

NHH



NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bergen, Vår 2017

# **Digitalisering som driver for organisatorisk endring**

*En casestudie av et offentlig digitaliseringsprosjekt*

**Kristina Magnussen og  
Arne Benjamin Schüren Stafsnes**

**Veileder: Daniel Johanson**

Masterutredning i økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer inntår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

---

## Forord

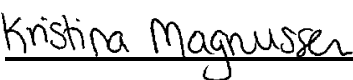
Denne utredningen er skrevet våren 2017 som en avsluttende del av masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norge Handelshøyskole der vi begge har hatt økonomisk styring som hovedprofil. Digitalisering er noe som interesserer oss begge, og var derfor et naturlig valg av tema for utredningen. Arbeidet med utredningen har vært spennende og lærerikt, men også tidvis utfordrende. I begynnelsen av semesteret var arbeidet spesielt utfordrende, da det tok lang tid før vi fant noen som var villige til å sette av ressurser til vårt arbeid.

Offentlig sektor, og spesielt helsesektoren, har vært spennende å studere. Vi hadde begrenset kunnskap om pasientreiser, men det har vist seg å være givende å arbeide med. Digitaliseringsprosjektet Mine pasientreiser har utrolig mange interessante aspekter, og er derfor et prosjekt vi gjerne skulle hatt anledning til å undersøke ytterligere.

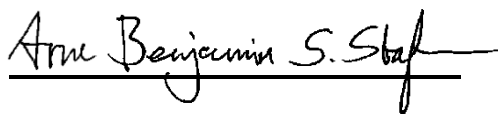
Flere personer har vært viktige for utredningen vår, og vi vil rette en stor takk til vår veileder Daniel Johanson som har vært en god støtte gjennom prosessen med kloke innspill og rask tilbakemelding. Vi vil også takke Pasientreiser HF og våre kontaktpersoner der. Den store entusiasmen som møtte oss har vært svært motiverende og gitt en følelse av at studien kan gi nytte til organisasjonen. Ved å være behjelpelig med å svare på spørsmål, planlegging av tidspunkt for intervjuer og gi tilgang på dokumenter har våre kontaktpersoner gjort det mulig å gjennomføre studien på den tiden vi har hatt til rådighet. Respondentene i studien fortjener også en stor takk for å sette av tid til vår forskning.

Underveis i prosessen har vi hatt kontakt med flere professorer ved Norges Handelshøyskole, blant disse vil vi spesielt takke Jon Iden som har satt av tid til å møte oss og svare på flere henvendelser i løpet av semesteret. Vi vil også rette en takk til Torkjel Landås som satte oss i kontakt med Pasientreiser HF.

Bergen, juni 2017

  
\_\_\_\_\_

Kristina Magnussen

  
\_\_\_\_\_

Arne Benjamin S. Stafsnes

---

## Sammendrag

I denne masterutredningen har vi undersøkt de organisatoriske effektene av digitaliseringsprosjektet *Mine pasientreiser*. Prosjektet innebar en overgang fra manuell til automatisk saksbehandling av pasientreiser *uten* rekvisisjon. En pasientreise er pasientens transport til og fra et behandlingssted, og kan deles inn i reiser *med* og *uten* rekvisisjon som henholdsvis er reiser bestilt gjennom et pasientreisekontor, eller reiser organisert av pasienten selv. Pasientreiseområdet består av pasientreisekontorer og den nasjonale enheten Pasientreiser HF. Pasientreiseområdet for reiser *uten* rekvisisjon benyttet per mars 2017 145,8 årsverk og behandlet i 2016 4,3 millioner reiser. I denne utredningen har vi benyttet en eksplorativ tilnærming, med dybdeintervjuer av personer i ulike deler av pasientreiseområdet som hovedkilde.

Vi har definert seks elementer i pasientreiseområdet for reiser *uten* rekvisisjon som vi mener har blitt påvirket av digitaliseringsprosjektet. De seks elementene er (1) *regelverk*, (2) *økonomi*, (3) *teknologi*, (4) *ansatte*, (5) *struktur* og (6) *oppgaver og verdiskaping*. Vi ser også at *omgivelsene* til prosjektet, som vi har definert som politiske føringer og digitale trender, har påvirket elementene på ulik måte. *Teknologien* har vært utgangspunkt for å drive frem endring i flere av de andre elementene. I løpet av studien har vi funnet at påvirkningen elementene har hatt på hverandre er direkte eller indirekte.

Omorganiseringen (*struktur*) i pasientreiseområdet for reiser *uten* rekvisisjon kan forklares gjennom innføring av ny *teknologi*. Den nye teknologiske løsningen har muliggjort målet om automatisk behandling av refusjonskrav, noe som har ført til en reduksjon i behovet for antall *ansatte*. På bakgrunn av det reduserte behovet for *ansatte* har pasientreiser *uten* rekvisisjon gått fra å bli behandlet ved tolv lokale, til fire regionale pasientreisekontor (*struktur*).

Underveis i studien har vi avdekket utfordringer knyttet til prosjektets påvirkning på *ansatte*. Prosjektledelsen har lagt opp til involvering i prosjektet, men det ser ut til at manglende følelse av reell påvirkning på beslutninger har skapt misnøye og tendenser til forsvar om egen arbeidsplass.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1	BAKGRUNN .....	6
1.2	PROBLEMSTILLING .....	7
1.3	METODE .....	7
1.4	STRUKTUR.....	8
<b>2</b>	<b>LITTERATUR.....</b>	<b>9</b>
2.1	DIGITALISERING .....	9
2.2	STYRINGSPARADIGMER .....	14
2.3	SOSIO-TEKNISK TEORI .....	17
2.4	ENDRINGSLEDELSE.....	20
2.5	OPPSUMMERING .....	22
<b>3</b>	<b>METODE .....</b>	<b>23</b>
3.1	VALG AV TEMA .....	23
3.2	FORSKNINGSDESIGN .....	24
3.3	CASESTUDIE .....	24
3.4	LITTERATUR.....	25
3.5	DATAINNSAMLING .....	26
3.6	BEARBEIDING AV DATA.....	30
3.7	FORVENTNINGER OM FUNN .....	31
3.8	RELIABILITET OG VALIDITET .....	31
<b>4</b>	<b>PROSJEKTETS KONTEKST .....</b>	<b>35</b>
4.1	IKT I DET OFFENTLIGE .....	35
4.2	ORGANISERING AV HELSEVESENET .....	37
4.3	HELSEREFORMEN OG INSPIRASJON FRA NPM.....	38
4.4	PASIENTREISEOMRÅDET .....	39
4.5	OPPSUMMERING .....	55
<b>5</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>57</b>
5.1	POLITISK PÅVIRKNING PÅ PROSJEKTET .....	58
5.2	PROSJEKTETS PÅVIRKNING PÅ PASIENTREISEOMRÅDET .....	62
5.3	ENDRINGENS PÅVIRKNING PÅ ANSATTE .....	69
<b>6</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>78</b>
<b>7</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>87</b>
7.1	KONKLUSJON .....	87
7.2	EVALUERING AV STUDIEN .....	88
7.3	IMPLIKASJONER FOR OFFENTLIGE DIGITALISERINGSPROSJEKTER .....	89
7.4	FREMTIDIG FORSKNING .....	90
<b>8</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>92</b>
	<b>VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV .....</b>	<b>96</b>
	<b>VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>97</b>
	<b>VEDLEGG 3: SAMTYKKEERKLÆRING.....</b>	<b>99</b>
	<b>VEDLEGG 4: TILBAKEMELDING FRA PERSONVERNOMBUDET.....</b>	<b>100</b>

# Figurer, tabeller og forkortelser

## Figurer

FIGUR 1: LEAVITTS DIAMANT .....	18
FIGUR 2: ORGANISERING I FORKANT AV PROSJEKTET .....	41
FIGUR 3: PROSJEKTETS ORGANISERING.....	45
FIGUR 4: NÅVÆRENDE ORGANISERING MED STYRINGSLINJER .....	48
FIGUR 5: EFFEKT MÅL FOR MINE PASIENTREISER .....	49
FIGUR 6: SAKSBEHANDLINGSTID FØR OG ETTER IMPLEMENTERING AV NYTT SYSTEM.....	52
FIGUR 7: SAKSBEHANDLINGSTID FORDELT PÅ INNSENDINGS- OG BEHANDLINGSMÅTE. ....	53
FIGUR 8: ORGANISERING ETTER VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE .....	54
FIGUR 9: OPPSUMMERING AV PROSJEKTETS GANG.....	56
FIGUR 10: VISUALISERING AV ELEMENTERS PÅVIRKNING PÅ HVERANDRE .....	78

## Tabeller

TABELL 1: OVERSIKT OVER KOMPONENTER I DEG.....	16
TABELL 2: OVERSIKT OVER DOKUMENTER BENYTTET I UTREDNINGEN.....	26
TABELL 3: OVERSIKT OVER INTERVJUOBJEKTER .....	27
TABELL 4: FORDELING AV ÅRSVERK PER HELSEREGION I 2014.....	41
TABELL 5: FORDELING AV ÅRSVERK 2014, MARS 2017 OG ESTIMAT FOR 2018.....	51

## Forkortelser

DEG	DIGITAL ERA GOVERNMENT
DTS	DIGITAL TRANSFORMASJONSSTRATEGI
HF	HELSEFORETAK
HOD	DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
IKT	INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI
IS	INFORMASJONSSYSTEM
IT	INFORMASJONSTEKNOLOGI
NPM	NEW PUBLIC MANAGEMENT
RHF	REGIONALT HELSEFORETAK

---

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helsereformen i 2002 delte den norske helsesektoren opp i fem regioner (Ot.prp. nr. 66). I ettertid har disse blitt redusert til fire regioner: Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. I de senere årene har det blitt opprettet flere nasjonale selskap for samhandling på tvers av helseregionene, blant annet Pasientreiser ANS<sup>1</sup>, heretter omtalt som Pasientreiser.

I Norge har alle pasienter rett på å få dekket reiseutgifter innenfor gitte rammer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-6; Pasientreiseforskriften, 2015, § 1). Pasientreiseområdet er delt inn i reiser med og uten rekvisisjon (Pasientreiser HF, 2017a). Reiser med rekvisisjon er reiser som bestilles gjennom pasientreisekontorene, enten av behandleren eller pasienten selv. Dette er aktuelt når pasienten ikke kan benytte rutegående transport på grunn av helsemessige årsaker, eller fordi pasienten ikke har et tilbud om offentlig transport på strekningen. Reiser uten rekvisisjon er reiser pasienten organiserer selv, for så å søke om å få dekket utgifter i etterkant.

Det er politisk fokus på digitalisering i offentlig sektor. Staten har gjennom *Regjeringens Digitaliseringsprogram* introdusert *Digitalt Førstevalg*, et prinsipp om at egnede offentlige tjenester skal tilbys digitalt (Meld.St. nr. 9, 2012-2013). Prosjektet *Mine Pasientreiser* hadde som formål å forenkle prosesser og hente gevinster gjennom digitalisering av pasientreiser uten rekvisisjon. Prosjektet ble initiert i Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD), og videre gitt til Pasientreiser via Helse Sør-Øst.

Før implementeringen av prosjektet Mine pasientreiser var tolv pasientreisekontor med til sammen 174 årsverk (2014) delaktige i behandlingen av reiser uten rekvisisjon (Pasientreiser ANS, 2014). Pasientreiser er og var systemeier og rådgiver for alle pasientreisekontorene. I etterkant av prosjektet står det igjen fire regionale pasientreisekontor i tillegg til Pasientreiser som behandler reiser uten rekvisisjon. Per mars 2017 hadde de fem enhetene behov for 145,8 årsverk. I løpet av 2016 behandlet pasientreiseområdet 4,3 millioner reiser uten rekvisisjon.

---

<sup>1</sup> Pasientreiser ANS ble våren 2017 overført til Pasientreiser HF.

---

## 1.2 Problemstilling

Vårt mål for denne utredningen er å undersøke digitaliseringsprosjektet *Mine pasientreisere* påvirkning på pasientreiseområdet. Vi har derfor formulert følgende problemstilling:

---

*Hvordan har digitaliseringsprosjektet Mine pasientreiser påvirket pasientreiseområdet for reiser uten rekvisisjon?*

---

Med denne problemstillingen ønsker vi spesielt å undersøke hvorfor strukturen i pasientreiseområdet har endret seg. I denne utredningen benytter vi *pasientreiseområdet* om alle enheter som forvalter pasientenes rettigheter knyttet til transport til og fra behandlingssted. Pasientreiseområdet består av helseregionenes pasientreisekontor og Pasientreiser. I og med prosjektet har hatt som formål å forenkle oppgjørsordningen med innsending av reiseregninger for reiser uten rekvisisjon, omhandler denne studien kun reiser *uten* rekvisisjon med mindre annet er spesifisert.

Formålet med problemstillingen er å finne ut hvorfor omorganisering kan komme som følge av et digitaliseringsprosjekt. For å undersøke dette ønsker vi å se på hvordan prosjektet har vært gjennomført. Vi mener at utførelsen og premisene for prosjektet har vært med på å forme den endelige organiseringen, og at det derfor er nødvendig å inkludere dette i analysen. Med utførelsen av prosjektet menes prosjektets gang, styringslinjer og involvering av interessenter. Med premisene for prosjektet menes organisasjonsmodellen, et selvstendig mål om administrative gevinster og et ønske om digital kommunikasjon mot innbyggere.

## 1.3 Metode

For å best mulig kunne besvare problemstillingen har vi valgt en eksplorativ casestudie av digitaliseringsprosjektet *Mine pasientreiser*. Vi tror aspektene i problemstillingen best kan forklares ved hjelp av en kvalitativ tilnærming. Primærkilden for studien er intervjuer, da vi mener subjektive oppfatninger rundt prosjektet vil belyse påvirkningen på pasientreiseområdet utover det offisielle dokumenter kan gjøre.

---

Ved å inkludere historiske og politiske trender rundt temaet digitalisering, ønsker vi å forstå hva som har vært med å drive frem den nåværende strukturen på pasientreiseområdet. Vi tror også at sosio-teknisk teori og forskning rundt endringsledelse er viktig for å forstå de endringene som har skjedd som følge av prosjektet. For best mulig å forstå endringsprosesser i helsesektoren tror vi det er viktig med innsikt i sektorens styringslinjer og oppbygging. Vi ønsker derfor å inkludere offentlig IKT-strategi, helsesektorens organisering og mer detaljert informasjon om pasientreiseområdet i denne utredningen.

For å best mulig kunne besvare problemstillingen har vi inngått et samarbeid med Pasientreiser, som har hatt gjennomføringsansvar for prosjektet. Gjennom et innføringsmøte med to sentrale personer i prosjektet fikk vi en grunnleggende forståelse for Mine pasientreiser og pasientreiseområdet. Kombinert med prosjektdokumenter og grunnleggende innsikt i teori vil vi benytte informasjon fra samtalen aktivt i utformingen av intervjuguider. Vi ønsker å benytte semi-strukturerte intervjuer for å kunne tilpasse intervjuene etter hva respondentene selv vektlegger. For å avdekke eventuelle ulike oppfatninger vil vi gjennomføre intervjuer med personer som har hatt ulike posisjoner i prosjektet.

Som utenforstående til prosjektet vil vi forsøke å ha en objektiv tilnærming til intervjuene i forbindelse med analysen. Videre i studien ønsker vi å sette respondentenes svar opp mot teori og prosjektets kontekst. Vi vil også undersøke det som er utenfor prosjektets kontroll, som eksempelvis politiske føringer og helsesektorens oppbygging og styring. Vi håper dette vil styrke forståelsen vår av digitaliseringsprosjektet Mine pasientreisers påvirkning på pasientreiseområdet.

## 1.4 Struktur

Denne utredningen består av syv kapitler. Etter denne innledningen (kapittel 1) vil vi i kapittel 2 presentere litteratur vi mener er relevant for å belyse vår problemstilling. I kapittel 3 fremstilles metoden vi har benyttet i studien før vi i kapittel 4 legger vi frem prosjektets kontekst. I kapittel 5 presenteres analysen der vi forsøker å forstå hva som har skjedd som følge av prosjektet ved hjelp av kontekst, intervjudata og relevant litteratur. Utredningen avsluttes med diskusjon i kapittel 6 og konklusjon, evaluering av studien og forslag til videre forskning i kapittel 7.



---

## 2 Litteratur

For å best mulig kunne belyse vår problemstilling trenger vi understøttende teori. Vi vil i dette kapitlet innlede med et delkapittel om digitalisering og implikasjoner av digitalisering i virksomheter. Deretter vil vi presentere et aktuelt styringsparadigme før vi redegjør for sosio-teknisk teori. Avslutningsvis vil vi legge frem relevant litteratur om endringsledelse.

### 2.1 Digitalisering

I denne delen av litteraturkapitlet vil vi først redegjøre for begrepet *digitalisering* før vi fokuserer på utviklingen i forskningens syn på informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) gjennom produktivitetsparadokset. Deretter gjennomgår vi kort den såkalte fjerde industrielle revolusjon før vi avslutningsvis presenterer teknostress – en mulig negativ følge av digitalisering.

#### 2.1.1 Hva er digitalisering?

Digitalisering har en rekke ulike definisjoner, og for å kunne benytte uttrykket videre i denne utredningen ønsker vi å presentere noen definisjoner før vi til slutt oppsummerer vår egen definisjon. Digitalisering, ifølge *Digitaliseringsrundskrivet*, handler om å benytte teknologi til å fornye, forenkle og forbedre (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2016). Ifølge Kagermann (2014) er digitalisering nettverket mellom mennesker og ting, det uavbrutte møtet mellom den virkelige og virtuelle verden som er muliggjort av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). I *Digitaliseringsrundskrivet* benyttes digitalisering på en mer konkret måte, der uttrykket videre defineres som nye og bedre tjenester som er enkle å bruke, effektive og pålitelige (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2016). Videre påpekes det at digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon og kan bidra til å øke produktiviteten i både offentlig og privat sektor. Digitalisering kan være en driver for forenkling av kompliserte regelverk og fornying av gammel og tungvint forvaltningspraksis. Kagermann mener at digitalisering vil være viktig for innovasjon fremover, nærmere bestemt at digitalisering vil være den sterkeste driveren for innovasjon de neste tiårene (Kagermann, 2014). BarNir, Gallagher og Auger (2003) hevder at digitalisering er en endringsprosess som involverer implementering av ny teknologi og dens utnyttelse i bedriften.

