7.4.2. Involverte i beskrivelsen av nytteeffekter oppfatter en høyere grad av oppnåelse av direktivets effektmål, og oppnådd effektivitet i sykehuset

Undersøkelsen viser en positiv samvariasjon mellom involvering i beskrivelsen av nytteeffekter og oppfatning av at effektmål i direktivet og effektivitet i sykehuset er oppnådd.

Denne delen av undersøkelsen er tett koblet til MEONA som system og hvordan brukerne opplever resultater av funksjonalitet i MEONA. Det er således ikke sikkert at dette funnet er overførbart til andre IKT-innføringer.

Et av effektmålene i direktivet var å effektivisere arbeidsprosesser i klinikken. Her har HELIKS gjort måling på at sykehuset kan ha spart 42 årsverk gjennom 15 minutter spart tid ved hvert vaktskifte. Gevinsten er omtalt som en teoretisk regneøvelse i gevinstrapporten, og det er ikke angitt at sykehuset faktisk har redusert noen årsverk som følge av MEONA-innføringen.

Flere av prosjektdirektivets mål var rettet mot kvalitative forbedringer, som for eksempel å redusere antall unngåelige, uheldige legemiddelhendelser og å understøtte et helhetlig pasientforløp.

Gevinstrapporten til HELIKS refererer ingen objektive målinger utført på de kvalitative effektmålene som var angitt i prosjektdirektivet for KULE-prosjektet.

I denne oppgavens undersøkelse svarer totalt 49 av 84 respondenter at MEONA gir kvalitativ nytte for egen del. Uavhengig av om en har opplevd involvering i beskrivelsen av nytteeffekter eller ikke, angir altså over halvparten at MEONA gir dem kvalitativ nytte.

Skriubakken fant i sin undersøkelse at blant lærere var det deres engasjement og verdsettelse som ledet dem til å utnytte fragmenterte tidsgevinster som 15 minutter ved vaktskifter er eksempel på. I Skriubakken sin undersøkelse medførte det økt kvalitet i arbeid overfor elevene. Det kan hende at det er tilsvarende prosess vi ser her, at helsepersonell opplever frigjort tid, og bruker denne etter beste faglige evne for å levere best mulig helsetjeneste til pasientene.

Hos både Revang og Kotter finner vi klare råd om at det er viktig å vise at endring fører til resultater, både for å opprettholde motivasjon til å fortsette jobben og for at endringen skal føre til at en oppnår virksomhetsmålene. En tydeligere påvisning av resultater kan derfor gi større opplevelse av nytte og bedre brukertilfredshet.

En mulig forklaring på at de med tidlig involvering ser flere oppnådde resultater enn de andre, kan være at de som resultat av sin involvering opplever et form for eierskap og forventninger til forventede nytteeffekter, og bevisst eller ubevisst bidrar til at de oppnås. Jurison beskriver at ulike interessenter kan ha ulike opplevelser med den innsatsen de må legge inn og effektene de får ut av et prosjekt. (Jurison 1996) En slik potensielt skjev fordeling av byrde og fordeler kan muligens være lettere å forstå og akseptere for dem som har vært med å beskrive nytteeffektene i starten.

Revang uttaler at høyt utdannede medarbeidere gjerne forventer mulighet til å utforme sine arbeidsoppgaver og delta i strategiske vurderinger. (Revang 2017, s 39) Snudd på hodet kan en se for seg at de som ikke opplever å bli inkludert i en slik prosess om nytteeffekter, ikke bare forblir uinteresserte, men kanskje i større grad reagerer med motstand mot endringen de opplever at de blir utsatt for uten å kunne påvirke den. Grunnen kan være dels at de ikke forstår selve endringen, dels at de ikke forstår eller aksepterer at det kan være «riktig».

Akkurat som ved det første hovedfunnet kan mye også i denne sammenhengen handle om personlighetstrekk, ved at de som lar seg involvere i beskrivelse av nytteeffekter også er personer som lettere ser og anerkjenner effekter av endringer som er gjort. Eller sagt på en annen måte, at de som ikke registrerer forbedringer etter endringer, heller ikke er typen personer som lar seg involvere i arbeids som beskrivelse av nytteeffekter.

KULE-prosjektets brukerundersøkelse viser at mange oppfatter MEONA som lite brukervennlig. Det vil selvsagt påvirke hvordan en svarer på spørsmål om oppnådde resultater. Respondentene i min undersøkelse er fra tre store generelle klinikker som både driver medisinsk og kirurgisk behandling. Funksjonaliteten de benytter i MEONA er lik, og behovene de har for funksjonalitet er i stor grad lik innad i hver av de tre klinikkene. En kan derfor forvente at de i hver brukergruppe vil være like fornøyde eller misfornøyde med funksjonaliteten i MEONA. Det vurderes derfor som lite sannsynlig at funksjonaliteten i seg selv påvirker svarfordelingen og fører til feiltolkning av sammenhengen mellom involvering i beskrivelsen av nytteeffekter og det å se/gjenkjenne oppnådde resultater.

Som tidligere drøftet er det ikke sikkert at tidlig involvering er årsak til de andre resultatene, det kan være flere årsaker, og gjerne kombinasjoner av disse som leder til at disse observasjonene følger hverandre.