---

Digitalisering kan gi store gevinster, men for å ta ut disse gevinstene kreves det nesten uten unntak at virksomheten endres (Rambøll Management Consulting, 2016). Vellykket digitalisering handler ifølge Rambøll Management Consulting om å lede en virksomhet fra gammel og etablert praksis til en ny hverdag drevet av mulighetene teknologien gir. Innføring av ny teknologi er en prosess hvor både oppgavene og menneskene i en organisasjon gjennomgår endring (Clegg, 1999). Gitt at digitalisering kan være både innlemmelse av ny teknologi i bedriften og integrasjon av ny teknologi i allerede eksisterende prosesser, mener BarNir et al. (2003) at digitaliseringen kan være en driver for strategier så vel som å bli drevet av strategiene.

Digitalisering av helsetjenester gjennom bred og dyp bruk av informasjonsteknologi kan kalles HIT. Det er konsensus om at HIT, i sammenheng med andre komplementære endringer, kan redusere kostnader og øke kvaliteten på tjenestene som leveres (Agarwal, Gao, DesRoches & Jha, 2010). Likevel er det viktig å være oppmerksom på at det finnes utfordringer ved realiseringen av gevinstene og muligheter for utilsiktede konsekvenser. Økt kvalitet på helsetjenestene er en klar forventning ved bruk av HIT. En annen forventning er at HIT introduserer effektivitet. Bidraget fra HIT på kvalitet og effektivitet er ikke nødvendigvis utelukkende positivt og forskningen viser at majoriteten ikke har klart å håndtere implementeringsprosessen slik at gevinstene av HIT-investeringer kan realiseres.

Videre i denne utredningen kommer vi til å benytte begrepet digitalisering i forbindelse med både forenkling og fornying av prosesser ved hjelp av teknologi. Vi vet at digitalisering kan legge til rette for høyere produktivitet og mer effektive prosesser, men at dette ofte fordrer en endring i bedriften. I tillegg er vi klar over at digitalisering i helsesektoren (HIT) kan øke kvaliteten på helsetjenester, men at forskning viser at mange går glipp av gevinstene fordi håndteringen ved implementering feiler.

### **2.1.2 Produktivitetsparadokset**

Etter IKT sitt inntog ble det på 1970-tallet en nedgang i produktiviteten på generell basis (Brynjolfsson, 1993). Fallet i produktivitet skjedde på samme tid som bruken av IKT økte. Produktivitet er det mest fundamentale økonomiske mål for teknologiens bidrag, og forskerne manglet gode kvantitative mål for outputen og verdiene som ble skapt av IKT-prosjekter. Dette

---

bidro til at det ble vanskeligere å rettferdiggjøre investeringer i IKT. Solow påpekte problemet allerede i artikkelen *We'd better watch out* i 1987:

*You can see the computer age everywhere but in the productivity statistics.  
(Solow, 1987, s. 36)*

Brynjolfsson (1993) hadde flere forklaringer på hvorfor paradokset gjorde seg gjeldende: *målefeil, lags, redistribusjon* og *svak ledelse*. Målefeil og lags er problemer som bunner i forskningen rundt produktiviteten, mens redistribusjon og svak ledelse stammer fra andre problemområder. Under vil de fire kategoriene forklares nærmere.

Målefeil kunne ifølge Brynjolfsson (1993) komme av enkle faktorer som at output ikke ble målt rett. Gevinstene som kom fra IKT-investeringer var ikke hyppig målt på denne tiden, noe som kunne lede til systematisk undervurdering av investeringene. Økt kvalitet, variasjon, kundetilfredshet, responstid og andre tidsrelaterte fordeler er eksempler på gevinster som sjeldent ble målt. Målefeil kunne også bunne i feil ved inputdata og sammenligningsgrunnlag, som manglende inflasjonsjusteringer.

Lags vil være et problem for målingen av produktiviteten etter en IKT-investering hvis det tar lang tid før gevinstene vises på bunnlinjen (Brynjolfsson, 1993). Selv om investeringene førte til store endringer i infrastrukturen, kunne effektene likevel være indirekte og ofte ikke umiddelbare. Grunnet sin kompleksitet og sitt omfang kunne IKT-investeringen trenge tid før gevinstene ble synlige, i og med bedriftene måtte opparbeide seg kunnskap og erfaring om nyinvesteringen.

Redistribusjon refererer til IKT-investeringens egenskap til å påvirke produktiviteten i bedriften på mange områder, og ikke nødvendigvis der investeringen ble gjort (Brynjolfsson, 1993). Dårlig ledelse var også noe Brynjolfsson mente kunne være en årsak til produktivetsparadokset. Ledere visste ikke nødvendigvis hvilke investeringer som ga de største gevinstene og valgte derfor feil investering. Videre mente Brynjolfsson også at enkelte beslutningstakere jobbet imot bedriftens beste ved å etterlate slakk i prosessene, fremfor å hente ut gevinstene.

Brynjolfsson og Hitt (2000) fant senere at investeringer i IKT er økonomisk gunstig fordi de kan være et komplementært element som forenkler andre deler av organisasjonen, for eksempel arbeidsprosesser. IKT kan bidra til økt kvalitet, bekvemmelighet, aktualitet og variasjon, problemene ligger i hva bedriftene måler fremfor at investeringene ikke er

---

produktivitetsfremmende. Thompson og Dean (2009) påpeker at måleproblemer gjør seg gjeldende også i helsesektoren, da det for mange systemer vil være vanskelig å finne en synlig avkastning på investeringen (return on investment). De mener dette delvis skyldes at det ofte nettopp er lag mellom implementeringstidspunktet og realiseringen av gevinstene, men også fordi en forbedring av systemene vil kunne føre til økt kvalitet på behandlinger fremfor direkte økonomisk målbare effekter.

Brynjolfsson og Hitt (2003) kunne senere legge frem statistiske bevis på at investeringer i IKT er en del av et større system av teknologisk og organisatorisk endring som øker produktiviteten på bedriftsnivå over tid. De fant at IKT på kort sikt (ett år) ga få produktivetsforbedringer, men at investeringene ga betydelig høyere produktivitet med et mer langsiktig perspektiv og at dette spesielt gjaldt i privat sektor. Brynjolfsson og Hitt konkluderte med at produktivetsparadokset delvis kunne avskrives.

Westeren (2014) la frem muligheten om at produktivetsveksten hemmes i digitaliseringsprosjekt fordi prosjektene styres dårlig. Videre mener Westeren det er kjent blant politikere, ledere i det offentlige, medier og forskere at IKT er et sentralt virkemiddel for å sørge for fortsatt produktivetsvekst i fremtiden. Dette til tross for at det kan være vanskelig å se effektene av IKT med en gang.

### **2.1.3 Den fjerde industrielle revolusjon**

Vi er på begynnelsen av det som kan karakteriseres som en teknisk revolusjon der fusjonering av teknologier gir uklare linjer mellom de fysiske, digitale og biologiske sfærene, en overgang som er blitt omtalt som den fjerde industrielle revolusjon (Schwab, 2017). Denne revolusjonen har ikke bare endret det daglige livet til folk, men også hvordan det offentlige og innbyggerne samhandler (Chun, Shulman, Sandoval & Hovy, 2010). Den nye digitale staten støtter og redefinerer eksisterende og ny informasjon, kommunikasjon og transaksjonsrelatert samhandling med innbyggerne. Denne samhandlingen har spesielt som hensikt å forbedre offentlige prosesser og deres ytelse.

Schwab (2017) legger frem at teknologisk innovasjon i fremtiden vil lede til et mirakel på tilbudssiden, der gevinster fra effektivitet og produktivitet kan hentes ut på lang sikt. Videre mener Schwab at blant annet transport-, kommunikasjons- og logistikkostnader vil reduseres. Teknologi er en av de viktigste drivkreftene i økonomien i dag ifølge Brynjolfsson og McAfee

---

(2012). Utviklingen av teknologien har gått fort, arbeidsplasser og ansattes kunnskap har utviklet seg i et lavere tempo som videre har ført til at jobbmarkeder nå har behov for restrukturering. Evnene som etterspørres i jobbmarkedet har endret seg, noe som har endt med at enkelte sitter igjen med nesten verdiløse ferdigheter.

Teknologisk arbeidsledighet er arbeidsledighet forårsaket av den teknologiske utviklingen, og den fjerde industrielle revolusjon har potensiale til å forstyrre arbeidsmarkeder og kan dermed føre til større forskjeller (Brynjolfsson & McAfee, 2012; Schwab, 2017). Maskiner løser nå mentale oppgaver som tidligere har vært forbeholdt mennesker (Brynjolfsson & McAfee, 2012). Det er ifølge Brynjolfsson og McAfee viktig at arbeidernes ferdigheter opparbeides og institusjoner jobber hardt for å redusere teknologisk arbeidsledighet.

Den fjerde industrielle revolusjon kan altså karakteriseres ved at teknologisk utvikling endrer samhandling og oppførsel i ulike ledd i samfunnet. Flere mener revolusjonen gir muligheter for store gevinster, men at teknologisk arbeidsledighet er et problem.

#### **2.1.4 Teknostress**

Negative psykologiske effekter som kommer av bruken av informasjonsteknologi (IT) og IKT på jobb er innen forskningen ofte omtalt som teknostress (Fuglseth & Sørebo, 2014). Teknostress kan påvirke hvor tilfredse de ansatte er med jobben og dermed deres følelse av forpliktelse til arbeidet (Ayyagari, Grover & Purvis, 2011). Begrepet teknostress er mye brukt om mentalt stress profesjonelle IT-arbeidere opplever grunnet stadige tilpasninger til ny teknologi (Wang, Shu & Tu, 2008), men det har også vært gjort studier på teknostress som følge av bruk av teknologi hos ansatte uten profesjonell IT-bakgrunn (Ayyagari et al., 2011; Fuglseth & Sørebo, 2014; Tarafdar, Tu, B. S. Ragu-Nathan & T. S. Ragu-Nathan, 2007). I og med vi ønsker å finne ut hvordan digitaliseringsprosjektet Mine pasientreiser har påvirket pasientreiseområdet, kan det være nyttig å se på hva slags effekter innføring av ny teknologi kan ha på de ansatte.

Tarafdar et al. (2007) introduserte fem drivere for teknostress – *techno-overload*, *techno-invasion*, *techno-complexity*, *techno-insecurity* og *techno-uncertainty*. Tarafdar et al. fant at en reduksjon i teknostress kan resultere i høyere produktivitet, og påpeker at ledere må være observante på driverne for teknostress for å kunne oppdage fare for denne typen stress i deres bedrift. Om det finnes drivere for teknostress kan ledere benytte passende styringsmekanismer

---

for å redusere stresset og dermed øke produktiviteten. Wang et al. (2008) la frem at ansatte i bedrifter med høy grad av sentralisering og høyt innovasjonsnivå er mer utsatt for teknostress enn ansatte i bedrifter med en mer desentralisert struktur og et lavere innovasjonsnivå.

Teknostress kan reduseres ved å fremme læring i organisasjonen, veilede sluttbrukerne, delegere godt og ha tilstrekkelig opplæring (T. S. Ragu-Nathan, Tarafdar & B. S. Ragu-Nathan, 2008; Wang et al., 2008). I tillegg kan brukerstøtte for IT og involvering av sluttbrukere i systemplanleggingen og implementeringen være en forhindrede faktor (T. S. Ragu-Nathan et al., 2008). For å redusere teknostress kan ledere også kommunisere endringene, fordelene og mulighetene den nye teknologien medfører.

## 2.2 Styringsparadigmer

I dette delkapittelet introduserer vi *New Public Management* (NPM) og går dypere inn på *Digital Era Government* (DEG). Vi har inkludert litteratur rundt disse trendene i statlig styring, da vi mener de kan ha påvirket pasientreiseområdet.

I perioden fra etterkrigstiden og frem til i dag har det vært tre tydelige politiske bølger (Klausen, Busch, Johnsen & Vanebo, 2011; Westeren, 2015). Den første blir omtalt som rød bølge, og varte fra 1945 til 1970-tallet (Westeren, 2015). Dette var en sosialdemokratisk bølge, som blant annet har vært en grunnpilar i den norske velferdsmodellen. Etter denne bølgen kom det som blir omtalt som den grønne bølgen, der man kombinerte elementer fra den sosialdemokratiske tankegangen med vekt på målstyring og økonomiske prinsipper om bærekraft. Fra 80-tallet og frem til 2000, og delvis i dag, har vi en blå bølge av ny-liberalistisk og ny-konservativ tenkemåte.

Den blå bølgen, slik den ble populær i Norge, består i all hovedsak av NPM (Klausen et al., 2011). NPM er en samlebetegnelse for flere ulike reformer og rammeverk som tilhengerne mente kunne effektivisere offentlig sektor. I de nordiske landene har innføringen av NPM også blitt omtalt som en modernisering av offentlig sektor. Typisk for denne reformbølgen er blant annet desentralisering og oppsplittelse i mindre resultatinstanser, økt bruk av måltall, mer konkurranseutsetting og benyttelse av markedskrefter, samt mer fokus på kostnader og brukere (Christensen, Lægred, Roness & Røvik, 2004). Flere land har etter hvert begynt å reversere eller endre tydelig NPM-inspirerte reformer (Margetts & Dunleavy, 2013). Disse endringene

---

har av Dunleavy (2006) blitt presentert som et nytt styringsparadigme: Digital Era Governance (DEG), som på norsk kan oversettes til *det digitale styringsparadigmet* (Westeren, 2015).

Ifølge Dunleavy (2006) har IT påvirket utforming og endring av offentlig administrasjon i flere tiår, det som skiller nåtiden fra tidligere er veksten av Internett, e-mail og generalisering av IT-systemer. IT-systemene har gått fra å kun påvirke backoffice-prosesser til å være et betinget vilkår for hvordan forholdet mellom stat og innbygger er. Dunleavy argumenterer for at de elementene som skiller seg ut i utviklingen av offentlig sektor når det gjelder organisering og ledelse, hovedsakelig omhandler endringer i IT og informasjonssystemer (IS). Prosessene i DEG har bakgrunn i offentlig sektors anerkjennelse av IT-investeringers natur, og tar ulikt NPM inn konsekvensene av dette i organisasjonsstruktur og styringsprosesser (Dunleavy, 2006; Westernen, 2015).

Det er tre hovedtema innen DEG som på engelsk omtales som *reintegration*, *needs-based holism* og *digitization changes* (Dunleavy, 2006). Vi har valgt å benytte de norske oversettelsene *re-integrasjon*, *behovsbasert holisme* og *digitale endringer* videre i denne utredningen.

I temaet *re-integrasjon* ligger mulighetene til å sette sammen flere virksomheter og funksjonslinjer som gjerne ble splittet opp under NPM (Dunleavy, 2006). Det legges imidlertid vekt på at *re-integrasjonen* ikke er en reversering til den gamle sentraliserte organiseringen som ble brukt før NPM, men i stedet en søken etter å finne områder som naturlig kan henge sammen grunnet moderne teknologi. *Behovsbasert holisme* søker på lik linje med *re-integrasjon* å sette sammen organisatoriske enheter som lider av lavere effektivitet grunnet unaturlige oppdelinger. Et viktig moment er imidlertid at man også gjennomfører en full revidering av eksisterende prosesser og organisasjoner. I tillegg skal det være et innbygger-, tjeneste- og behovsbasert fokus på organisasjonen. Ved å se på sluttproduktet og intensjonene, vil DEG bidra til prosessforbedringer og eliminering av unødvendig datainnsamling, deler av organisasjonen og kontrollrutiner. *Digitale endringer* refererer til hvordan IT og digitale tjenester går fra å være et supplement, til å bli en viktig brikke i organisasjonens utforming (Dunleavy, 2006). Tradisjonelt har IT blitt innført gradvis som støttefunksjoner, eksempelvis e-post og intranettsider, for å forenkle kommunikasjon. DEG legger opp til at man utnytter det fulle potensialet i digitale tjenester ved å bygge opp en organisasjon rundt en ideell utforming av IT-systemene, for slik å hente ut de potensielle gevinstene for virksomheten.

Hovedtema	Komponenter
<i>Re-integrasjon</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enkel reversering av tidligere oppdeling</li> <li>2. Reversering av privatisering</li> <li>3. Vesentlig forbedring av kommunikasjon mellom offentlige institusjoner og departementer</li> <li>4. Re-innføring av eller styrking av sentral ledelse og kontroll</li> <li>5. Radikal reduksjon i prosesskostnader</li> <li>6. Reorganisering av back-office-tjenester</li> <li>7. Oppnåelse av stordriftsfordeler og spesialisering</li> <li>8. Opprettelse av delte tjenester</li> <li>9. Forenklinger av nettverk</li> </ol>
<i>Behovsbasert holisme</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interaktiv informasjonsdeling og –søking</li> <li>2. Reorganisering med fokus på bruker eller funksjon</li> <li>3. Ett-stopps-tilbud</li> <li>4. Bruk av datavarehus</li> <li>5. Gjennomgående restrukturering av tjenester</li> <li>6. Agile tjenester</li> <li>7. Bærekraft</li> </ol>
<i>Digital endring</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elektronisk tjenestelevering</li> <li>2. Nettbasert beregningsverktøy</li> <li>3. Nye former for automatiserte prosesser</li> <li>4. Sentraliserte, statlig regisserte IT-anskaffelser<sup>2</sup></li> <li>5. Radikal fjerning av interaksjonsledd</li> <li>6. Aktiv kanalstrømming og kundesegmentering</li> <li>7. Mandat for plattformreduksjoner</li> <li>8. Innbyggerfokus i prosesser</li> <li>9. Transparens</li> </ol>

Tabell 1: Oversikt over komponentene i de ulike hovedtemaene i DEG (Dunleavy, 2006)

Dunleavy (2006) har delt inn de tre hovedtemaene *re-integrasjon*, *behovsbasert holisme* og *digital endring* i delkomponenter. I Tabell 1 har vi samlet en oversikt over alle komponentene. I og med DEG er et omfattende tema har vi i påfølgende avsnitt valgt å kun utdype de komponentene i tabellen som krever forklaring og er relevant for forståelsen av vår casestudie.