Det er i denne sammenheng interessant å se på KULE-undersøkelsen, som viste klar sammenheng mellom lav skår på spørsmål «Jeg har fått tilstrekkelig opplæring til å ta i bruk elektronisk kurve på en forsvarlig måte» og 1) lav skår på generelt inntrykk av systemet, 2) hvor godt de synes det er tilpasset deres arbeid, og 3) tillit til at systemet reduserer legemiddelfeil. Dersom en tolker opplæring som en form for informasjon om systemet/endringer, så kan det altså se ut til at informasjon om systemet underveis kan påvirke hvordan man vurderer egnetheten og tilfredsheten med systemet.

Det kan hende at dette hovedfunnet i min undersøkelse hadde sett annerledes ut dersom det hadde vært publisert og gjort kjent for respondentene målinger som tydelig viste hvilke effekter MEONA har hatt på kvalitet i pasientbehandlingen.

Gevinstrealisering er en iterativ prosess, og sykehuset fortsatt har mulighet til både å gjøre nye tiltak for å påvirke resultatet av MEONA-innføringen, og til å gjøre målinger som viser hvordan innføringen har påvirket kvalitet i pasientbehandlingen. Slike målinger kan gjerne inngå den ordinære kvalitetsoppfølgingen i sykehuset.

#### 7.4.3. Aksept av mål er ikke avhengig av involvering

Undersøkelsen påviser ikke noen samvariasjon hverken positivt eller negativt mellom det å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter og å mene at direktivets effektmål gjengitt i spørreskjemaet er gode.

Her kan det hende at respondentene svarer at de oppfatter effektmålene som gode fordi de samsvarer med det de ut fra egne faglige verdier oppfatter som viktige. Funnet antyder at det ikke er nødvendig å ha vært med på utformingen av mål for å kunne akseptere dem som gode.

I foreliggende undersøkelse svarte 39 av 133 respondenter at de ikke visste hva nytten med MEONA skulle være før de fikk det referert i undersøkelsen.

Dette gir anledning til å reflektere over Kotter sine anbefalte trinn i en endringsprosess, der det å skape en endringsvisjon og kommunisere denne beskrives som to viktige forutsetninger for å sette en organisasjon i stand til å starte med nødvendige endringer.

Denne oppgavens undersøkelse tyder på at endringsvisjonen ikke fullt ut hadde nådd frem til de respondentene som ikke var med på å beskrive nytteeffektene. Dette ser ikke ut til å ha fått betydelige konsekvenser for innstilling til målbildet som er laget, men kan, som indikert i de to første hovedfunnene, ha påvirket opplevelsen av hvorvidt målbildet er oppnådd.

Dette hovedfunnet er i liten grad direkte knyttet til MEONA som system eller til elektronisk kurve som type IKT-verktøy. Funnene vurderes derfor som relevante også for andre IKT-innføringer.

#### 7.4.4. Leger mindre involvert i beskrivelse av nytteeffekter

I foreliggende undersøkelse var det et lavere antall leger som oppga å ha vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter enn man ut fra utvalget skulle kunne forvente.

Prosjektledelsen uttaler at de hadde god tilgang til kliniske ressurser (inkludert leger) i de tidlige fasene, der effektmålene tidsmessig er blitt til, mens tilgangen har blitt dårligere etter at innføringen startet.

En forklaring på dette resultatet kan være at de klinikerne som var med i tidlige faser og som var med på beskrive nytteeffektene, i noen tilfeller ikke lenger jobber i sykehuset, eller at de involverte legene ikke har vært respondenter denne undersøkelsen. En annen forklaring kan være at klinikerne som var med i tidlige faser av prosjektet ble brukt til andre oppgaver enn å beskrive nytteeffektene. Det er

ikke tilgjengelig informasjon i oppgavens datagrunnlag eller bakgrunnsmateriale til å vurdere hvilken forklaring som er mest sannsynlig.

Både Kotter og Revang understreker at det er spesielt viktig å involvere medarbeidere med høyere utdanning når det skal innføres endringer. De sier på hver sin måte at dersom denne gruppen ikke blir involvert, kan en forvente protester og motstand mot endringen.

Det kan hende at kombinasjonen av at leger med sin høye utdanning og manglende opplevelse av å ha blitt involvert, påvirker både hvordan innføringen har latt seg gjennomføre og hvordan en oppfatter resultatene etterpå.

I den grad kombinasjonen høy utdanning og lav grad av involvering får negative konsekvenser, kan en samtidig oppleve at dette oppveies av det Skriubakken finner i sin undersøkelse, nemlig at fagpersonene i kraft av sine verdier og fagnormer ofte gjør det beste ut av de endringene som kommer uansett.

## 7.5. Andre interessante funn

Det ble stilt noen spørsmål som ikke var direkte relevante for problemstillingen, og noen spørsmål ga ikke noe klart bilde av sammenheng med grad av involvering. Disse spørsmålene ledet likevel til noen interessante funn som drøftes kort.

### 7.5.1. Ansvar og roller i gevinstrealisering lite kjent

Undersøkelsen tilsier ikke at de som har vært involvert i beskrivelsen av nytteeffekter, har annen eller mer kunnskap om roller og ansvar for gevinstrealisering enn de som ikke har vært involvert i planarbeidet. Det er likevel en interessant observasjon at av antallet respondenter på 85 som svarte på dette spørsmålet, oppgir 46 at de tror det er prosjektleder som er ansvarlig for gevinstrealisering, eller at de ikke vet hvem som har ansvaret.

Peppard, Ward og Daniel er i sin artikkel fra 2007 tydelige på at IT-personell og prosjektmedarbeidere ikke kan være ansvarlige for IKT-investeringer. (Peppard, Ward og Daniel 2007) I tillegg finner Daur og Tverberg i sin masteroppgave fra 2018 at tydelige roller og ansvar er en av de viktige faktorene for å lykkes med gevinstrealisering som de finner i sin litteraturgjennomgang. (Skriubakken 2019 / Daur, Tverberg 2018)

Helse Vest sitt rammeverk for gevinstrealisering er også tydelig på at ansvaret for gevinstrealisering ligger i virksomheten: «Ledere har det operasjonelle ansvaret for implementering av forandringer, og for å høste gevinster i en avgrenset del av organisasjonen» (Helse Vest 2016)

Samtidig finner en ikke rollen gevinstansvarlig i rammeverket til Helse Vest. Det nærmeste en finner er gevinstansvarlig: «Gevinstansvarlige er som regel ikke en del av prosjekt/program-organisasjonen, men ivaretar implementering av prosjektenes leveranser i egen driftsorganisasjon/linje.» (Helse Vest 2016)

Opgaver som ligger til gevinstansvarlig er i rammeverket oppgitt å implementere forbedringer i driften, måle fremdrift i gevinstrealiseringen og koordinere aktiviteter for å sikre at gevinstene kan måles i egen del av organisasjonen når prosjektet er avsluttet.

Når en så stor andel av respondentene ikke er klar over at ansvaret ligger hos lederne i virksomheten, gir det mistanke om at en kan ha gått glipp av gevinster. I en situasjon der flere venter på at noen andre skal ta ledelsen på å få en jobb gjort, i dette tilfelle tiltak for å realisere gevinster, er det stor risiko for at det blir gjort lite eller ingenting. Innføringen av MEONA eller et annet IKT-system alene sikrer ikke realisering av gevinster. Dette finner vi at Ward, Daniel, Peppard og Flak er enige om. Det må i tillegg gjøres målrettede tiltak for å endre måten helsepersonell jobber på.

I den årlige gevinstrapporten fra HELIKS kommenteres det avslutningsvis at det hverken i 2018 eller i 2019 har vært fremmet saker til styringsgruppen som går på gevinstrealisering spesifikt.

Nå kan det hende at det er gjort tiltak og endringer av «noen» uten at respondentene i min undersøkelse har vært oppmerksom på hvem som har eller har hatt ansvaret, eller at gevinstrealiseringen har vært formelt behandlet i styringsgruppen. Det kan likevel være potensiale for realisering av uforløste gevinster ved at ledere i sykehuset setter i gang tiltak for å motivere medarbeidere til å gå inn i endringsprosesser.

#### 7.5.2. Valg av ord; gevinst eller nytte er ikke så viktig

Ved inngangen til dette prosjektet kunne dialog med helsearbeidere antyde at ordet gevinst var svært belastet. Bruken av ordet har blitt sammenlignet med «å vifte med en rød klut». Uten at spørsmålene 17 og 18 i spørreskjema direkte ville gi et svar på hvorvidt involvering i å beskrive nytteeffekter påvirker opplevelsen av nytte, ble spørsmålene stilt for å undersøke om måten en snakker om gevinstrealisering på alene kan påvirke resultatene i noen retning.

Svarene på undersøkelsen viser at ordet gevinst oppfattes hverken mer eller mindre provoserende enn ordet nytte. Det er omtrent like stort antall som oppfatter gevinst som enten provoserende eller uforståelig som antallet som oppfatter nytte på samme måte. I svarene som indikerer provokasjon, brukes ord som går i retning av at det oppleves som tomt prat, og i verste fall maktmisbruk.

*Gevinst brukes av de som innfører, men de har ikke omkostningene/belastningen. "Gevinst" er retorikk brukt i maktkamp.*

*Tomt prat og merarbeid*

En kan ane at forhold til ordbruken for noen av respondentene oppleves som uttrykk for maktrelasjon slik som kunnskapsdepartementet skriver. (Kunnskapsdepartementet 2008)

Undersøkelsen viser at det var ingen som koblet ordet nytte til økonomi, mens ordet gevinst ble koblet til økonomi av flere. Dette er for så vidt ikke en stor overraskelse gitt tradisjonell bruk av ordet gevinst som omtalt i teorikapittelet. Et funn å merke seg er at det er en noe større kobling av begrepet effektivitet til ordet nytte enn til ordet gevinst.