<sup>2</sup> Dunleavy (2006) har ikke med dette punktet i sin tabell, men forklarer delkomponenten under *digital endring*. Vi har derfor valgt å inkludere den i vår tabell.



---

Innenfor *behovsbasert holisme* finnes komponenten *ett-stopps-tilbud*, som omhandler å samle tilbud i offentlig sektor som tidligere har blitt fragmentert for å redusere dobbeltarbeid og kostnader for innbyggere og bedriftsbrukere (Dunleavy, 2006).

*Digitale endringer* består blant annet av komponenten *elektronisk tjenestelevering* som legger vekt på at det er et stort potensiale for de fleste papirbaserte administrative prosesser til å bli elektroniske (Dunleavy, 2006). *Nye former for automatiserte prosesser* kan eksemplifiseres med helautomatiske løsninger der ingen menneskelig påvirkning trengs på verken tjeneste- eller administrativt nivå. *Aktiv kanalstrømming og kundesegmentering* omhandler at det kan være utfordrende å få innbyggere over på digitale plattformer hvis transaksjonskostnadene deres ved å bytte er for høye, og det fortsatt finnes et annet plausibelt alternativ. Ved å bruke insentiver, som å øke prisen på ikke-digitale løsninger, kan man få kundene over til nye kanaler. *Mandat for plattformreduksjon* omhandler både å redusere mulighetene til brukerne gjennom mandater, men også å få innbyggere til å endre måten de handler med staten på gjennom lovendringer. Det er ofte lite kostnadseffektivt å drive flere plattformer (digitalt og papirbasert), og presset for å flytte innbyggerne over på elektroniske løsninger vil øke. *Transparens* refererer til at det offentlige tillater innbyggerne innsikt i opplysninger som gjelder de selv. Økt transparens har lenge vært en trend i vestlige stater siden godt før NPM-bølgen. DEG fokuserer derimot på en raskere og mer innbyggerfokusert tilnærming, der det åpnes opp for at innbyggerne enkelt kan spore og selv overvåke prosessen i deres egne saker.

## 2.3 Sosio-teknisk teori

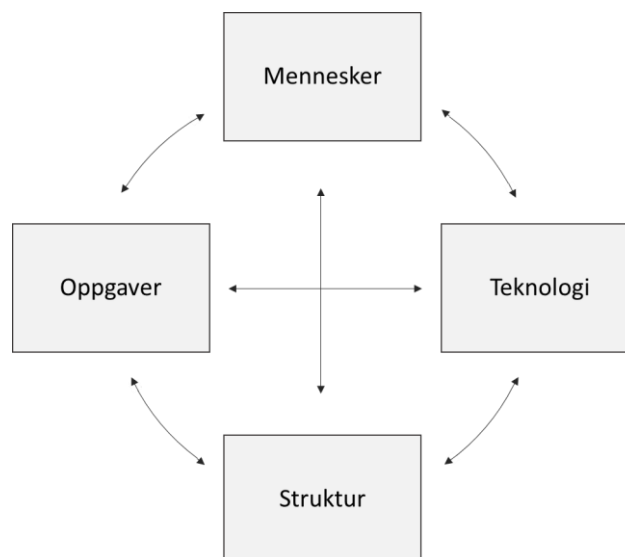
Sosio-teknisk teori omhandler samspillet mellom et sosialt og teknisk system, og kan derfor være relevant for å belyse vårt forskningsspørsmål. Teorien har sitt utspring fra Tavistock Institute of Human Relations' initiativ til bedring av arbeidsforhold i Europa tidlig på 1950-tallet (Mumford, 2006). I de nordiske landene har flere av de sosio-tekniske prinsippene blitt implementert i kultur og lovverk (Moldasch & Weber, 1998; Mumford, 2006). Særlig prinsipper om demokratiske prosesser, flat organisasjonsstruktur og viktigheten av fagforeninger har vært sentralt i disse landene (Mumford, 2006).

I forskningen har teknologibegrepet i sosio-teknisk teori blitt definert vidt. Det tekniske systemet inneholder bygninger, maskiner og annet teknisk utstyr, mens det sosiale omhandler menneskelig kontakt, samspill og samarbeid (Mumford, 2006). I et sosio-teknisk system skal

det tekniske systemet bidra til behandling av input-materialet, som behandling av tallmateriale eller søknader digitalt. Kombinasjonen av det tekniske og sosiale systemet fører til den endelige verdiskapingen. Sosio-teknisk teori legger til grunn at mennesker ønsker å bidra til organisasjonen og dermed også ønsker å videreutvikle sin kunnskap og evner til omgivelsenes beste (Bostrom & Heinen, 1977).

### 2.3.1 Leavitts diamant

Ifølge Leavitt (1964) kan en organisasjon anses som et levende sett av systemer som henger sammen og er designet for å løse kompliserte oppgaver. Leavitts diamant er en sosio-teknisk modell som ser på en organisasjon som et system bestående av (1) *strukturer* (2) *mennesker* (3) *oppgaver* og (4) *teknologi*. Som vist i Figur 1, henger disse fire komponentene sammen og påvirker hverandre. I henhold til Leavitt kan (3) oppgaver endres og forbedres ved å forsøke å manipulere de tre andre komponentene. (1) Struktur kan påvirke oppgavene ved at kommunikasjonssystemet, autoritet og makt-systemet, organisasjonskartet eller arbeidsflyt og prosesser endres. Videre kan komponenten (2) mennesker påvirke oppgavene ved å endre ansattes ferdigheter, i tillegg til antallet og typen mennesker involvert. Også (4) teknologi kan påvirke oppgaver i form av nye og bedre løsninger på eksisterende verktøy eller nye og bedre informasjonsbehandlingsverktøy.



Figur 1: Leavitts diamant (Leavitt, 1964)

Leavitt (1964) argumenterer for at et problem i organisasjonen kan løses på mange ulike måter. En psykolog, ingeniør og en økonom vil alle trekke frem løsninger innenfor hvert sitt

---

kompetansefelt for å løse det samme problemet. Leavitts diamant viser hvordan de fire komponentene henger tett sammen og påvirker hverandre. Modellen har også blitt anvendt som et analyseverktøy i utviklingsprosjekter (Lyytinen & Mathiassen, 1998). Selv om Leavitts diamant blir kritisert for å være statisk og ha lite fokus på omgivelsene, er den velegnet for få forståelse av risiko og sammenhengene i et prosjekt. Utfordringen er å se sammenhengen mellom alle fire komponentene og hvordan de vil endre hverandre, der noen endringer kan slå ut positivt og andre negativt (Leavitt, 1964). Ledere bør vurdere hvordan deres handlinger vil påvirke de ulike komponentene i organisasjonen.

### **2.3.2 Digital transformasjonsstrategi**

Digitale transformasjonsstrategier kan være nyttige å benytte for å analysere nettopp en digital transformasjon. Teoriene omhandler hvordan ledere bør handle og tenke for å formulere en digital transformasjonsstrategi. Til vårt formål vil det være nyttig å undersøke elementene i strategiene og tankene om hvordan elementene kan påvirke hverandre. Vi har derfor inkludert digital transformasjonsstrategi i denne utredningen.

Utforskning og integrasjon av teknologi påvirker ofte store deler av en organisasjon, men også i enkelte tilfeller omgivelsene til bedriften (Matt, Hess & Benlian, 2015). Det er mange mulige positive effekter av digitalisering, blant annet økt salg eller produktivitet, innovasjoner i verdiskapingsprosessen og nye interaksjonsformer med kunder (Matt et al., 2015; Teubner, 2013). Det har vært forsket mye på hvordan forretningsstrategi og IT- eller IS-strategi burde bli knyttet sammen for å oppnå de beste resultatene (Teubner, 2013). En retning definert av Henderson og Venkatraman (1999) går ut på at man skal ha separate forretnings- og IS-strategier, men at disse må ha et felles mål. Etter lengre perioder hvor teori ikke har blitt benyttet i praksis, har forskningen sett mot virkeligheten for å lage praktisk anvendbar teori (Marabelli & Galliers, 2017).

Galliers (2011) utformet et nytt rammeverk hvor forretnings- og IS-strategi er samlet i en felles strategi og utforskning etter bedre utnyttelse av teknologi er en stadig pågående prosess. Med utgangspunkt i blant annet Galliers forskning har Matt, Hess og Benlian (2015) laget et nytt rammeverk for digitale transformasjonsstrategier. Digitale transformasjonsstrategier er sentralt for integrasjon av hele koordinasjonen, prioriteringen og implementeringen av digital transformasjon innen en bedrift. Strategiene har et bedriftsrettet perspektiv og fokuserer på

---

transformasjonen av produkter, prosesser og organisatoriske aspekter som skyldes nye teknologier. For at digital transformasjon skal bli vellykket er det kritisk at IT-strategien er en del av den etablerte bedriftsstrategien (Marabelli & Galliers, 2017; Matt et al., 2015)

Ifølge Matt, Hess og Benlian (2015) hadde digitale transformasjonsstrategier noen fellestrekk, og i rammeverket om temaet kunne de derfor dele inn i fire dimensjoner: (1) *bruk av teknologier*, (2) *endringer i verdiskaping*, (3) *strukturelle endringer* og (4) *finansielle aspekter*. Under vil vi gå nærmere inn på disse fire dimensjonene.

Bruk av teknologier handler om bedrifters holdning til ny teknologi og deres evne til å utnytte disse teknologiene (Matt et al., 2015). Denne dimensjonen omhandler fremtidige teknologiske ambisjoner og den strategiske rollen til IT innenfor en bedrift. Fra et bedriftsperspektiv vil bruken av nye teknologier kunne fordre endringer i verdiskapingen. Digitalisering av produkter og tjenester kan muliggjøre eller tvinge frem nye former for inntjening eller endringer på bedriftens størrelse.

Med nye teknologier og ny form for verdiskaping følger ofte strukturelle endringer for å kunne tilby en passende grunn for de nye prosessene (Matt et al., 2015). Strukturelle endringer refererer til variasjoner i en bedrifts organisatoriske oppbygging, spesielt med tanke på plassering av de nye digitale aktivitetene i organisasjonsstrukturen. Ved evalueringen av hvilke strukturelle endringer som skal gjøres er det viktig å se på omfanget av endringene i teknologi og verdiskaping, og i hvor stor grad endringene påvirker produkter, prosesser og ferdigheter. Matt et al. eksemplifiserer med at dersom omfanget av endringene er nokså små, kan det være fordelaktig å integrere de nye prosessene i allerede eksisterende strukturer, mens det ved et større omfang vil kunne være bedre å danne et nytt datterselskap i bedriften.

Finansielle aspekter er en nødvendig dimensjon i rammeverket fordi de tre andre dimensjonene kun kan gjennomføres etter de finansielle aspektene er vurdert (Matt et al., 2015). Dimensjonen er både en driver og motvirkende kraft i transformasjonsprosessen.

## 2.4 Endringsledelse

Da vår casestudie er basert på et prosjekt som har ført til store endringer, har vi også inkludert et delkapittel om endringsledelse. Dette vil kunne hjelpe oss med å forstå mer av det som rører og har rørt seg i pasientreiseområdet.

---

Innen endringsledelse er kanskje de mest kjente modellene Lewins trestegsmodell og Kotters viderebygging av denne. Disse modellene har et tradisjonelt syn på endringsprosesser, der en endring er planlagt og skjer alene (Burnes, 2004). Lewins trestegsmodell består av tre enkle steg for en endringsprosess – destabiliser organisasjonen, gjennomfør endringen og stabiliser organisasjonen igjen (Lewin, 1947). Kotter (1995) videreutviklet Lewins trestegsmodell til en mer detaljert åttestegsmodell.

Flere forskere kritiserer den tradisjonelle vinklingen av at det kun er én endring som foregår til enhver tid slik Lewin (1947) og Kotter (1995) har som utgangspunkt i sine modeller, fremfor at mange endringer skjer samtidig (Brown & Eisenhardt, 1997; Burnes, 2004; Meyer & Stensaker, 2005). Det at mange endringer foregår på samme tid kan kalles multiple endringer (Meyer & Stensaker, 2005). Den tradisjonelle tankegangen om at endringer foregår én og én gir utfordringer dersom det faktisk er multiple endringer i organisasjonen. Meyer og Stensaker har funnet at særlig ansatte og mellomledere forventer at endringer skal skje etter Lewins tankegang med isolerte og klart avgrensede prosesser. For å klargjøre organisasjonen for endring mener Meyer og Stensaker det er viktig med endringskapasitet - evnen til å kunne gjennomføre nødvendige endringer uten å måtte påføre bedriften unødvendige kostnader.

Kotters åttestegsmodell er også kritisert for å ha et top-down-syn, mens en endringsprosess også kan behøve en bottom-up-vinkling, avhengig av hva slags organisasjon som skal endres (Mintzberg, 1998). Til tross for veldokumentert eksistens av utilsiktede og motvirkende utfall i endringssituasjoner, har top-down-endring forblitt normen i mange organisasjoner (Balogun, 2006). Balogun mener det er mye å vinne på å feste endringen hos mellomledere.

I senere tid har Kotter (2013) pekt på at endringshastigheten i organisasjoner stadig øker. Han mener mange ledere underestimerer hvor vanskelig det er å drive ansatte ut av sine komfortsoner, eller overestimerer hvor bra dette har blitt gjennomført. I tillegg mener Kotter enkelte ledere kan mangle tålmodighet til å opparbeide en følelse av hastverk for endring i organisasjonen, noe som er viktig for å oppnå suksess i endringssituasjoner. Begrenset endringserfaring forekommer i bedrifter som har generelt lite erfaring med endringer, eller lite erfaring med større endringer (Meyer & Stensaker, 2005). Meyer og Stensaker legger frem at ved lange og relativt stabile perioder i en bedrift med relativt begrenset endringserfaring kan ansatte slite med å forstå behovet for endring. De kan derfor ende opp med å bruke mye energi på å gjøre motstand mot endringene og mobilisere omkamp. Dette understøttes av Balogun

(2006), som mener de ansatte i stabile perioder responderer slik de er programmert til, mens denne formen for adferd antagelig vil avta etter en endring. De ansatte må blant annet tilvenne seg nye roller, ny teknologi og ny arbeidspraksis. Ansatte vil strebe etter å oppnå mening med den nye endringen. Endringen oppfattes annerledes lenger ned i organisasjonen og kan utløse uventede utfall enten i positiv eller negativ retning.

Balogun (2006) gjennomførte en studie hvor hun undersøkte en privat bedrift i endring. Tidlig i endringsprosessen fant hun flere uventede utfall, både positive og negative. De positive utfallene var at kjernevirksomheten taklet endringen godt ved kjapp kulturendring og tilvenning. Mellom nye avdelinger var det derimot mye gnisninger og lite samarbeidsvilje. Balogun så en tendens til at de ansatte ønsket å beskytte sin egen stilling og fortsette som før. Meyer og Stensaker (2005) peker også på problemer med at ansatte bruker mye tid på å håndtere egen usikkerhet, som igjen kan bidra til tapt produktivitet, et problem som er størst hos ansatte med liten endringserfaring. Det påpekes også at mellomledere i bedrifter med lav endringserfaring kan vise utrygghet i endringssituasjoner om de føler seg lite involverte i prosessen, noe som kan føre til at toppledernes intensjoner mistenkeliggjøres.

## 2.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi presentert relevant litteratur for å belyse vår problemstilling. For å forstå implikasjonene av digitalisering og hva slags påvirkning fenomenet kan ha på organisasjonen og ansatte har vi redegjort for flere utfordringer som kan oppstå ved digitalisering i bedrifter. Disse utfordringene kan blant annet være mangel på synlige gevinster på kort sikt, eller teknostress hos ansatte. I tillegg har vi beskrevet DEG, et styringsparadigme vi tror kan forklare noe av det digitale fokuset i den offentlige sektoren for øyeblikket. Dette kapittelet inneholder også en presentasjon av litteratur rundt sosio-teknisk teori som vi mener kan være nyttig for å studere hvilke effekter digitalisering kan ha på bedriftens struktur, ansatte og deres oppgaver. For å kunne forklare ansattes reaksjoner på endring har vi også inkludert noe relevant litteratur om endringsledelse.

---

## 3 Metode

Formålet med dette kapitlet er å redegjøre for hvordan studien er gjennomført. Vi vil først presentere hvorfor vi har valgt Pasientreiser som vår casebedrift, hvordan forskningen er utformet og litt om casestudier. Deretter vil vi redegjøre for datainnsamlingen som er gjort i forbindelse med studien og hvordan data har blitt bearbeidet. Avslutningsvis legger vi frem våre forventninger om funn og diskusjon om utredningens reliabilitet og validitet.