Det er ikke noe i undersøkelsen som tyder på at valg av ord i seg selv ikke vil gjøre helsepersonell mer eller mindre positivt innstilt til gevinstrealisering. Det kan imidlertid være greit å være bevisst på at uten ytterligere presiseringer kan forståelsen av og forventingen til de to ordene gå i litt ulike retninger. Det viktigste vil uansett være, som Kotter understreker, å formidle tydelig behovet og visjonen for endringen som skal skje. (Kotter 2012, s 34)

#### 7.5.3. Respondenter har opplevd nye oppgaver / ulemper

Uten at det synes å ha noen tydelig kobling til graden av involvering i beskrivelse av nytteeffekter, var det så mange som 49 av 83 som oppga at de i stor grad eller noen grad har opplevd at innføringen av MEONA har gitt dem nye arbeidsoppgaver eller ulemper.

Jurison forklarer at det vil være ulik oppfatning av hvilke effekter ulike interessenter får ut fra et prosjekt. Samtidig sier han at det er viktig å finne en balanse mellom innsats og gevinster, og fordele gevinstene så rettferdig som mulig. (Jurison 1996) Min undersøkelsen går ikke inn i hvorvidt respondentene opplever å ha fått noen form for kompensasjon for merarbeidet eller ulempene de svarer at MEONA har påført dem. En slik kompensasjon kunne for eksempel vært avlastning fra andre oppgaver. I den grad medarbeidere opplever mer ulemper enn gevinster ved en IKT-innføring, er det sannsynlig at de vil motsette seg endringen. (Jurison 1996)



Merarbeid og ulemper som respondentene oppgir etter innføringen av MEONA kan handle om funksjonalitet og brukervennlighet, men det kan også handle om forskyvning av oppgaver.

Det kunne vært en spennende oppfølging etter innføringen av MEONA å undersøke mer spesifikt hva slags merarbeid og ulemper brukerne opplever, og gjøre en vurdering av om fordelingen av nytte og ulemper/merarbeid kan oppfattes som rettferdig, eller om det er på sin plass å gjøre noen tiltak for å kompensere helsepersonell som har kommet urimelig dårlig ut av innføringen.

KULE-prosjektets brukerundersøkelse angir at områder brukerne melder som særlig utfordrende blant annet handler om kontekstproblematikk, heng i DIPS (pasientjournalssystemet), at MEONA krever omstart, manglende integrasjoner og påloggingsproblematikk.

Svarene som vedrører endringer i arbeidsoppgaver, er tett koblet til MEONA som system og hvordan brukerne opplever resultater av funksjonalitet MEONA gir. Det er derfor ikke direkte overførbare til andre IKT-innføringer med tilsvarende populasjonsprofil. Prinsippet med å overvåke balansen mellom fordeler og ulemper etter en IKT-innføring vil likevel kunne være et fornuftig de fleste prosjekter.

## 8. KONKLUSJON

Moderne forskning omkring gevinstrealisering i IKT-prosjekter har påpekt at ønskede nytteeffekter som regel avhenger av at brukerorganisasjonen utnytter de nye IKT-verktøyene til å skape nye og effektive arbeidsprosesser. Det er naturlig å tenke seg at planlegging og gjennomføring av slike endringsprosesser er lettere å realisere dersom brukerne også har vært med å utforme prosjektets mål bilde.

For å vurdere om slik tidlig brukerinvolvering kunne påvirke senere opplevelse av oppnådd nytte i et IKT-prosjekt, gjennomførte jeg en skjemasert brukerundersøkelse etter innføring av et nytt, elektronisk kurvesystem i tre større somatiske sykehusavdelinger i Helse Vest. Undersøkelsen viste en positiv samvariasjon, men ikke nødvendigvis direkte årsakssammenheng, mellom involvering i å beskrive nytteeffekter og følgende funn:

- Økt engasjement gjennom prosjektperioden i form av å gi innspill til prosjektet og holde seg orientert om endringer.
- Mer opplevelse av at innføringen har gitt gode resultater.

Det er ikke påvist at mål bildeforståelsen eller aksept av mål blir påvirket av involvering i beskrivelsen av nytteeffekter.

De undersøkte sykehusenhetene gikk fra papirbasert kurve til elektronisk kurve, og overføringsverdien til andre IKT-innføringer i tilsvarende store somatiske klinikker er sannsynlig, men det er nødvendig med flere studier for å bekrefte dette.

Undersøkelsen påviser ikke noen negative samvariasjoner mellom involvering i å beskrive nytteeffekter og det en kan kategorisere som positive resultat fra de andre spørsmålene som er blitt stilt. Det indikerer at selv om det kan være noe usikkerhet omkring nyttegraden av tidlig brukerinvolvering, så ser det ut til å være lite risiko for at en oppnår svakere mål forståelse eller gevinstresultater ved å involvere brukere i å beskrive og planlegge nytteeffekter.

## 9. ORDFORKLARINGER

---

### **D**

DIPS · 17  
Dobbeltbindinger · 29  
Dokumenterte gevinster · 21

---

### **E**

Effektiviseringsgevinster · 18  
Endringsledelse · 28

---

### **F**

Fragmenterte tidsgevinster · 21

---

### **G**

Gevinst · 18  
Gevinsteier · 27  
Gevinstplanlegging · 19

---

### **H**

HELIKS  
  Program HELIKS · 14  
HF  
  Helseforetak · 14

---

### **I**

Ikke-parametrisk · 39  
Interessent · 26

---

### **K**

Kjikkvadrattest · 39  
KULE  
  KULE-prosjektet · 14  
Kvalitetsgevinster · 18

---

### **M**

Meona · 14

---

**N**

Netto nytte · 22  
Nullinjemåling · 21  
Nullinjemålinger · 21

---

**O**

Oppgaveforskyvning · 21

---

**R**

Reliabilitet · 41  
RHF  
    Regionalt helseforetak · 11

---

**V**

Validitet · 40

## 10. FIGUROVERSIKT

Figur 1, sammenheng opplæring og tre andre sentrale spørsmål (Kule-prosjektet 2020 .....	17
Figur 2, Benefitmanagement s 76, oversatt .....	19
Figur 3, Deming sirkel, Helsebiblioteket ( <a href="https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hvordan-skape-forbedring">https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hvordan-skape-forbedring</a> ) .....	20
Figur 4, Prosjektprosessen (prosjektveiviseren.no lastet ned desember 2020) .....	22
Figur 5, interessentanalyse, motstandere av tiltak (DFØ, fagområde gevinstrealisering 2020) .....	29
Figur 6, Kotter 2012 prosessteg i endringsarbeid som liste s 34, oversatt og tegnet som figur .....	32
Figur 7, egenprodusert mal for utregning av kjkvadrat og p-verdi, eksempel for test med to respondentgrupper og 3 svaralternativer .....	40
Figur 8, svarfordeling spørsmål 1 n= 133 .....	42
Figur 9, svarfordeling spørsmål 2 n= 132 .....	42
Figur 10, svarfordeling spørsmål 3 n= 75 .....	42
Figur 11, svarfordeling spørsmål 4 n= 75 .....	43
Figur 12, Svarfordeling spørsmål 5 n=128 .....	44
Figur 13, svarfordeling spørsmål 6 n= 94 .....	44
Figur 14, svarfordeling spørsmål 7 n= 94 .....	45
Figur 15, svarfordeling spørsmål 8 n=88 .....	45
Figur 16, svarfordeling spørsmål 9 n= 88 .....	45
Figur 17, svarfordeling spørsmål 10 n=85 .....	45
Figur 18, svarfordeling spørsmål 11 n=84 .....	46
Figur 19, svarfordeling spørsmål 12 n=85 .....	46
Figur 20, svarfordeling spørsmål 13 n=84 .....	46
Figur 21, svarfordeling spørsmål 14 n=85 .....	47
Figur 22, svarfordeling spørsmål 15 n=85 .....	47
Figur 23, svarfordeling spørsmål 16 n=85 .....	47
Figur 24, svarfordeling spørsmål 17 .....	48
Figur 25, svarfordeling spørsmål 18 .....	49
Figur 26, svarfordeling spørsmål 20 .....	51

## 11. TABELLOVERSIKT

Tabell 1, Kritiske faktorer for gevinstrealisering (Skriubakken 2019 / Daur, Tverberg 2018) .....	24
Tabell 2, forståelse av motstand mot endring innen ulike rammer (Revang 2017, s 70) .....	29
Tabell 3, svarfordeling spørsmål 19 n=74.....	50
Tabell 4, svarfordeling spørsmål 2, Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,019 .....	52
Tabell 5, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 8 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,049.....	53
Tabell 6, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 7. Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes p-verdi 6,488E-05 .....	53
Tabell 7, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 6 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes p-verdi 0,002 .....	54
Tabell 8, fordeling av "vet ikke svar" Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,066.....	54
Tabell 9, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 9 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes p-verdi 0,019.....	55
Tabell 10, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 13 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes p-verdi 0,055 .....	55
Tabell 11, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 14 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,003 .....	56
Tabell 12, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 10 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,364 .....	56
Tabell 13, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 12 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,089 .....	56
Tabell 14, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 11 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,473 .....	57
Tabell 15, svarfordeling spørsmål 2 opp mot svar spørsmål 16 Forventet antall ved kjikvadratanalyse i parentes, p-verdi 0,195 .....	57