### 3.1 Valg av tema

Vi visste tidlig at vi ønsket å skrive om IT-investeringer i det norske helsevesenet da vi var klar over at det var mange pågående prosjekter i sektoren. I tillegg fascinerte oppbyggingen og strukturen oss. Opprinnelig var planen å sammenligne gevinster i lignende IT-prosjekter i de forskjellige regionene, men vi oppdaget raskt at det var vanskelig å få tak i data. Tidlig i prosessen leste vi oss opp på helsevesenet samtidig som vi prøvde å komme i kontakt med flere forskjellige helseforetak. Etter mange uker med avtaler som halvveis ble avklart og deretter forkastet av enhetene, begynte vi å se på muligheten for å skrive noe annet. Vi kontaktet derfor flere selskaper som holder på med robotisering. Da vi var i denne prosessen fikk vi imidlertid svar på henvendelser fra to bedrifter i helsesektoren som ønsket å hjelpe oss. Etter å ha snakket med begge bedriftene over telefon eller nett og diskutert med vår veileder, endte vi til slutt opp med å velge Pasientreiser som vår casebedrift. Det at vi kontaktet casebedriften og ikke omvendt betyr at faren for en skjult agenda fra bedriftens side er mindre, og gir denne studien mer integritet. Bedriften har bistått med dokumenter og intervjuobjekter, mens gjennomføringen av studien og tilhørende analyse og konklusjoner er gjennomført uten deres innblanding.

I løpet av tiden vi har jobbet med utredningen har vi hatt flere nettmøter med casebedriften. Før vi i det hele tatt hadde avtalt noe om tilgang på dokumenter og intervjuobjekter, var to ansatte fra bedriften klare for å gi oss en innføring i prosjektet. Det at bedriften har vært så mottagelig for oss, gitt oss tilgang på dokumenter og intervjuobjekter har vært veldig verdifullt. Dette har også betydd at vi har måttet være veldig bevisste på hva slags slutninger vi trekker, og at vi ikke må la bedriftens åpenhet la oss lokke til å trekke forhastede konklusjoner.

---

## 3.2 Forskningsdesign

Forskningsdesignet beskriver gjennomføringen av en undersøkelse for å forklare hvordan man vil besvare utredningens problemstilling og oppnå studiens formål (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011). Forskningsdesignet til utredningen kan beskrives ved å se på forskningstilnærmingen, forskningshensikten og metode for datainnsamling.

I denne utredningen studerer vi hvordan situasjonen i pasientreiseområdet er akkurat nå, herunder organiseringen og de ansatte innen reiser uten rekvisisjon. Vår tilnærming er derfor en kryss-seksjonell casestudie, der kryss-seksjonell betyr at vi har gjennomført en studie av et spesielt fenomen på et gitt tidspunkt (Saunders, Lewis & Thornhill, 2012) og casestudie refererer til en empirisk fremstilling som undersøker et nåværende fenomen i sin virkelige kontekst, spesielt når grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er tydelig (Yin, 2014). Videre har vår tilnærming til forskningsspørsmålet vært eksplorativ, da denne tilnærmingen er verdifull når man ønsker å stille åpne spørsmål for å utforske hva som har skjedd og evaluere et fenomen i et nytt lys (Saunders et al., 2012). Grunnet omfanget av utredningen på seks måneder har vi valgt en casestudie med én casebedrift for å kunne gå dypere inn på effektene av digitaliseringen.

Hensikten med vår studie har vært å undersøke hvordan digitalisering kan påvirke en organisasjon. Vi håper vårt bidrag kan benyttes til fremtidig forskning innen temaer rundt offentlig IKT og teknologiens påvirkning på virksomheter. For å utføre studien har vi gjennomført semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer og undersøkt sentrale dokumenter. En fordel med eksplorativ forskning er at den er fleksibel og tilpasningsdyktig til endring (Saunders et al., 2012), noe som har vært nyttig for oss i og med vi ikke har visst hva vi ville finne og har derfor vært avhengige av en tilnærming med mulighet for å modifisere metoden underveis.

## 3.3 Casestudie

En casestudie kan bestå av både kvalitativ og kvantitativ forskning (Yin, 2014). I vårt tilfelle har vi hovedsakelig kvalitative kilder, da vi fant det mest hensiktsmessig for å undersøke vårt forskningsspørsmål.



---

I likhet med andre forskningsmetoder er det svakheter med casestudier som man må være observant på når man utfører forskningen. Ifølge Yin (2014) er en av de største bekymringene med casestudier at forskerne ikke er strenge nok, og at mangel på systematiske fremgangsmåter og sløvhet muliggjør tvetydige observasjoner som kan påvirke retningen på konklusjoner og funn. Vi har underveis i studien lett etter motstridende informasjon og tolkninger i de ulike datakildene. Der hvor vi har funnet motsetninger, har vi søkt å få oppklart hva dette skyldes og eventuelt problematisert motsetningene i analysen. For å unngå at casebedriften styrer hvilke aspekter vi undersøker, har vi vært bevisste på at det kan forekomme asymmetrisk informasjon. For å kompensere for dette har vi bedt om interne dokumenter, datagrunnlag for beregninger og intervjuet flere ulike respondenter.

Design av en casestudie er en logisk plan for å komme fra *hit* til *dit*, hvor *hit* er et sett med spørsmål som skal besvares og *dit* er et sett av konklusjoner (Yin, 2014). Vi oppdaget tidlig i prosessen at et interessant aspekt med Pasientreiser var hvordan organisasjonsstrukturen hadde endret seg, og ønsket derfor å undersøke hvordan digitaliseringen hadde vært en driver for denne endringen. For å finne svar på dette valgte vi å benytte oss av offentlige og interne dokumenter i tillegg til intervjuer. Vi har brukt mye tid på å opparbeide oss kunnskap på hvordan helsesektoren er bygget opp, både strukturelt og i form av styringslinjer og beslutningsmyndighet.

## 3.4 Litteratur

Vi har benyttet induktiv metode da vi har utforsket data og utviklet tanker og teorier som vi senere har søkt etter å kunne relatere til litteraturen (Saunders et al., 2012). For å finne relevant litteratur har vi hovedsakelig benyttet Oria, Google Scholar og Business Source Complete. Søkord har vært varierende, men blant annet *e-government*, *health IT*, *IT enabled change*, *effects of information technology*, *offentlige digitaliseringsprosjekt* og *digitization* har vært benyttet. Ettersom påliteligheten til kildene er viktig, har vi nøstet oss bakover i litteraturen ved hjelp av referanser i artikler og rapporter. Når vi har sett på litteratur som virket relevant har vi også sett etter hvor denne har vært sitert, for å finne eventuelt nyere forskning som enten styrker eller utfordrer påstandene. For å finne relevant litteratur har vi også vært i kontakt med professorer ved Norges Handelshøyskole som har forsket på aktuelle fagfelt. Søk i litteraturen har vært tidkrevende og spennende.

## 3.5 Datainnsamling

Ifølge Yin (2014) er det seks hovedkilder til bevis ved datainnsamling – dokumenter, arkivmateriale, intervjuer, direkte observasjon, deltagerobservasjon (aktiv observasjon) og fysiske gjenstander. Vi har i vår casestudie hovedsakelig benyttet dokumenter og intervjuer da vi mener disse datatypene er mest hensiktsmessige for å besvare vår problemstilling. Med intervjuer som primærkilde og dokumenter som underbyggende kilde ønsker vi å besvare problemstillingen så godt som mulig. I denne delen av kapitlet legger vi frem hvordan vi har gått frem for å samle inn data, og hvilke kilder vi har brukt.

### 3.5.1 Dokumenter

For å kunne forstå prosjektet og pasientreiseområdet har vi benyttet oss av dokumenter. En liste over de viktigste dokumentene for vår utredning finnes i Tabell 2. Dokumentene har vært grunnleggende for forståelsen vår av Mine pasientreiser, men også viktige i utarbeidelse av intervjuguider. I tillegg har vi benyttet dokumentene for fremstillingen av pasientreiseområdet i kapittel 4.

Dokumenttype	Forfatter
Forprosjektrapport med vedlegg	Pasientreiser ANS
Sluttrapport for gjennomføringsfasen med vedlegg	Pasientreiser ANS
Utredning: fremtidig organisering av pasientreiser uten rekvisisjon med vedlegg	Pasientreiser ANS
Sak nr 55-2016	Styringsgruppen Mine pasientreiser

*Tabell 2: Oversikt over de viktigste dokumentene benyttet i utredningen*

### 3.5.2 Besøksdager

I april hadde vi tre dager hos casebedriften. I løpet av disse dagene gjennomførte vi fire intervjuer, fikk innføring i dokumenter som hadde blitt produsert i forbindelse med prosjektet og tilgang til dokumenter og kontaktpersoner. Disse dagene bidro til unik innsikt for studien vår. Personlig kontakt med mennesker vi tidligere hadde snakket med over nett og telefon gjorde at vi fikk et mer helhetlig inntrykk av både bedriften og prosjektet. Det var enkelt å spørre om småting som vi kanskje ellers ville glemte om vi måtte vente til neste telefonsamtale eller nettbaserte møte. I løpet av omvisningen ble vi også bevisste på enkelte forhold vi ikke

hadde klart å lese ut ifra prosjektrapporter og lignende dokumenter. Dette gjorde oss i stand til å stille noen flere kritiske spørsmål enn vi ville gjort om vi ikke hadde vært klar over situasjonen. Tilgangen på dokumenter gjorde også at vi kunne revidere spørsmålene til intervjuguiden noe, slik at spørsmålene ble mer spisset.

### 3.5.3 Intervjuer

I forbindelse med datainnsamlingen har vi til sammen gjennomført åtte intervjuer. Intervjuene ble gjennomført 19., 20. og 21. april, 11. og 19. mai 2017. Intervjuobjektene og deres tilknytning til prosjektet er listet i Tabell 3. Intervjuobjektene består av mennesker i ulike deler av organisasjonen. Vi har etter enkelte respondenters ønske anonymisert de til å være representanter fra et regionalt pasientreisekontor. I utredningen har vi i noen tilfeller valgt å anonymisere utsagn ved å skrive *en av respondentene* og lignende, der utsagnene kan være avslørende for hvilken respondent det gjelder.

Samtlige respondenter har vært inkludert i prosjektet, enten gjennom å sitte i prosjektledelsen eller gjennom å være mottager av løsning. Fra prosjektledelsen har vi intervjuet prosjektleder, assisterende prosjektleder og to delprosjektledere. Delprosjektlederne har hatt ansvar for *forvaltning, prosess og opplæring* og *teknologi og utvikling*. De fleste av respondentene har høyere utdanning, og foruten respondent E har samtlige respondenter vært ansatt i pasientreiseområdet i gjennomføringsfasen av prosjektet. Respondent A, B, C og D er valgt ut for oss av Pasientreiser, mens de resterende respondentene har vi selv kontaktet for å få med synspunkter fra andre steder i prosjektet.

Respondent	Bedrift	Rolle	Lengde
A	Pasientreiser HF	Prosjektledelsen	1:18:37
B	Pasientreiser HF	Prosjektledelsen	53:55
C	Pasientreiser HF	Prosjektledelsen	1:18:06
D	Pasientreiser HF	Prosjektledelsen	36:53
E	Direktorat for E-Helse	Prosjektledelsen	25:34
F	Regionalt pasientreisekontor	Representant	26:25
G	Regionalt pasientreisekontor	Representant	46:23
H	Regionalt pasientreisekontor	Representant	44:54

Tabell 3: Oversikt over intervjuobjekter, deres tilknytning i prosjektet og lengde på intervjuer

---

Da vi har respondenter fra både styringsgruppen til prosjektet og representanter fra pasientreisekontorene, har vi laget to ulike intervjuguider i forbindelse med intervjuene. Årsaken til at vi lagde to er at respondentene i ulik grad har vært inkludert i prosjektet på grunn av deres posisjoner i pasientreiseområdet. Ved å omformulere og endre litt på spørsmålene kunne de fortsatt svare på de samme overordnede temaene. Begge intervjuguidene bygger på innhentet informasjon fra prosjektdokumenter og mer uformelle samtaler med casebedriften over nettbaserte møter. For å ikke avsløre identiteten til enkelte intervjuobjekter har vi i denne utredningen kun vedlagt en overordnet intervjuguide (Vedlegg 2) som dekker alle tema fra intervjuene.

Utvalget vårt har mange representanter fra Pasientreiser, noe som skyldes at Pasientreiser hadde gjennomføringsansvaret for prosjektet og derfor satte inn en del interne ressurser i prosjektet. Myers og Newman (2007) påpeker at et topptungt utvalg av respondenter kan være problematisk. Vi har vært bevisste på skjevheter dette kan gi i uttalelser og har derfor også hentet inn informanter fra andre steder i pasientreiseområdet for å balansere synspunktene i utredningen. Grunnet tidsomfanget av studien har vi begrenset utvalget vårt. En viktig begrensning med studien er derfor at vi ikke får undersøkt hva slags påvirkning digitaliseringsprosjektet har hatt på pasienter. I tillegg har vi kun representanter fra tre av fire regionale pasientreisekontor, da ett kontor ikke hadde kapasitet til å hjelpe oss. Likevel mener vi at utvalget kan være med på å gi et godt bilde av situasjonen i pasientreiseområdet for øyeblikket, da vi har hatt respondenter fra de ulike delene av området.

Da vi skulle gjennomføre intervjuer var det viktig for oss at informantene var forberedt på det vi skulle spørre om, samtidig som det var vesentlig at de ikke skulle ha muligheten til å memorere og øve inn svar. Vi sendte ut et informasjonsskriv (Vedlegg 1) til respondentene i forkant av intervjuene hvor vi også til de som etterspurte det la ved en bearbejdet intervjuguide. Informasjonsskrivet var ment som en påminnelse om hva de hadde sagt seg villige til å bli med på, samtidig som vi ønsket å bygge tillit til oss som forskere. Den bearbejdede intervjuguiden bestod ikke av konkrete spørsmål, men inneholdt overordnede tema og beskrivelse av disse. I informasjonsskrivet fortalte vi også om vår hensikt med intervjuet og at vi ønsket å ta opptak. Intervjuobjektene ble tildelt et samtykkeskjema (Vedlegg 3) i forkant av intervjuet hvor de skrev under på at de hadde forstått hva vi skulle gjøre og deres muligheter i løpet av intervjuet.

---

Det kvalitative intervjuet er det mest vanlige og en av de viktigste datainnsamlingsmetodene for kvalitativ forskning (Myers & Newman, 2007). Kvalitative intervjuer kan deles inn i ulike typer: strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte (Saunders et al., 2012). I et strukturert intervju er spørsmål og rekkefølgen på de bestemt på forhånd, og det er ikke rom for improvisasjon. I semistrukturerte intervjuer har også spørsmål og rekkefølge blitt bestemt på forhånd, men det er mer rom for å endre på rekkefølgen og å finne mer presise oppfølgingsspørsmål til hvert intervjuobjekt. I et ustrukturert intervju skal den som intervjuer styre intervjuobjektet minst mulig, da intervjuobjektet skal bestemme mest av temaet for intervjuet. Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer da vi ønsket en fleksibel intervjuform hvor vi hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål samtidig som vi kunne ha en samtalelignende tone på intervjuet for å gjøre intervjuobjektet mer komfortabel i situasjonen.

Myers og Newman (2007) argumenterer for at intervju ikke nødvendigvis er en uproblematisk metode, at intervjusettingen er kunstig og dermed gir skjevheter. Problemene med intervjuer bunner i at informanten ikke stoler fullstendig på intervjuer, at tiden beregnet på intervjuet ikke er tilstrekkelig og at det kan oppstå misforståelser rundt ord og uttrykk. Med et semistrukturert intervju og en uformell samtale i forkant av intervjuene mener vi at vi fikk en litt mer naturlig form på intervjuet. Vi åpnet også for at informanten kunne stille spørsmål om uklarheter, noe de fleste også benyttet seg av i løpet av intervjuene. Vi hadde mellom 30 til 90 minutter satt av til hvert intervju, og rakk gjennom alle spørsmål på den tiden.

Speilingsmetoden er anbefalt av Myers og Newman (2007) for å fokusere på informantens oppfatning. Metoden innebærer å bruke informantens egne ord og fraser når spørsmål konstrueres, nettopp for å holde seg til informantens oppfatning. Vi benyttet denne metoden i løpet av intervjuene ved at vi omformulerte de spørsmålene vi hadde i intervjuguiden ved hjelp av ord, uttrykk og henvisning til tidligere samtaler med intervjuobjektet. I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål om vi fryktet misforståelser.

I etterkant av intervjuene ble lydfilene transkribert. Vi benyttet programmet ExpressScribe for å spille av lydfilene. Alt som ble sagt under intervjuene ble i all hovedsak transkribert. Pauser og hendelser som latter ble markert. Det eneste som har blitt utelatt fra transkribering er innledende og avsluttende bemerkninger som ikke har noen betydning for analysen, samtidig som bekræftende ord og lyder fra oss som intervjuere ikke ble inkludert. Dette ble utelatt fordi det er noe som ikke har betydning for analysen av materialet. Bekræftende ord og lyder fra

---

informantene ble derimot inkludert i de transkriberte dokumentene, da dette er viktig for å vise hvor informantene bekreftet at de forstod spørsmål eller var enig i våre utsagn. I alt fikk vi 140 dataskrevne sider med transkriberte intervjuer som vi har benyttet som datamateriale i vår analyse. Lydfilene ble oppbevart trygt og i etterkant av transkriberingen ble de slettet på en sikker måte.

## 3.6 Bearbeiding av data

Vi leste begge gjennom de transkriberte intervjuene slik at vi kunne oppklare eventuelle forskjellige tolkninger av ytringene. Deretter overførte vi det vi mente var viktig for vår utredning over i et nytt dokument med overordnede tema for kategorisering. Etter dette gikk vi gjennom det nye dokumentet og kodet dette en gang til for å finne flere sammenhenger mellom utsagnene til respondentene. Da vi hadde gjort dette skrev vi utsagnene over i et dokument som fulgte den kronologiske rekkefølgen til prosjektet. Her var vi hele tiden bevisst på å ikke tolke noen av utsagnene utover det som faktisk ble sagt. Til slutt så vi etter sammenhenger i teorien og prosjektgangen, før vi analyserte dette sammen med annen kontekst.

Når data skal analyseres i en casestudie er et alternativ til p-verdi å identifisere og påpeke en rivaliserende forklaring på funnene (Yin, 2014). Det er viktig å identifisere mulige forklaringer i forkant av datainnsamlingen for at det også skal samles inn data rundt disse rivaliserende forklaringene. Vi har gjennomgående prøvd å stille kritiske spørsmål for å få frem intervjuobjektens oppfatninger. I analysen vår har vi også vært oppmerksomme på at uttalelsene til intervjuobjektene ikke nødvendigvis er fakta, men en subjektiv oppfatning av situasjonen. Vi har gjennom de ulike intervjuene også fått frem ulike oppfatninger av samme fenomen og prøvd å fremstille disse i analysedelen. I analysen har vi forsøkt å finne rivaliserende forklaringer på respondentenes utsagn og i tillegg satt dette opp mot teori for å gi et mer nyansert bilde av fenomenene.

---

## 3.7 Forventninger om funn

Under avklaringen om hvorvidt vi skulle benytte Mine pasientreiser som case i vår masterutredning fikk vi presentert prosjektet fra to personer i den tidligere prosjektledelsen. Vi fikk presentert hvordan de hadde oppfattet prosjektet, og langt på vei gjennomgått prosjektets sluttrapport. På bakgrunn av den informasjonen vi fikk presentert forventet vi å finne resultater av et velorganisert prosjekt. De omfattende omorganiseringene som delvis var gjennomført, og som videre skulle endres på var interessante. I tillegg var de gamle og uoversiktlige styringslinjene noe som pirret interessen for prosjektet.

Tilnærmingen til studien har vært eksplorativ og forskningsspørsmålet vårt inneholder spørsmål om *hvordan* og *hvorfor*. Dette innebærer at vi ikke har hatt en klar formening om hva vi kunne forvente å finne. Fra begynnelsen av studien har vi hatt kjennskap til de strukturelle endringene som har kommet i etterkant av Mine pasientreiser og hadde derfor et ønske om å finne forklaringer på hvorfor det ble slik. Vi hadde et håp om at utredningen kunne være et bidrag til fremtidige prosjekter, slik at de kunne gjennomføres med et like godt sluttresultat som vi opplevde at Mine pasientreiser hadde hatt.

## 3.8 Reliabilitet og validitet

I dette delkapittelet vil vi vurdere styrker og svakheter med forskningsmetoden benyttet i denne utredningen, ved å diskutere hva vi har gjort for å styrke studiens reliabilitet og validitet.

### *Reliabilitet*

Reliabilitet er et mål på hvorvidt datainnsamlingen vil gi konsistente funn (Saunders et al., 2012). Reliabilitet i kvalitativ forskning ses ofte i forbindelse med pålitelighet (Johannessen et al., 2011). Evaluering av reliabilitet kan gjøres ved å stille spørsmål om hvorvidt andre forskere ville kommet frem til de samme funnene. Semi-strukturerte dybdeintervjuer har generelt lav reliabilitet fordi det kan være vanskelig å gjenskape tilsvarende intervjusituasjon med like spørsmål og samspill mellom intervjuer og respondent. Forskere kan styrke påliteligheten ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten til hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2011). Vi har forsøkt å øke påliteligheten ved å sette oss godt inn i konteksten ved hjelp av offentlige og interne dokumenter

---

for pasientreiseområdet, nettsider og dybdeintervjuer med respondenter fra ulike steder i organisasjonen. Vi har vært åpne i fremstillingen av metoden for gjennomføringen av studien og gitt en presentasjon av kontekst til lesere.

Det finnes ulike trusler for reliabiliteten i en studie, og respondentfeil er en av disse (Saunders et al., 2012). Respondentfeil omhandler at respondenten påvirkes av ulike faktorer som for eksempel tidspunkt på dagen, humør eller hvor langt ut i arbeidsuken intervjuet foregår. Selv om respondentfeil som følge av eksempelvis humør og energinivå er vanskelig å eliminere, har vi forsøkt å redusere muligheten for denne typen feil. Vi har forberedt respondentene på intervjusituasjonen ved å gi de en oversikt over temaene i intervjuguiden i god tid før intervjuene i tillegg til at alle intervjuene ble gjennomført på et tidspunkt respondentene eller noen med oversikt over deres timeplan foreslo.

En annen trussel for reliabiliteten er respondentskjevhet, en trussel som refererer til at respondenten uttaler seg på bakgrunn av hva vedkommende tror andre ønsker (Saunders et al., 2012). I forkant av intervjuene har vi unngått å formidle egne forventninger om funn i studien. Ved også å anonymisere respondenter etter en form de selv var komfortable med og presisere at de kan velge å ikke svare på spørsmål, har vi forsøkt å redusere muligheter for respondentskjevhet. Likevel kan det forekomme respondentskjevhet i denne studien, spesielt blant representantene fra de regionale pasientreisekontorene, da respondentene kan ha modifisert sine utsagn noe i frykt for å bli gjenkjent.

Forskerfeil og forskerskjevhet er også trusler for reliabiliteten i studien (Saunders et al., 2012). Forskerfeil omhandler muligheten for at forskere lokker frem svarene de ønsker gjennom intervjuene, mens forskerskjevhet er skjevheten som oppstår ved ulik tolkning av data. Vi har forsøkt å redusere forskerfeil ved å forsikre oss om at respondentene har forstått spørsmålene og å stille åpne spørsmål. I og med vår studie er eksplorativ har vi heller ikke nødvendigvis hatt mulighet til å stille ledende spørsmål fordi målet har vært å finne svar på noe uvisst. Dette er med på å redusere mulighet for forskerfeil, men kan samtidig være en ulempe for datagrunnlaget til studien. For å redusere forskerskjevhet har vi kontinuerlig arbeidet sammen ved analyse og bearbeiding av datagrunnlaget. Dette har vært tidkrevende, men diskusjonene har gjort oss i stand til å se ulike tolkningsmuligheter av respondentenes utsagn, noe som igjen har gjort oss skjerpet på hvordan vi har fremstilt og analysert ulike uttalelser.



---

## *Validitet*

Validitet er hvorvidt funnene virkelig reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Saunders et al., 2012). I en casestudie vil den generelle validiteten kunne styrkes ved bruk av ulike typer bevis og å få nøkkelpersoner til å gå gjennom utkast (Yin, 2014). Vi har innhentet to typer bevis, dokumenter og intervjuer. I tillegg har kontaktpersoner i Pasientreiser lest gjennom utredningen da den var nesten ferdigstilt for å luke ut eventuelle feil eller mangler i konteksten. Bruk av kvantitative data eller andre kvalitative bevistyper kunne styrket de kvalitative funnene i utredningen.

Validiteten i en studie kan måles gjennom overensstemmelse, noe som betyr at funnene et resultat av forskningen og ikke av forskernes subjektive holdninger (Johannessen et al., 2011). Underveis i prosjektet har det vært hensiktsmessig for oss å diskutere meningen bak ulike uttalelser og begreper brukt av respondentene. I tillegg har det også vært viktig å diskutere hvilke oppfatninger vi selv satt med underveis i arbeidet, både for å selv bli bevisst egne tolkninger, men også for å være bevisst hva den andre mente om ulike forhold i studien. På denne måten har vi forsøkt å være kritisk til egne oppfatninger, og heller spurt etter nye definisjoner og fått oppklaringer der hvor vi har tolket ting ulikt.

En studie med høy intern validitet undersøker det den har til hensikt å undersøke, og den interne validiteten kan styrkes ved hjelp av metodetriangulering og vedvarende observasjon (Johannessen et al., 2011). Innen kvalitativ forskning kaller man ofte intern validitet for pålitelighet. Grunnet tiden vi har hatt til rådighet for gjennomføringen av denne studien har det vært vanskelig å få til vedvarende observasjon og metodetriangulering. Metodetriangulering er ressurskrevende da det fordrer mange kilder til innsamling av data, og med to forskere fant vi det mer hensiktsmessig å oppnå høy kvalitet i én form for datainnsamling fremfor lavere kvalitet på flere. Den interne validiteten kan også styrkes ved å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene, eller ved å be andre undersøke det samme materialet for å se om det blir en lignende fortolkning hos andre (Johannessen et al., 2011). Resultatene har blitt oversendt til Pasientreiser, men fortolkning av alt datamaterialet fra andre parter har ikke blitt gjennomført grunnet mangel på ressurser.

Ekstern validitet, eller overførbarhet innen kvalitativ forskning, dreier seg om hvorvidt en lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre

sammenhenger (Johannessen et al., 2011). Yin (2014) påpeker at casestudier fører til mulighet for analytisk generalisering og er et bidrag til analyse av teori fremfor analyse av sannsynligheter. Gjennom å forsøke å forklare vår casestudie ved hjelp av teori har vi søkt å tilstrebe ekstern validitet. En studie av flere prosjekter ville antagelig styrket den eksterne validiteten, men som nevnt har tid og ressurstilgang vært avgjørende for forskningstilnærmingen. Vi har sett det mer hensiktsmessig å ha én casebedrift med ett digitaliseringsprosjekt der datainnsamlingen er nøye planlagt og bearbeidet, enn flere casebedrifter og lavere grad av kvalitet.

---

## 4 Prosjektets kontekst

Norsk helsevesen er inne i en stor digital transformasjon, hvor stadig flere tjenester blir tilgjengelig digitalt (Meld.St. nr. 11, 2015-2016). For å forstå omfanget og utfordringene knyttet til Mine pasientreiser er det viktig med en forståelse av organiseringen av offentlig sektor og implikasjonen av politiske føringer på helsesektoren. Vi vil i dette kapittelet derfor gå gjennom IKT i det offentlige og hvordan helsevesenet i Norge er bygget opp før vi går over på pasientreiseområdet og digitaliseringsprosjektet Mine Pasientreiser.

### 4.1 IKT i det offentlige

Som en del av norsk politikk utvikles det nasjonale strategier for tjenesteyting i offentlig sektor. Disse strategiene har de senere årene hatt mer fokus på digitale løsninger som en del av tjenesteleveransen til innbyggere i Norge. Første stortingsmelding som omhandlet IKT i det offentlige ble lagt frem i 2006:

*Regjeringas ambisjon er todelt. Brukarane skal møte ein open, tilgjengeleg og samanhengande offentleg sektor som tilbyr heilskaplege og fullstendige digitale tenester gjennom gode elektroniske sjølvbeteningsløysingar. Og regjeringa vil effektivisere og frigjere ressursar ved bruk av IKT, for dermed å kunne styrkje det offentlege velferdstilbodet samtidig som administrasjonen blir redusert.(St.meld. nr 17, 2006-2007, s. 12)*

I Regjeringens fornyingsstrategi (2007) og Statens kommunikasjonspolitikk (2012) slås det fast at elektronisk kommunikasjon skal være den primære kanalen for dialogen mellom innbyggerne og offentlige virksomheter. I 2012 ble prinsippet Digitalt Førstevalg introdusert i Regjeringens Digitaliseringsprogram:

*Egnede tjenester skal tilbys digitalt og skal være den normale måten å kommunisere med forvaltningen på. Innbyggerne må aktivt velge manuelle løsninger hvis de foretrekker det. (Meld.St. nr. 9, 2012-2013, s. 12)*

Målet med digitalisering av offentlig sektor er ifølge Regjeringens Digitaliseringsprogram todelt (Meld.St. nr. 9, 2012-2013). Digitaliseringen skal bedre tjenester til innbyggere og næringsliv i tillegg til å sikre mer effektiv bruk av offentlige ressurser. Regjeringens Digitaliseringsprogram påpeker også hvordan sektororganisering i det offentlige skaper utfordringer ved koordinering og samordning. Innbyggernes behov går ofte på tvers av flere sektorer og forutsetter informasjonsutveksling mellom de ulike virksomhetene. Sterkere

---

samordning av IKT-utviklingen behøves da denne informasjonsutvekslingen utfordrer allerede eksisterende ansvarsgrenser. I tillegg til koordinering og samkjøring på tvers av sektorer, har staten også gjennom Digitaliseringsrundskrivet til Kommunal- og Moderniseringsdepartementet (2016) stilt krav om at alle offentlige nettsider skal være universelt utformet, og dermed favne alle som ønsker å ta i bruk digital kommunikasjon med staten.

I *Global Information Technology Report 2016* legger World Economic Forum frem en analyse av 139 økonomier og deres såkalte *Network Readiness Index* (World Economic Forum, 2016). Indeksen er et verktøy for å vurdere lands beredskap til å høste fordelene med ny teknologi og utnytte mulighetene som vokser frem fra digital transformasjon. Økonomiene vurderes innen fire hovedkategorier – (1) overordnet miljø for bruk og dannelse av teknologi, hvor god beredskap økonomiene har for infrastruktur for teknologi, (2) ferdigheter innen IKT, (3) bruk av teknologi i det offentlige, private og av privatpersoner, samt (4) økonomisk og sosial påvirkning fra ny teknologi.

I 2016 havnet Norge på en fjerdeplass av de 139 økonomiene vurdert i rapporten (World Economic Forum, 2016). Ifølge rapporten har 96,3 % av nordmenn tilgang til nett, til tross for at Norge er på en 71. plass når det gjelder pris på internettilgang. Når det gjelder offentlig bruk av teknologi har Norge klatret seks plasser til en 18. plass i 2016, slått av blant annet nasjoner som Malaysia, Estland og Rwanda. Norge kom i 2016 også på en 18. plass i FNs rangering av nasjoners digitale forvaltning (United Nations, 2016).

Rambøll Consulting legger i sin rapport *IT i praksis* (2016) frem at en økende grad av befolkningen tar i bruk digital kommunikasjon med det offentlige. I 2015 svarte 71 % av utvalget at de hadde vært i kontakt med det offentlige gjennom en digital plattform, mens andelen hadde økt til 77 % i 2016. Den økende bruken av digitale kommunikasjonsformer viser at grunnlaget for statens satsning på digitalisering er tilstede og Norges fjerdeplass i *Global Information Technology Report 2016* skulle tilsi at det er gode forutsetninger for å kunne gjennomføre digitalisering i offentlig sektor.

---

### 4.1.1 IKT i helsesektoren

Thompson og Dean (2009) påpeker at helsesektoren trenger standarder og penger for å komme noen vei med store IT-initiativer. 1. september 2015 ble det innført en ny forskrift om IKT-standarder i Norge (Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, 2016). Ifølge Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (HOD) vil kodeverk og terminologi gjøre det mulig å oppnå entydig bruk av koder og begreper i helseregistre og IKT. Videre skal standardene muliggjøre gjenbruk av data til kvalitetsforbedring, forskning, styring og helseovervåkning.

Direktorat for e-helse (E-helse) ble etablert i begynnelsen av 2016, og deres ansvarsområde er å skape og etablere standarder og forvalte og realisere digitale, nasjonale e-helseløsninger som bidrar til en effektiv helsetjeneste med høy kvalitet (Direktoratet for e-helse, 2017). E-helse har som en av sine oppgaver å utvikle en nasjonalt dekkende helseportal, helsenorge.no, som blant annet har som mål å skjerme innbyggerne fra den komplekse organiseringen i norsk helsevesen (Meld.St. nr. 9, 2012-2013).

Innføring av IT har vist seg å være en stor suksess når det gjelder å forbedre pasientflyt for individuelle sykehus, og har stort potensiale for store hendelser som naturkatastrofer (Thompson & Dean, 2009). Likevel er store og omfattende IT-systemer vanskelig å få til i helsesektoren, mye grunnet både intern og ekstern systemintegrasjon.

## 4.2 Organisering av helsevesenet

I 2002 ble det gjennomført en helsereform i Norge som endret organiseringen av spesialisthelsetjenesten ved at det ble opprettet fem ulike regioner med økt autonomi og desentralisert lederskap (Østergren, 2009). De fem regionene har i ettertid blitt til fire og har selskapsbetegnelsen *regionalt helseforetak* (RHF). HOD er helsevesenets høyeste organ og eier de fire helseregionene Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF (Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, 2012, i.d.). Under hver helseregion ligger det flere helseforetak (HF), som også er selvstendige enheter.

I tillegg til å være inndelt i regioner er det norske helsevesenet også delt inn i to medisinske hovedområder – primær- og spesialisthelsetjenesten (Statsministerens Kontor, 2014). De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen spesialhelsetjenester, mens det er kommunene som står for primærhelsetjenestene. Spesialhelsetjenesten består blant annet av

---

somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, laboratorie- og røntgenvirksomhet (Helsedirektoratet, 2016). Fastleger, helsestasjoner, skolehelsetjenester, hjemmetjenester, sykehjem og psykisk helsearbeid er tjenester i primærhelsetjenesten.

Staten står ansvarlig for alle forpliktelser i helseforetakene gjennom helseregionene (Helseforetaksloven, 2001, §7). Hver region er sitt eget rettssubjekt (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s. 23), følger bedriftsøkonomiske prinsipper, har autonom økonomistyring og krav om nullsumsdrift (Meld.St. nr. 11, 2015-2016). Statens påvirkning av driften skjer gjennom eierforholdet. Det var forventet at helsereformen i 2002 skulle bedre forholdene for ledere av de ulike medisinske avdelingene ettersom hver region fikk mer autonomi, og ble mindre politisk styrt (Østergren, 2009). Et resultat av økt autonomi og regional organisering var liten grad av samhandling samt ulik organisering og kontroll.

### 4.3 Helsereformen og inspirasjon fra NPM

For å forstå bakgrunnen for den opprinnelige strukturen i helsesektoren og pasientreiseområdet, tror vi det er hensiktsmessig å presentere relevant forskning om hva som kan ha formet helsereformen i 2002. Som beskrevet i kapittel 2.2, har det fra 1980-tallet og frem til tusenårsskiftet vært populært å hente inspirasjon fra den ny-liberalistiske tankegangen i New Public Management (NPM) (Klausen et al., 2011). NPM er ikke en komplett teori, men heller noe som blir benyttet som en handlekurv av reformelementer (Aucoin, 1990). Noe bruk av NPM finner man også i dag, men fra 2000 har det vært avtagende popularitet (Klausen et al., 2011).