## 12. REFERANSER

- Aarnes, Halvor. *www.mn.uio.no*. 2006.  
<https://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/matematikk/stat.pdf> (funnet 2021).
- Akademikerne. «akademikerne.no.» *akademikerne.no*. 2020.  
<https://akademikerne.no/2020/sykehusleger-har-mindre-tid-til-pasientene> (funnet 2020).
- Ashurst, Colin. *Benefits realization from information technology*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2012.
- Backer, Eva Cathrine. «Bruk av standardløsninger i kliniske virksomheter.» 2018.
- Blakar, R.M. *Språk er makt*. Oslo: Pax, 1996.
- Bukve, Oddbjørn. *Forstå Forklare Forrandre om design av samfunnsvitskaplege forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget, 2016.
- Den norske legeforeningen. «Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten.» *legeforeningen.no*. 2019.  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/9030375a5fff460ea7c037ef98f90ad2/suksess-faktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten.pdf> (funnet 2020).
- DFØ. *Direktoratet for økonomistyring -fagområde*. oktober 2020.  
<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/hva-er-en-gevinst> (funnet mars 2020).
- DFØ. *Veileder Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*. Veileder, Direktoratet for økonomistyring, 2014.
- Digitaliseringsdirektoratet. *Prosjektveiviseren*. oktober 2020. <https://www.prosjektveiviseren.no/> (funnet oktober 19, 2020).
- DIPS . «Hvorfor går ikke digitaliseringen av den norske helsetjenesten raskere?» *Dips.com*. 2017.  
<https://www.dips.com/no/hvorfor-gar-ikke-digitaliseringen-av-den-norske-helsetjenesten-raskere> (funnet November 2020).
- Direktoratet for e-helse. «Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området.» 2017.
- Direktoratet for økonomistyring. *Gevinstrealisering*. juni 2020.  
<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering> (funnet desember 2020).
- . «Hvilke krav gjelder for mål og resultatstyring i staten.» *dfo.no/fagområder*. 2019.  
<https://dfo.no/fagomrader/mal-og-resultatstyring/hvilke-krav-gjelder-for-mal-og-resultatstyring-i-staten> (funnet 2020).
- Direktoratet for økonomistyring. «Rammeverk for nyttestyring (høringsutkast).» Rammeverk, veileder, 2021.
- EUGENE C. NELSON, DSC, MPH et al. «Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High-Performing Front-Line Clinical Units.» *THE JOINT COMMISSION*, 2002.
- FHI. «Det norske helsesystemet.» 2013.
- Flak, Leif Skiftenes. *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Universitetsforlaget, 2012.

- Frøslie, Kathrine Frey. «korrelasjon i Store norske leksikon på snl.no. .» november 2020. <https://snl.no/korrelasjon> (funnet januar 2021).
- Helse og omsorgsdepartementet. «NOU 2016: 25.» 2016.
- Helse og omsorgsdepartementet. «Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.» 2019.
- Helse og omsorgsdepartementet. «Stortingsmelding n 9 (2012-2013) Én innbygger -én journal.» 2013.
- Helse Vest. *Rapport -Rammeverk for gevinstplanlegging og -realisering*. Helse Vest, 2016.
- Helse Vest v/HELIKS. «Prosjektdirektiv versjon 1.9 for KULE innføring.» Prosjektdirektiv, 2016.
- Helse Vest. «Økonomiske gevinster- Program HELIKS.» Årlig gevinstrapport, Bergen, 2020.
- Helsedirektoratet. «Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten rapport 2019.» 2019.
- Helsedirektoratet. «Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015 .» 2015.
- Jacobsen, Dag Ingvar. *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Høyskoleforlaget, 2003.
- Jurison, Jaak. «Toward more effective management of information technology benefits.» *Journal of Strategic Information Systems*, 1996.
- Kaur, Daljeet, og Terje Tverberg. «KRITISKE FAKTORER FOR Å REALISERE GEVINSTER I DIGITALISERINGSPROSJEKTER : en ekspertstudie av privat og offentlig sektor .» Masteroppgave -konfidensiell til 01.01.2024, 2018. (gjengivelser gjennom Skriubakken)
- Kotter, John P. *Leading change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review press, 2012.
- KULE-prosjektet. «KULE Brukerundersøkelse 2020.» Brukerundersøkelse, 2020.
- Kunnskapsdepartementet. *Stortingsmelding nr 35 (2007-2008 Mål og mening. Ein heilskpleg norsk språkpolitikk*. 2008. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-35-2007-2008-/id519923/> (funnet desember 2020).
- McKinsey & Company. «IKT i spesialisthelsetjenesten i Norge -investering og styring.» 2015.
- Peppard, Joe, John Ward, og Elisabeth Daniel. «Managing the Realization of Business Benefits from IT Investments.» *MIS Quarterly Executive*, 2007.
- Rafael E. Landaeta\*, Ji Hyon Mun and Ghaith Rabadi. «Identifying sources of resistance to change in healthcare.» *Int. J. Healthcare Technology and Management*, 2008.
- Regjeringen. *Regeringen.no*. Oktober 2020. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-/id528111/>.
- Revang, Bjørn Hennestad og Øivind. *Endringsledelse og ledelsesendring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
- Riksrevisjonen. «Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper-2017.» 2017.
- SINTEF. «Digitalisering kan berge behandlingstilbudet.» *Dagens næringsliv*, 3. juni 2020.
- Skarsgaard, Sissel, intervjuet av Alexandra Reksten. *Ressurser i Kule* (januar 2021).

- Skriubakken, Jon. *Håndtering av fragmenterte tidsgevinster i et digitaliseringsprosjekt*. Masteroppgave, Universitetet i Agder, 2019.
- SSB. «ssb.no.» *ssb.no/helse*. 2020. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-pasienter-og-faerre-senger> (funnet 2020).
- Statistisk sentralbyrå. «Helseforetakenes investeringer går i hovedsak til sykehusbygg.» *ssb.no*. mars 2020. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/helseforetakenes-investeringer-gar-i-hovedsak-til-sykehusbygg> (funnet januar 2021).
- Store norske leksikon*. oktober 2020. <https://snl.no/> (funnet Oktober 2020).
- Strønen, Åsmund. «Fordommer og tradisjoner som premisser for anvendt hermeneutikk.» Hovedfagsoppgave, 2007.
- Ward & Daniel, John Elizabeth. *Benefits management -how to increase the buisness value of your IT projects 2.edition*. 2012.
- Wifstad, Åge. *Vitenskap for helsefagene*. Universitetsforlaget, 2018.



## 13. VEDLEGG

### 13.1. Spørreskjema

#### Generelle bakgrunns spørsmål

Dette spørreskjemaet består av 20 spørsmål, og tar ca 7 minutter å besvare. Det er helt frivillig å svare på undersøkelsen, og svarene dine vil ikke kunne spores tilbake til deg. Spørreskjema er datagrunnlaget for en masteroppgave som jeg skriver om involvering av brukere ved innføring av nye ikt-løsninger. På forhånd takk for at du tar deg tid.

1. Hva jobber du som? (ledere velger alternativ 4 selv om de også skulle passe inn i andre kategorier)

- 1 Lege     2 Sykepleier     3 Merkantil/administrativ     4 Leder med personalansvar  
 5 Annet klinisk personell

2. Har du vært involvert i å beskrive nytteeffektene av Meona?

- I stor grad     I noen grad     Ikke i det hele tatt

#### Planlegging før innføring av Meona

3. Du har svart at du ikke har vært involvert i beskrivelsen av nytteeffektene, hvordan fikk du vite hva som skal være nytteeffektene av Meona?

- Lederen din har fortalt det     Du har deltatt i prosjektet     Du vet ikke hva nytteeffektene som følge av Meona var ment å være  
 Du har lest på intranett     Kollega har fortalt deg det

4. Har det vært tydelig for deg hvordan du skal gi innspill til KULE-prosjektet (innføring av Meona)?

- I stor grad     I noen grad     I liten grad     Ikke i det hele tatt     det har ikke vært aktuelt

5. Skriv inntil 3 forbedringer du kjenner til som Meona var ment å bidra til

Forbedringspunkt 1	<input type="text"/>
Forbedringspunkt 2	<input type="text"/>
Forbedringspunkt 3	<input type="text"/>

6. Har du fått tilstrekkelig informasjon om nyheter/endringer som angår Meona?

- I stor grad     I noen grad     I liten grad     Ikke i det hele tatt

7. Opplever du at dine innspill har påvirket innføringen av Meona?

- I stor grad     I noen grad     Ikke i det hele tatt     Jeg har ikke formidlet innspill

## Mål for innføring av Meona

I punktlisten under ser du effektmålene som Helse Vest har vedtatt for KULE-prosjektet:

- \* redusere antall unngåelige, uheldige legemiddelhendelser
- \* forbedre pasientsikkerhet og kvalitet
- \* understøtte et helhetlig pasientforløp
- \* effektivisering av arbeidsprosesser i klinikken
- \* understøtte målsetningen om «Éin vestlending – éin sjukehusjournal»

8. Mener du at disse effektmålene for Meona er gode?

- I stor grad    I noen grad    I liten grad    Ikke i det hele tatt    Vet ikke

9.

- I stor grad    I noen grad    I liten grad    Ikke i det hele tatt    Vet ikke

## Egen opplevelse av effekter av Meonainnføringen

10. Hvor enig er du i påstanden: " Jeg bruker kortere tid på en del oppgaver takket være Meona" ?

- Helt enig    Litt enig    Litt uenig    Helt uenig    Vet ikke

11. Gir Meona deg mer arbeid eller nye ulemper

- I stor grad    I noe grad    I liten grad    Ikke i det hele tatt

12. Hvordan opplever du at Meona gir kvalitativ nytte for din egen del?

- Stor nytte    Noe nytte    Litt nytte    Ingen nytte    Vet ikke

13. Oppfatter du at Meona har bidratt til høyere kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset?

- I stor grad    I noe grad    I liten grad    Ikke i det hele tatt    Tvert i mot    Vet ikke

14. Oppfatter du at Meona har bidratt til at sykehuset har oppnådd høyere effektivitet?

- I stor grad    I noe grad    I liten grad    Ikke i det hele tatt    Tvert i mot    Vet ikke

## Når måten du jobber på endrer seg

15. Har du fått informasjon om og forklaring på endring i arbeidsrutiner ved innføringen av Meona?

- I stor grad    I noen grad    I liten grad    Ikke i det hele tatt

16. Hvem mener du er hovedansvarlig for at nytteeffekter følge av bruk av Meona blir en realitet?

- Lederne i sykehuset    Prosjektledelsen    Alle som bruker Meona    Vet ikke

**Din mening om hva som er viktig neste gang du skal være med på en IKT-innføring  
Helt til slutt kommer det tre spørsmål som ikke er knyttet til Meona**

17. Når du leser ordet gevinst knyttet til et ikt-prosjekt , hva betyr ordet for deg?

18. Når du leser ordet nytteeffekt nytet til et ikt-prosjekt, hva betyr ordet for deg?

19. Hva mener du er den viktigste forutsetningen for å realisere nytteeffekter når et nytt IKT-verktøy skal innføres. Ranger der 1 er viktigst, og 5 er minst viktig