I etterkant av helsereformen i 2002 har flere forskere argumentert for at reformen var inspirert av komponenter i NPM (Christensen, 2003; Johansen, 2005; Stigen, Opedal & Læg Reid, 2005). Helsereformen bestod av to hovedelementer, statens overtakelse av sykehusene og en tilknytning mellom sykehus og stat basert på en foretaksmodell (Stigen et al., 2005).

Før helsereformen var sykehusene i stor grad politikerstyrt, mens helsereformen førte til en mer kommersielt styrt helsesektor med bedriftsøkonomiske prinsipper, noe som ifølge flere forskere er i tråd med NPM (Christensen, 2003; Stigen et al., 2005). Politikerne beholdt innflytelsen på helsesektoren gjennom HOD sitt eierforhold til regionene (Christensen, 2003). Christensen

---

mener bedriftsøkonomiske prinsipper ble spesielt tydelig da det ble foreslått nedleggelse av lokale sykehus grunnet et ønske om reduserte kostnader, noe som gikk direkte imot tradisjonell norsk distriktpolitikk. Videre argumenter Christensen for at det har vært tegn til kommersiell tankegang hos sykehusene når de har ønsket å behandle de pasientene som gir mest inntekter ved sine fasiliteter.

Helsereformen åpnet for at flere yrkesgrupper kunne søke på stillinger som tidligere var forbeholdt leger (Johansen, 2005). Johansen mener dette var et tegn på profesjonalisering av ledelsen og dermed NPM. Den desentraliserte regionale styringen av helsesektoren har også blitt trukket frem som et tegn på NPM (Christensen, 2003). Christensen viser også til at politisk innblanding gjennom eierforholdet er et forsøk på sentral styring på tross av den desentraliserte strukturen og prinsipper om autonomi.

NPM har blitt kritisert for ikke å ta hensyn til de områdene der offentlige instanser skiller seg fra privat næringsliv. Klausen et al. (2011) påpeker hvordan offentlige organisasjoner sjelden er fri for politiske føringer. Gjennom NPM møter offentlig sektor individualismens ønske. NPM berører samtidig sterkt forankrede prinsipper som vern av de svakeste i samfunnet og beskyttelse av arbeidstagerne.

## 4.4 Pasientreiseområdet

I denne delen av kapittelet presenterer vi informasjon om pasientreiseområdet. Prosjektet Mine pasientreiser er kun knyttet til reiser uten rekvisisjon, og vi vil derfor fokusere på denne delen av pasientreiseområdet i fremstillingen. For å forstå virksomheten det er snakk om, vil vi i de kommende delkapitlene først forklare hva en pasientreise er. Deretter følger en oversikt over hvordan pasientreiseområdet var organisert i forkant av prosjektet, før vi gir et innblikk i prosjektet og hvordan tilstanden er nå. Til slutt forklares pasientreiseområdets nåværende organisering og hvordan planen for fremtidig virksomhetsoverdragelse ser ut.

### 4.4.1 Hva er en pasientreise?

Pasientreiseområdet bunner i en pasientrettighet der pasienten har rett til å få dekket reiseutgifter innenfor gitte rammer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-6; Pasientreiseforskriften, 2015, § 1). Pasientreiser kan hovedsakelig deles inn i to, reiser med og

---

uten rekvisisjon (Pasientreiser HF, 2017a). Reiser med rekvisisjon er reiser som bestilles gjennom pasientreisekontorene, enten av behandleren eller pasienten selv. Dette er aktuelt når pasienten ikke kan benytte rutegående transport på grunn av helsemessige årsaker, eller fordi pasienten ikke har et tilbud om offentlig transport på strekningen. Reiser uten rekvisisjon er reiser som pasienten organiserer selv, for så å søke om å få dekket utgifter i etterkant.

Helseregionene og Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er økonomisk ansvarlige for kostnader utover egenandeler knyttet til pasientrettigheter utløst i regionen, dette gjelder også når Pasientreiser HF saksbehandler refusjonskrav på vegne av regionene (Pasientreiser ANS, 2014).

#### **4.4.2 Pasientreiser**

Pasientreiser ANS ble stiftet i 2009 og eies av de fire regionale helseforetakene (Pasientreiser HF, 2017b). Helse Sør-Øst RHF eier 40 % av selskapet, mens de tre resterende regionene eier 20 % hver. 1. april 2017 ble Pasientreiser ANS overført til Pasientreiser HF. I denne utredningen benytter vi, som beskrevet innledningsvis, navnet Pasientreiser med mindre selskapsbetegnelsen har en betydning for sammenhengen.

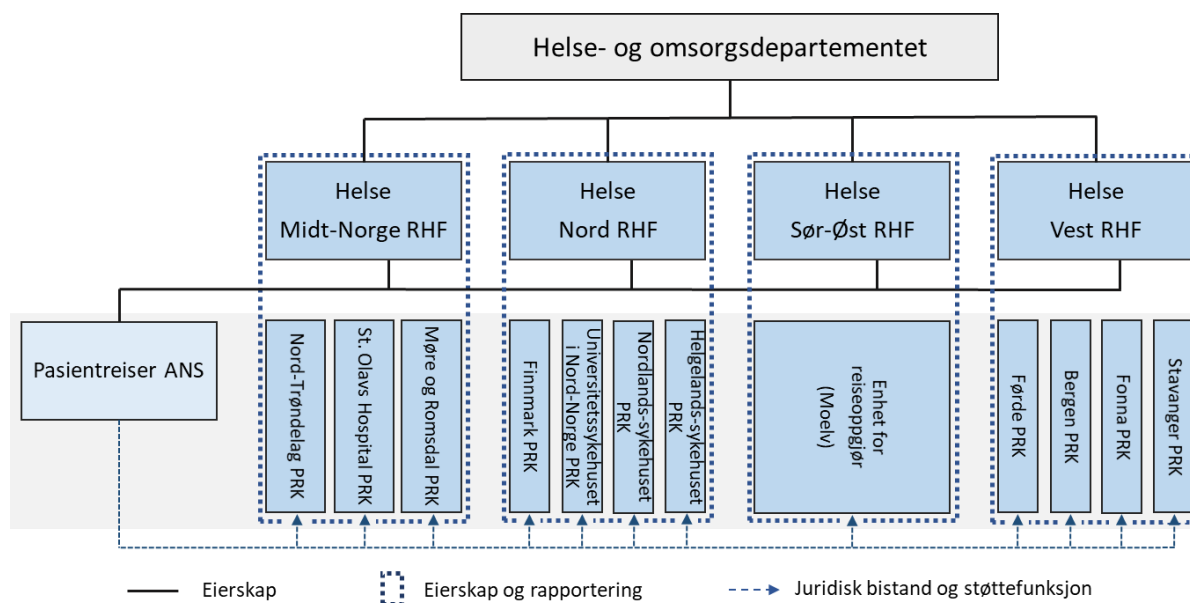
Pasientreiser har eierskap og ansvar for datasystemene som benyttes til saksbehandling av reiser med og uten rekvisisjon, telefonsystemet for brukerstøtte og hjemmesiden pasientreiser.no (Pasientreiser HF, 2017b). Selskapet er også ansvarlig for nasjonalt informasjonsmaterieell og skjemaer, i tillegg til å tilby juridisk bistand og opplæring til pasientreisekontorene. Saksbehandlingen av pasientreiser er underlagt helseregionene i egne pasientreisekontor. Pasientreiser fungerer som et nasjonalt kompetansesenter innenfor pasientreiseområdet og er lokalisert i Skien.

#### **4.4.3 Pasientreiseområdet i forkant av prosjektet**

I forkant av prosjektet var pasientreiseområdet delt inn i 19 enheter, 18 lokale pasientreisekontorer og den nasjonale enheten Pasientreiser (Pasientreiser ANS, 2014). De lokale pasientreisekontorene var organisert under hvert sitt lokale helseforetak. I Helse Sør-Øst RHF hadde de valgt en regional organisering av reiser uten rekvisisjon slik at kun ett kontor behandlet alle reiser innenfor dette området. De resterende pasientreisekontorene i regionen behandlet altså kun reiser *med* rekvisisjon. De tre andre regionale helseforetakene hadde



organisert det slik at reiser uten rekvisisjon var en del av arbeidsoppgavene ved alle de lokale pasientreisekontorene. Totalt hadde tolv pasientreisekontor i tillegg til Pasientreiser arbeids- og ansvarsområder knyttet til reiser uten rekvisisjon før prosjektet. Figur 2 viser organiseringen i forkant av prosjektet. De stiplede rektanglene illustrerer hvilke pasientreisekontorer som eies av og rapporterer til de ulike helseregionene.



Figur 2: Organiseringen av reiser uten rekvisisjon i forkant av implementeringen av prosjektet. PRK er en forkortelse for pasientreisekontor.

I 2014 ble det kartlagt at 174 årsverk direkte kunne knyttes til reiser uten rekvisisjon i pasientreiseområdet (Pasientreiser ANS, 2015). Tabell 4 viser fordelingen av årsverk for hver helseregion i forkant av prosjektet.

Region	Antall årsverk 2014
Helse Nord RHF	41
Helse Midt-Norge RHF	27
Helse Vest RHF	33
Helse Sør-Øst RHF	49
Pasientreiser ANS	24
<b>Totalt</b>	<b>174</b>

Tabell 4: Fordeling av årsverk per helseregion.

Fra den nye teknologiske løsningen utarbeidet av prosjektet ble implementert 1. oktober 2016 har reiser uten rekvisisjon vært gjennom en strukturell endring. I forkant av lanseringen

---

behandlet 12 ulike pasientreisekontorer reiser uten rekvisisjon, mens det de siste månedene av 2016 ble håndtert ved fire regionale kontor (Pasientreiser ANS, 2016b). Pasientreiseområdet (både med og uten rekvisisjon) håndterte i 2016 4,5 millioner reiser uten rekvisisjon og 4,3 millioner reiser med rekvisisjon (Pasientreiser HF, 2017a). I tillegg ble 1,9 millioner telefonhenvendelser og 750 000 refusjonskrav behandlet.

### *Erfaringer fra organisering før prosjektet*

Under intervjuene ble respondentene spurt om hva de mente om den opprinnelige organiseringen av reiser uten rekvisisjon. For å gi lesere inntrykk av hvordan den opprinnelige organiseringen ble oppfattet, har vi inkludert en del av respondentenes uttalelser i dette delkapittelet. Respondent A og C opplevde den opprinnelige organiseringen med tolv pasientreisekontorer som utfordrende. De peker spesielt på ulik regelverksfortolkning ved pasientreisekontorene som en kilde til varierende utfall, og dermed ikke nasjonal likebehandling. En respondent ser fordeler knyttet til regionale kontorer sammenlignet med lokale kontorer, og mener regional organisering er fornuftig ettersom det gir økt mengdetrening for saksbehandlerne. Respondenten tror at Helse Sør-Østs regionale kontor har oppnådd økt spesialisering og stordriftsfordeler gjennom å være enebehandler av reiser uten rekvisisjon i sin region. Respondent C sier at:

*«[...] det har vært deler av forskriften som har vært praktisert litt ulikt på de ulike helseforetakene. Pasientreiser ANS har merket totaliteten.»*

Respondent A forteller om utfordringer ved at den juridiske spisskompetansen som sitter i Skien ikke har hatt myndighet over saksbehandlingen, men en mer veiledende oppgave ved å bidra til riktig regelverksfortolkning. A mener også det var en ulempe at det ved de fleste kontorer ble håndtert både reiser med og uten rekvisisjon, fordi reiser uten rekvisisjon ikke krever samme kritikalitet som reiser med rekvisisjon, og at reiser uten rekvisisjon derfor naturlig nok blir andreprioritet. En av representantene fra de regionale pasientreisekontorene mener prioritering av reiser med rekvisisjon har vært riktig da kostnadene ved manglende kapasitet på disse reisene fører til langt større kostnader for helseforetaket enn om en reise uten rekvisisjon blir behandlet en dag senere.

---

#### 4.4.4 Mine pasientreiser

Formålet med prosjektet Mine pasientreiser var å forenkle oppgjørsordningen for innsending av reiseregninger, og grunner i Regjeringens digitaliseringsprogram:

*Refusjonsordningen for transport til og fra behandling (pasientreiser) skal forenkles og være tilgjengelig via helsenorge.no. Ordningen skal bli enklere med standardsats, færre dokumentasjonskrav og etablering av elektronisk løsning. Den konkrete løsningen skal utredes nærmere. (Meld.St. nr. 9, 2012-2013, s. 35)*

All behandling av reiser uten rekvisisjon hadde i forkant av prosjektet foregått ved at pasienten sendte papirskjema inn per post til Pasientreiser i Skien (Pasientreiser ANS, 2014). I Skien ble skjemaene skannet og videresendt digitalt til pasientens lokale pasientreisekontor, hvor de videre behandlet saken manuelt. Da de lokale pasientreisekontorene hadde ferdigbehandlet sakene, ble de til slutt sendt tilbake til Skien hvor prosessen med tilbakebetaling av utlegg ble gjennomført. Prosjektets mandat var at forenklingen av oppgjørsordningen skulle skje gjennom etablering av en digital selvbetjeningsløsning på helseorge.no. De overordnede målene for prosjektet var som følger:

- En enklere og mer tilgjengelig løsning for pasientene
- Størst mulig grad av likebehandling
- Kostnadseffektiv oppgaveløsning og administrasjon

HOD ga prosjektet Mine pasientreiser til de regionale helseforetakene, hvor Helse Sør-Øst fikk ansvaret på vegne av de andre regionale helseforetakene (Pasientreiser ANS, 2014). Pasientreiser fikk ansvaret for ledelse og gjennomføring av prosjektet fra Helse Sør-Øst 13. Februar 2013. Direktorat for e-helse (E-helse) hadde ansvaret for utvikling og test av ny selvbetjening på helsenorge.no og sikring av systemintegrasjon, kvalitet og tilgjengelighet i de aktuelle registrene (Pasientreiser ANS, 2016b).

For å ha mulighet til innføring av ny oppgjørsordning var det nødvendig med et regelverk som ikke krevde manuell behandling av hver enkelt søknad, men som muliggjorde at man kunne benytte seg av datasystemer som automatisk behandler søknader. For å begrense omfanget av denne utredningen velger vi å nøye oss med en kort beskrivelse av hvordan regelverket ble endret som følge av Mine pasientreiser. Nytt regelverk trådte i kraft 1. oktober 2016 og endret hovedregelen fra at pasienten fikk dekket rimeligste reisemåte med rutegående transport til at

---

pasienten fikk en kilometergodtgjørelse (standardsats) for reiser over 10 km (Pasientreiseforskriften, 2015; Pasientreiser ANS, 2014).

En faktabasert tilnærming ble benyttet under arbeidet med regelverksendringen<sup>3</sup>. I utarbeidelsen av standardsatsen ble det blant annet brukt analyser for å vise hvordan pasienter ville bli påvirket av ulike endringsforslag. Brukerorganisasjonene var bekymret for reduserte utbetalinger for enkelte pasienter som følge av et nytt regelverk. HOD vektla viktigheten av forenkling, men påpekte at endringen skulle føre til lik samlet utbetaling som tidligere. Det nye regelverket har også en rekke unntak ved for eksempel reiser over 300 km og reiser som inkluderer ferje, hurtigbåt og bompenger (Pasientreiseforskriften, 2015).

For å muliggjøre en løsning med automatisk saksbehandling var prosjektet avhengig av å ha tilgang til eksterne registre med god kvalitet (Pasientreiser ANS, 2014). Virksomhetsregister (adresseregister) og oppmøtereister var blant annet nødvendig. I den gamle løsningen måtte brukerne blant annet legge ved en fysisk oppmøtebekreftelse som ble brukt til å verifisere at pasienten faktisk hadde møtt opp til avtalt time. Både brukere (pasienter) og saksbehandlere oppfattet den gamle, papirbaserte løsningen som gammeldags og tungvint.

Analyser og fakta har ikke bare blitt brukt i arbeidet med regelverket, men også i andre deler av prosjektet. Respondent C mener det er viktig med en faktabasert tilnærming i en så stor organisasjonsendring ettersom det er mye følelser involvert i prosessen. Respondenten mener den faktabaserte tilnærmingen i prosjektet var viktig for sluttresultatet. A påpeker også viktigheten av en faktaorientert tilnærming ovenfor andre parter, og forteller at helseregionene og HOD var avhengig av tilstrekkelig trygghet i de påstandene som ble lagt frem:

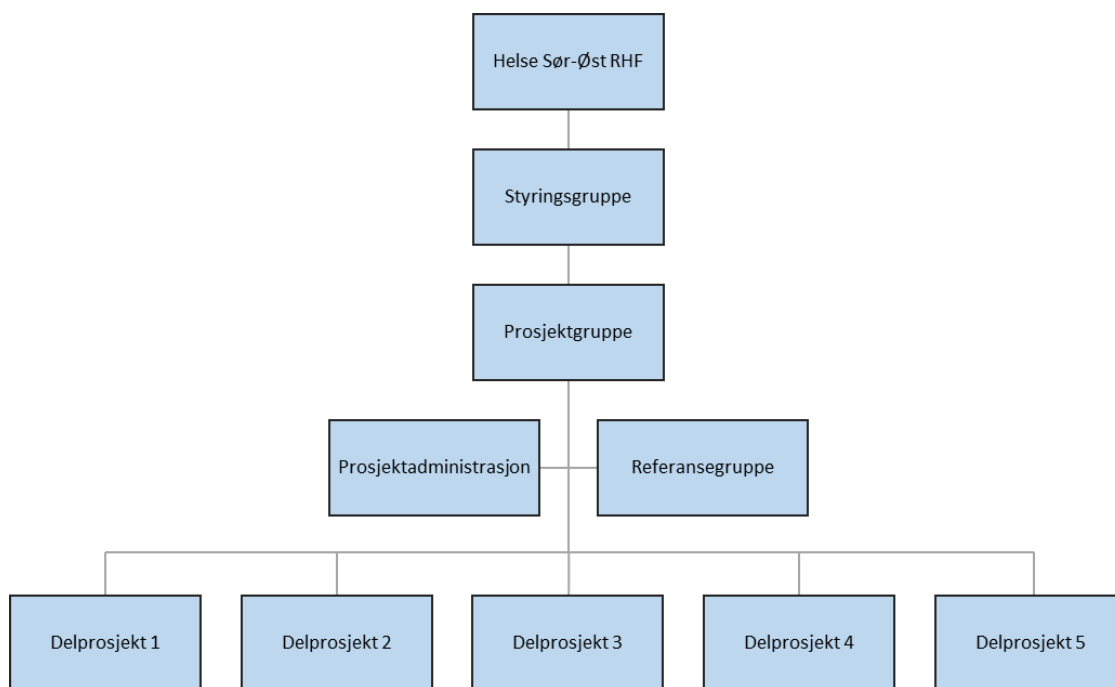
*[..] når det er så mange aktører som har interesser i det her, må du bruke fakta. Herav mest mulig analyser og statistikk.*

### *Prosjektorganisering*

Prosjektet ble organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og fem delprosjektgrupper (Pasientreiser ANS, 2016b). Prosjektet hadde også to referansegrupper. Den ene bestod av ledere ved pasientreisekontorene og den andre var et brukerpanel med brukerrepresentanter. Organiseringen er presentert i Figur 3.

---

<sup>3</sup> Hentet fra intervju med respondent B



Figur 3: Prosjektets organisering

I forbindelse med digitaliseringen av saksbehandling for reiser uten rekvisisjon skulle E-helse og Pasientreiser samarbeide om leveransen av ny teknisk løsning. For å gi et helhetlig bilde av prosjektgjennomføringen har vi valgt å inkludere noen aspekter knyttet til samarbeidet mellom Pasientreiser og E-helse. Vi har ikke inkludert disse aspektene i analysen, men mener de er viktige for forståelsen av hvordan prosjektet har gått på tvers av flere enheter. Intervjuobjektene har oppfattet samarbeidet mellom Pasientreiser og E-helse som noe utfordrende. Respondent E forteller at det i starten av prosjektet var godt samarbeid mellom E-helse og Pasientreiser. Respondenten mener at det derfor ikke ble fokusert på muligheten for at det kunne skjære seg i fremtiden:

*Vi trodde vi var enige om hva som skulle leveres, også ble det da endringer i bestillingen underveis [..]*

E forteller videre:

*Og det er klart at her ligger det en kime til misforståelser og uoverensstemmelse allerede i utgangspunktet.*

Respondent B sier også at en sterkere forventningsavklaring i starten av prosjektet kunne redusert misforståelser rundt roller i prosjektet, og forteller videre:

*[..] vi og E-helse har litt ulike roller knyttet til prosjektet. De har vært en del av prosjektet, men de har også hatt sitt eget prosjekt i E-helse [..] det har ikke gått helt hånd i hanske.*

---

I flere intervjuer<sup>4</sup> uttrykkes det et behov for avklaringer tidligere i prosessen. Samtlige respondenter har betegnet samarbeidet i prosjektledelsen som utfordrende, men det fremkommer imidlertid at prosjektmedarbeiderne fra de to enhetene har jobbet godt på tvers av enhetene.

### *Prosjektledelse*

I Mine pasientreiser ble det brukt interne ressurser til stillingene som både prosjektleder og de fleste delprosjektlederne. I tillegg ble det inkludert ressurser i styringsgruppen som ifølge respondent D var godt plassert i helseregionene med tanke på gjennomføringskraft. Respondent A tror det var spesielt viktig med mye ledelseskraft i prosjektet når det var så mange aktører. Videre fremhever respondenten også at tyngden i styringsgruppen gjorde at man slapp lange og tunge omkamper, og sier blant annet:

*Når det var uklare premisser for oppdraget kunne du raskt løfte det i styringsgruppa, oppover til de fire administrerende direktørene. Helt opp i departementet om nødvendig.*

Respondent A, C og D mener det å ha interne ressurser i prosjektledelsen har vært viktig for resultatet av prosjektet. Respondent C og D fremhever gevinstene av å ha deltatt i utviklingsarbeidet både fordi de kjenner til hvordan systemet er bygd opp, men også fordi de har insentiv til å levere et best mulig produkt til seg selv. Respondent A underbygger dette:

*[...] tar du noen snarveier i prosjektet så møter du deg selv i linja.*

Respondent A, C og D påpeker viktigheten av en styringsgruppe med medlemmer i beslutningsposisjon. Respondent E har forståelse for organiseringen av prosjektet men ser imidlertid også ulemper:

*[..] fra et prosjektskyringsperspektiv så blir det veldig komplisert når du har en så tett kobling mellom prosjektets styringslinje og linjeorganisasjonens styringslinje.*

E påpeker utfordringer ved at styringsgruppen til prosjektet hadde mange felles medlemmer med styret i Pasientreiser. Respondenten mener en konsekvens ble at en del vanskelige

---

<sup>4</sup> Hentet fra intervju med respondent A, B, C og E

---

beslutninger ble tatt ut av prosjektet og inn i den ordinære styringslinjen til Pasientreiser, der direktoratet ikke var involvert:

*Og det opplevde vi på en to-tre punkter var veldig uheldig for prosjektet. For vi fikk ikke da være med på å bestemme ganske sentrale forutsetninger for vår leveranse, så vi fikk ikke muligheten til å utøve rollen vår som myndighetsorgan.*

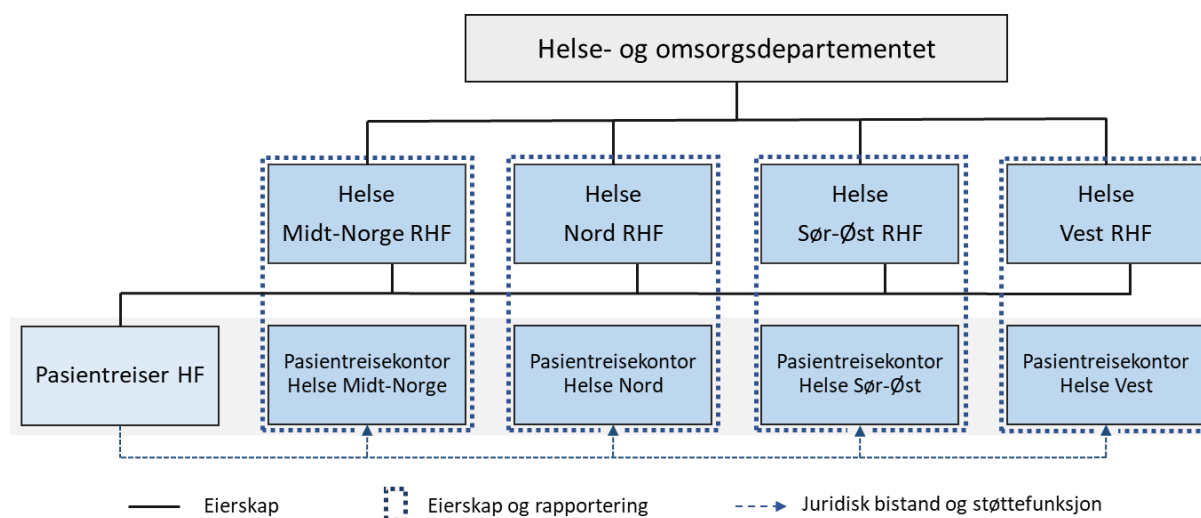
#### **4.4.5 Nåværende organisering av pasientreiseområdet**

I mai 2015 godkjente styringsgruppen et mandat for mulighetsstudie knyttet til ny fremtidig organisering av pasientreiseområdet (Pasientreiser ANS, 2015). Deltagere fra de regionale helseforetakene, pasientreisekontorene, Pasientreiser, Helfo og brukerrepresentanter fikk ansvar for å vurdere fordeler og ulemper ved ulike former for organisering. Etter å ha fått fremlagt mulighetsstudien ba styringsgruppen om at prosjektgruppen skulle slutføre arbeidet. Prosjektleder ble bedt om å legge frem en sak med konsekvensvurdering av regional og nasjonal organisering. Regional organisering i denne sammenhengen betød ett nasjonalt selskap og fire regionale enheter som selvstendige juridiske enheter. Nasjonal organisering betød en nasjonal juridisk enhet som enten var samlokalisert eller hadde regionale kontorer.

24. november 2015 ble det lagt frem en sak om fremtidig organisering av pasientreiser uten rekvisisjon for styringsgruppen til prosjektet (Styringsgruppen Mine pasientreiser, 2015). Styringsgruppen anbefalte på dette møtet en regional løsning med Pasientreiser og fire regionale enheter der man på sikt har en nasjonal juridisk løsning som mål. Videre anbefalte styringsgruppen at postmottak, digitalisering og maskinell saksbehandling skulle samlokaliseres ved Pasientreiser i Skien.

De fire styrene i de regionale helseforetakene behandlet våren 2016 en felles sak om organisering av reiser uten rekvisisjon (Styret Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, 2016). På et møte mellom de fire administrerende direktørene innstilte regionene på en løsning der en i første fase la oppgavene til fire regionale enheter og Pasientreiser. Nåværende organisering som følge av innstillingen er vist i Figur 4. HOD er fortsatt øverste organ med de fire regionale helseforetakene under seg. Pasientreiser har nå blitt et nasjonalt helseforetak (HF). Pasientreiser har ingen direkte styringslinjer over pasientreisekontorene, men stiller med juridisk bistand og opplæring som tidligere. De tolv lokale pasientreisekontorene som håndterte reiser uten rekvisisjon har nå blitt redusert til fire regionale enheter, en i hver helseregion. Disse regionale kontorene rapporterer fortsatt til sine respektive helseforetak som videre rapporterer

til de regionale helseforetakene. Et nytt digitaliseringssteg er lagt til Pasientreiser, og kontoret bistår også med utleie av ressurser (saksbehandling) til de regionale enhetene ved behov.

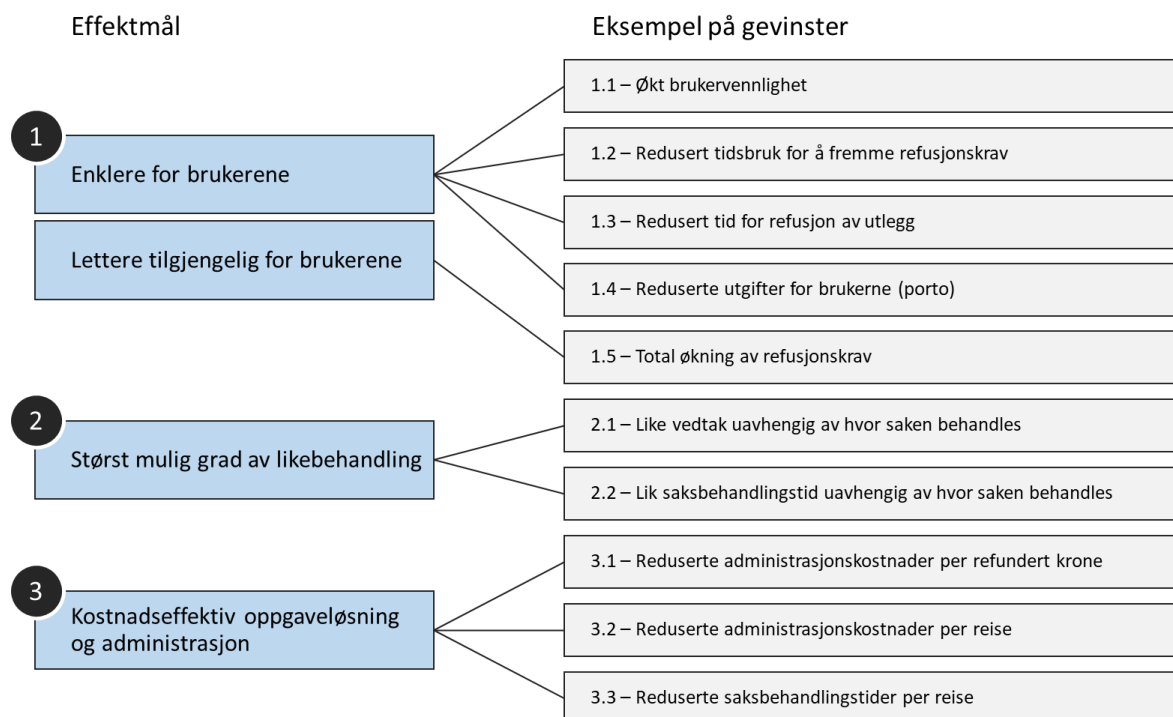


Figur 4: Nåværende organisering med styringslinjer.

#### 4.4.6 Nåværende status og gevinstrealisering

Mine pasientreiser hadde flere overordnede effektmål som nevnt i kapittel 4.4.4. I Figur 5 er det fremstilt eksempler på potensielle gevinster som følge av prosjektet. De viktigste driverne for gevinstrealisering er ifølge sluttrapporten digitaliserings- og automatiseringsgraden i løsningen (Pasientreiser ANS, 2016b). Digitaliseringsgraden måles i andelen elektronisk innsendte saker av totalt antall saker (digitale og postinnsendte), mens automatiseringsgraden er andel saker som går fra søknad til fattet vedtak uten manuelle prosesser. Målet er at reiser uten rekvisisjon skal nå en digitaliseringsgrad på 70 % innen 2019, og for å oppnå ønsket gevinstrealisering forutsettes en høyest mulig automatiseringsgrad.





Figur 5: Effekt mål for Mine pasientreiser (Pasientreiser ANS, 2014).

### En enklere og mer tilgjengelig løsning for pasientene

Ifølge sluttrapporten er registerkvaliteten lavere enn forespeilet (Pasientreiser ANS, 2016b). Høy registerkvalitet står sentralt i ny løsning, der kvaliteten påvirker både brukeropplevelsen og automatiseringsgraden. Ferdigutfylte elektroniske skjemaer øker brukeropplevelsen for pasienten i og med registrert informasjon ikke må fylles ut manuelt hver gang<sup>5</sup>. I tillegg kan registerdata for eksempel brukes til forhåndsregning og validering av data fra pasientene. At informasjonen fylles ut av registrene gir også bedre grunnlag for saksbehandling og kontroll. Lavere registerkvalitet enn antatt fører til at pasientene ikke finner behandlingssted i det elektroniske skjemaet, og derfor må legge inn navn og adresse på behandler manuelt (Pasientreiser ANS, 2016b). Enkel saksbehandling avhenger blant annet av at oppmøtebekreftelse hentes fra registrene og liten grad av fritekst fra pasient<sup>5</sup>. Når pasienter må fylle ut deler av søknaden med fritekst må søknaden behandles manuelt, noe som reduserer automatiseringsgraden. Gevinstrealiseringen er derfor påvirket av lavere registerkvalitet enn forespeilet da lavere automatiseringsgrad påvirker ressurser benyttet per sak og dermed årsverksbehovet (Pasientreiser ANS, 2016b). I juni 2015 ble det av E-helse etablert et veikart

<sup>5</sup> Hentet fra Direktorat for e-helses interne sluttrapport for Mine pasientreiser

---

og en handlingsplan for å øke kvaliteten i de aktuelle registrene i samarbeid med de ulike registreierne<sup>5</sup>. I tillegg jobber Pasientreiser nå med en av helseregionene for å se på innholdsforbedringer i behandlingsstedsregisteret som trolig kan adopteres av andre regioner<sup>6</sup>. Sammen sikter Pasientreiser og regionen på å bidra til en bedre brukeropplevelse på helsenorge.no og en høyere automatiseringsgrad i saksbehandlingen.

I den elektroniske løsningen som ble lansert oktober 2016 var det kun mulig å sende inn enkle søknader, februar 2017 ble lagt til rette for også å sende inn søknad med vedlegg<sup>7</sup>. Pasientene har mulighet til å følge status på sin søknad på helsenorge.no, her kan de også få opp et estimert innvilget beløp (Pasientreiser ANS, 2016c). I oktober 2016 ble det også lansert et nytt papirskjema med en utforming tilpasset digitalisering. Ifølge respondent F, G og H blir det nye papirskjemaet ansett som tungvint av flere pasienter, noe sluttrapporten også underbygger (Pasientreiser ANS, 2016b). I tillegg poengterer en av respondentene at pasienter som faller under noen av unntakene i regelverket klager på at løsningen er kompleks og vanskelig å forstå.

### *Størst mulig grad av likebehandling*

Respondent C forteller at likebehandling kan deles i to ulike komponenter - at saksbehandlingstiden skal være så lik som mulig ulike steder i landet og at tilsvarende søknader skal få samme resultat etter behandling. For å måle kvaliteten på saksbehandlingen gjennomfører Pasientreiser stikkprøver på behandlede saker. Nåværende tilstand for saksbehandlingstid for pasientreiser uten rekvisisjon er varierende i de ulike regionene<sup>6</sup>. Saker som har blitt automatisk behandlet i det nye systemet hadde en feilprosent per mars 2017 på 1,9 %, mens den totale feilprosenten (både automatisk og manuelt behandlede saker) var på 7,2 % av 1000 kontrollerte vedtak. Feilene bunner hovedsakelig i feil i digitaliseringssteget og mangelfull regelverksforståelse ved manuell behandling. Det er iverksatt tiltak for å forbedre feilprosenten.

---

<sup>6</sup> Hentet fra Utvidet virksomhetsrapport 31.03.17 fra Pasientreiser ANS

<sup>7</sup> Hentet fra intervju med respondent B

### *Kostnadseffektiv oppgaveløsning og administrasjon*

Hovedandelen av de administrative gevinstene i prosjektet var i forprosjektet vurdert til å komme av reduserte lønnskostnader på grunn av en mer digitalisert og automatisert behandlingsprosess, samt effektive arbeidsprosesser og fremtidsrettet organisering (Pasientreiser ANS, 2016a). Ifølge prosjektdirektivet for gjennomføringsfasen skal gevinstene kunne realiseres gradvis i løpet av 2017 og med full effekt i løpet av 2018.