Trykk på knappen med streker og dra alternativene i den rekkefølgen du vil



At det er tydelig hva du skal bruke IKT-programmet til



At IKT-programmet virker godt sammen med de andre programmene du bruker



At funksjonalitet i IKT-verktøyet og måten du jobber på er tilpasset hverandre



At det nye IKT-verktøyet har tilstrekkelig kvalitet til å løse oppgaven



At det er enkelt å bruke IKT-verktøyet riktig

Tusen takk for dine svar. Når masteroppgaven er ferdig, vil du kunne finne den på Helse Vest IKT sine intranettsider

20. Har du andre kommentarer eller råd til fremtidige IKT-innføringsprosjekter?

## 13.2. Informasjon til respondenter om undersøkelsen

### Epost

Hei.

Jeg jobber med en prosjektoppgave som skrives i forbindelse med en erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved UiB.

Temaet i oppgaven er involvering av brukere ved planlegging av IKT-innføringer i sykehus.

En viktig del av prosjektet er å hente inn informasjon om hvordan du har opplevd at du har blitt involvert, og hvordan det har påvirket resultat av innføringen av Meona.

Nivå 2 leder for din avdeling er orientert og har samtykket til utsendelse av spørreskjema.

Under finner du lenke til spørreskjema om Meona. Det er ikke en repetisjon av brukerundersøkelsen du fikk fra KULE prosjektet for en tid tilbake, men et supplement, der jeg forsøker å få kunnskap om hvordan brukere bør involveres i fremtidige prosjekt. Spørreskjemaet har 21 spørsmål og tar ca 7 minutter å besvare.

Når oppgaven er ferdig og vurdert, vil jeg sende deg en lenke til der den ligger publisert.

### lenke til spørreskjema om innføring av Meona

Det er frivillig å besvare spørreundersøkelsen.

Jeg vil sende en påminnelse om å svare på spørreskjemaet om ca to uker. Dersom du da allerede har svart eller har bestemt deg for at du ikke vil svare, så ser du vekk fra påminningen.

Dersom det er noe du lurer på, er det bare å ta kontakt på epost eller telefon.

Med vennlig hilsen

Alexandra Reksten  
[alexandra.reksten@helse-vest-ikt.no](mailto:alexandra.reksten@helse-vest-ikt.no)  
Tlf 48089397

### Informasjonsskriv

Vedlagt i eposten som gikk ut til respondentene lå dette informasjonsskrivet

## Informasjon om undersøkelsen

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt med tema:

Involvering av brukere ved planlegging av IKT-innføringer i sykehus

### Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent i Helseledelse ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, etter- og videreutdanning ved Universitetet i Bergen. Gjennom min masteroppgave ønsker jeg å lære mer om hvordan involvering påvirker resultatet av IKT-innføringer.

Jeg vil sende ut spørreskjema til ansatte ved flere store avdelinger/klinikker i Helse Bergen. Det innhentes ikke personopplysninger som kan identifisere deg som respondent, og svarene du gir kan ikke på noe tidspunkt spores tilbake til deg.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masteroppgave i erfaringsbasert master i helseledelse, helseøkonomi og kvalitetsforbedring ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Programansvarlig er førsteamanuensis Inger Lise Teig.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Målgruppen er ansatte som har vært berørt av innføringen av Meona i Helse Bergen. Du er blitt invitert fordi du jobber i en avdeling der Meona er blitt tatt i bruk. Nivå 2 leder ved din avdeling har blitt orientert om prosjektet og har samtykket til at spørreskjema sendes ut.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse der du spørres om hvordan du har opplevd din mulighet til å påvirke og informasjon om nytteeffektene i forbindelse med innføring av Meona.

### Hva skjer med informasjonen fra deg?

Det innhentes ikke personopplysninger som kan identifisere deg som respondent, og svarene du gir kan ikke på noe tidspunkt spores tilbake til deg.

Svarene vil bli sammenstilt på aggregert nivå, og sett opp mot annen informasjon om IKT-innføringen, som for eksempel planlagte gevinster og faktisk realiserte gevinster som følge av innføringen.

**Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av mars 2021.**

Når oppgaven er ferdig og vurdert vil jeg sende deg en lenke til der den ligger.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien.

Jeg vil sende en påminnelse om å svare på spørreskjemaet om ca to uker. Dersom du da allerede har svart eller har bestemt deg for at du ikke vil svare, så ser du vekk fra påminningen.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent **Alexandra Reksten** mobil **480 89 397** eller på mail [alexandra.reksten@helse-vest-ikt.no](mailto:alexandra.reksten@helse-vest-ikt.no), eller Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen ved Inger Lise Teig, telefon mobil **922 28 106** og mail [inger.lise.teig@uib.no](mailto:inger.lise.teig@uib.no)

**Samtykke til deltakelse i studien**

Ved å svare på spørreundersøkelsen gir du implisitt ditt samtykke til å delta i studien under ovennevnte forutsetninger. Prosjektet er av personvernombud ved UiB vurdert å ikke være meldepliktig til NSD, og er registrert i RETTE (UiB sitt register over forskningsprosjekt)