I forbindelse med vurdering av fremtidig organisering av reiser uten rekvisisjon ble det utarbeidet en utredning som ble lagt til grunn ved valg av ny organisering (Pasientreiser ANS, 2015). I utredningen ble det presentert et estimat på totalt 40 årsverk tilknyttet reisetypen innen 2018. Estimaten var bygget på en forutsetning om én juridisk enhet og en digitaliseringsgrad på 70 %. I etterkant av utredningen har det kommet nye estimater, disse er ikke inkludert i denne utredningen ettersom de har blitt utarbeidet etter beslutningen om ny organisering ble tatt. Tabell 5 inneholder en oversikt over faktiske årsverk i 2014, ressursbruken i mars 2017 og estimert behov i 2018. Ut ifra tabellen kan man se at behovet i mars 2017 omtrent er 30 årsverk mindre enn det var i 2014. Ressursbehovet varierer mellom ulike måneder og respondenter påpeker at det i begynnelsen av 2017 er tatt inn flere midlertidige ansatte for å få ned den totale saksbehandlingstiden som har økt etter innføringen av nytt system.

<b>Pasientreisekontor</b>	<b>Årsverk 2014</b>	<b>Behov mars 2017</b>	<b>Årsverk 2018</b>
Helse Nord	41	17,5 (8)	10
Helse Midt-Norge	27	17,8 (3,9)	6
Helse Vest	33	15 (5,3)	7
Helse Sør-Øst	49	23,5 (9,5)	10
Pasientreiser	24	72 (38)	7
Totalt	174	145,8 (64,7)	40

*Tabell 5: Oversikt over antall årsverk 2014, ressursbruk per mars 2017 og estimert antall årsverk 2018. Antall innleie og vikarer av totalen i parentes.*

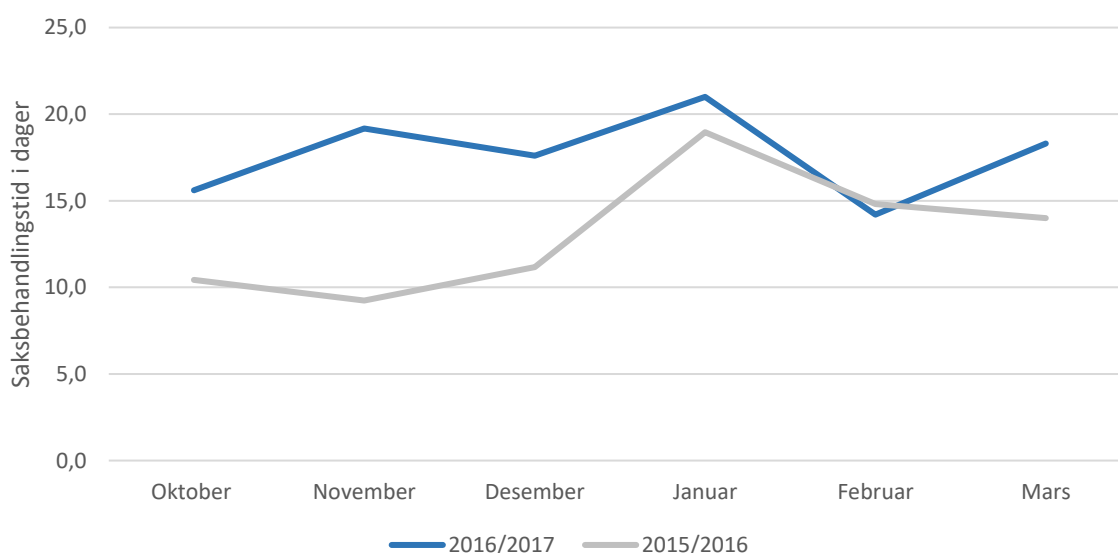
I etterkant av implementeringen av prosjektet har flere ansatte fått nye oppgaver andre steder i regionene eller blitt sagt opp<sup>8</sup>. Digitaliseringssteget har blitt lagt til Pasientreiser og det har blitt

<sup>8</sup> Hentet fra intervju med respondent F, G og H

behov for ytterligere bruk av midlertidig ansatte ved deres kontor i Skien<sup>9</sup>. Digitaliseringssteget dreier seg om å motta og klargjøre saker for automatisk og manuell saksbehandling ved å overføre informasjon fra postinnsendte skjema til den nye elektroniske løsningen. Respondent B forteller at digitaliseringssteget er mer tidkrevende enn antatt, mens A mener behovet for arbeidskraft i dette leddet av verdikjeden vil falle når digitaliseringsgraden øker. Andelen elektronisk innsendte søknader var på 48,4 % i mars<sup>10</sup>, en høyere digitaliseringsgrad enn målsettingen for dette tidspunktet.

### Saksbehandlingstid

Med bakgrunn i interne saksbehandlingsdata fra Pasientreiser har vi fremstilt saksbehandlingstiden for pasientreiser uten rekvisisjon. Figur 6 viser hvordan saksbehandlingstiden har vært i snitt for reiser uten rekvisisjon før og etter implementering av nytt system.



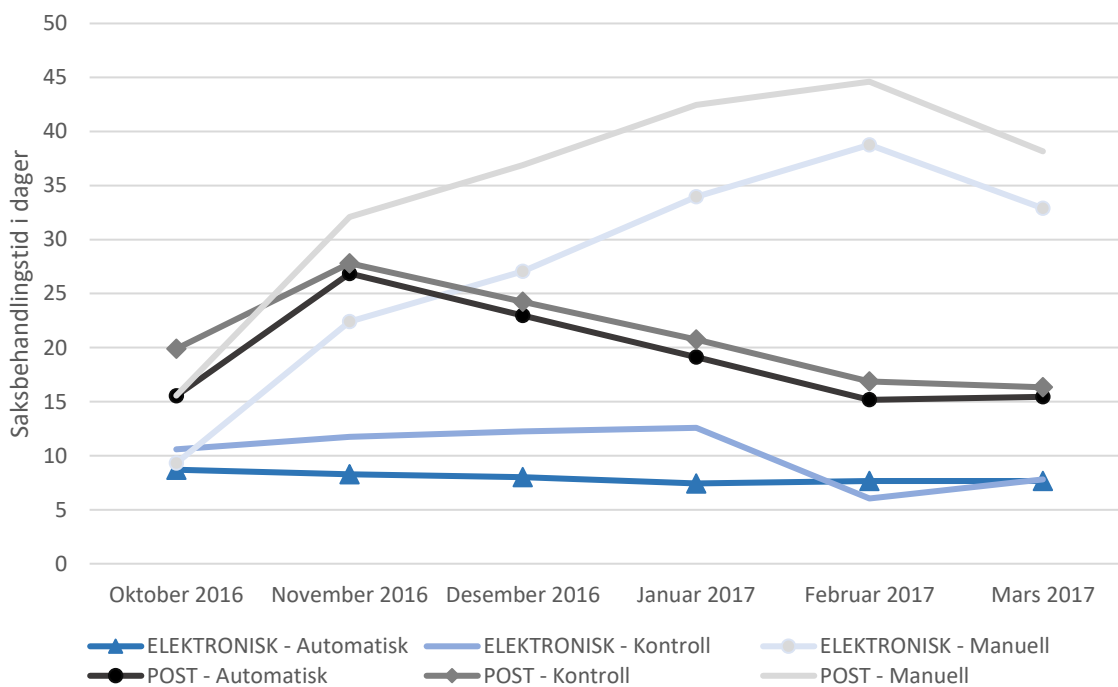
*Figur 6: Oversikt over saksbehandlingstid før og etter implementering av nytt system samlet for alle enheter*

For å ta høyde for eventuelle sesongvariasjoner har vi i Figur 6 inkludert saksbehandlingstid fra de samme månedene i to etterfølgende år. Ut ifra figuren kan vi se at saksbehandlingstiden i etterkant av implementering har vært noe høyere enn ved gammel løsning. Respondent A

<sup>9</sup> Hentet fra intervju med respondent A

<sup>10</sup> Hentet fra utvidet virksomhetsrapport 31.03.17 fra Pasientreiser ANS

forteller at dette hovedsakelig skyldes uventede problemer i digitaliseringssteget, mens enkelte av representantene fra regionale helseforetak mener det er fordi den elektroniske løsningen fordrer mer manuelt arbeid enn forespeilet. Respondent C forteller at omlegging av ordningen krever stabilisering og dermed øker risikoen for lengre ledetid (tiden fra en postsending er mottatt til den er ferdig digitalisert). C forteller videre at antall postsendinger og saker til manuell behandling har blitt høyere enn estimert.

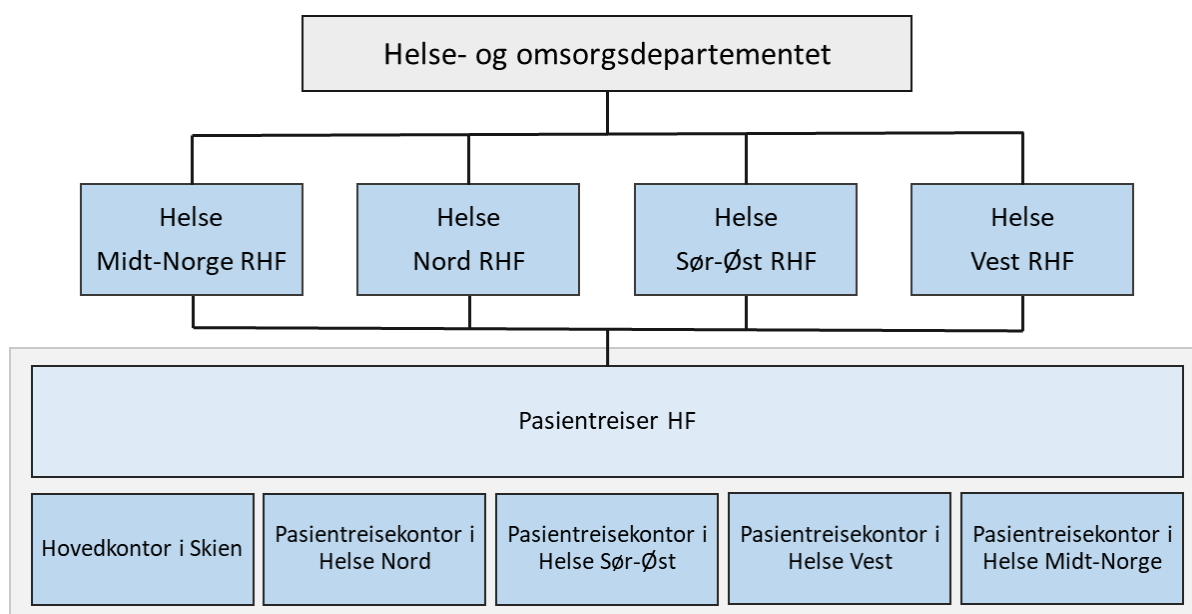


Figur 7: Saksbehandlingstid (samlet for alle enheter) i antall dager fordelt på elektronisk og postinnsendte krav, samt behandlingsmåte.

Figur 7 viser hvordan saksbehandlingstiden er i etterkant av implementering av ny løsning fordelt på innsendingsmetode og behandlingsmåte. Behandlingstid er fordelt på hvorvidt saken er innsendt elektronisk eller per post. I ny løsning finnes det tre ulike behandlingsmåter. Søknader kan gå gjennom systemet (1) helautomatisk, (2) behandles av en saksbehandler i form av kontrollspørsmål og (3) manuell saksbehandling ved mer enn kontrollspørsmål. (3) er ifølge noen av respondentene nødvendig da unntak i regelverket og avvik i registerdata påvirker hva som må behandles manuelt. Som figuren viser har elektronisk innsendte søknader relativt lav behandlingstid hvis de kan gå automatisk eller via kontrollspørsmål gjennom systemet, mens behandlingstiden øker desto mer manuell håndtering som kreves i sakene og om sakene må gjennom postmottaket og digitaliseringssteget. Manuelt arbeid består nå av både digitalisering og manuell behandling av refusjonskrav.

#### 4.4.7 Virksomhetsoverdragelse

Det pågår nå en prosess for videre omstrukturering av reiser uten rekvisisjon. Omstruktureringen innebærer en overføring av de fire regionale enhetene til én nasjonal, juridisk enhet i Pasientreiser HF<sup>11</sup>. Pasientreiser HF vil bestå av fem lokasjoner, et hovedkontor og fire regionale enheter. Den fremtidige organiseringen ble endelig vedtatt 7. juni 2017 på styremøtet i Pasientreiser HF, og er vist i Figur 8. I og med denne studien gjennomføres våren 2017 har vi ikke hatt mulighet til å gå nærmere inn på den fremtidige organiseringen i pasientreiseområdet. Det kan likevel være nyttig å være klar over at nåværende organisering kun er midlertidig, og at det er flere endringer som venter i tiden fremover.



Figur 8: Organisering av reiser uten rekvisisjon etter virksomhetsoverdragelse til én juridisk enhet

<sup>11</sup> Hentet fra Styresak nr. 14-2017 for Pasientreiser HF.

---

## 4.5 Oppsummering

I norsk offentlig sektor har det siden 2006 vært økende fokus på IKT som en viktig satsning på kommunikasjon med innbyggerne. Det har siden den gang blitt utgitt flere ulike stortingsmeldinger om IKT som sier at egnede tjenester skal tilbys digitalt og være den normale måten å kommunisere med den offentlige forvaltningen på. Det har også kommet krav til universell utforming av offentlige nettsteder og tjenester. Norge scorer i tillegg høyt i rangeringer av nasjoners eller økonomiers digitale forvaltning.

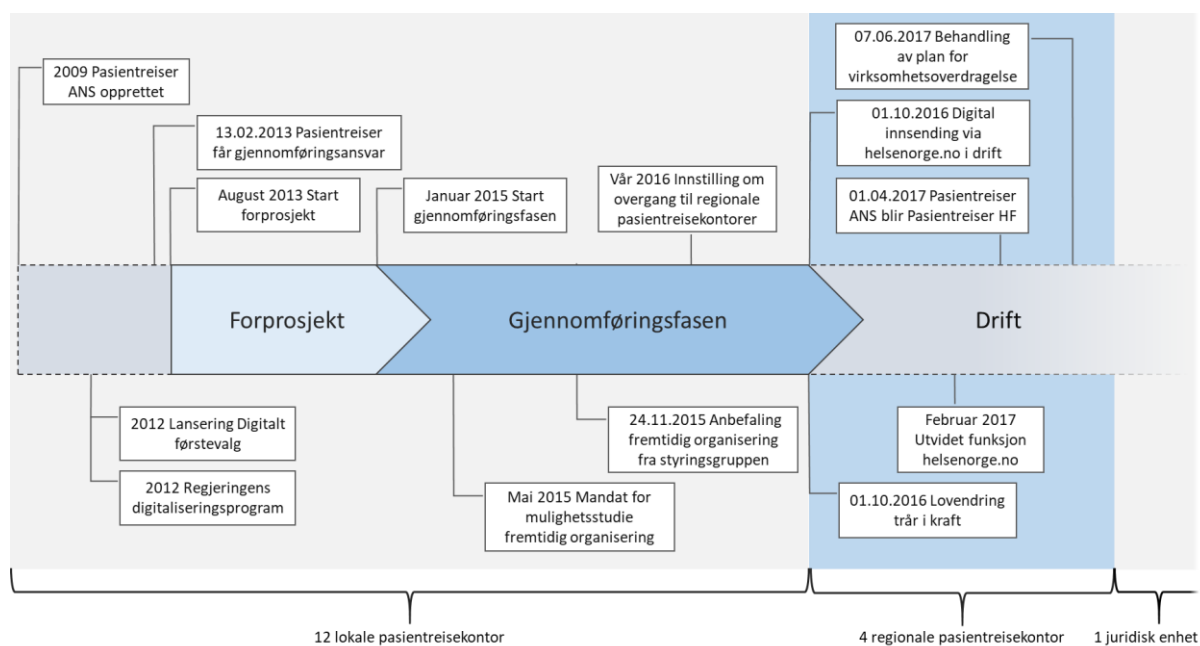
Helsesektoren i Norge har en desentralisert virksomhetsmodell som ifølge forskning ser ut til å være inspirert av NPM. De senere årene har regionene fått større grad av samhandling og staten gir enkeltregioner ansvar for utvikling av prosjekter som skal implementeres i alle regionene. Prosjektet Mine pasientreiser er et eksempel på dette, hvor Helse Sør-Øst RHF ga gjennomføringsansvaret videre til Pasientreiser i 2013. Prosjektet har ført til større endringer innen reiser uten rekvisisjon. Arbeidsprosesser har blitt endret, antall kontorer som behandler reiser uten rekvisisjon har blitt redusert fra tolv til fire, og flere ansatte har fått nye oppgaver eller blitt overflødige i regionene.

Prosjektet hadde som mål å lage en ny digital løsning til plattformen hels norge.no som skulle gjøre det enklere og mer tilgjengelig for pasienter å søke om refusjon av reiser. Søknader skulle kunne behandles automatisk i det nye systemet, noe som også kunne bidra til likere behandling av tilsvarende søknader. I tillegg har prosjektet hatt som mål å benytte allerede tilgjengelige data i offentlige registre. Det nye systemet har vært i drift siden oktober 2016, og har støttet vedlegg til søknaden siden februar 2017. Pasientene ser ut til å ha fått med seg nyvinningen, og nå er nesten halvparten av alle innsendte søknader om refusjon sendt inn gjennom den elektroniske plattformen, noe som også er høyere enn estimatet til prosjektet.

Saksbehandlingen av søknader har etter prosjektet endret seg betydelig. I forkant av prosjektet ble papirer sendt til Skien for skanning, før all videre saksbehandling foregikk hos helseforetakenes lokale pasientreisekontorer, før Pasientreiser til slutt utbetalte refusjonen. Nå kan pasientene enten sende inn søknader via hels norge.no eller ved hjelp av et skjema som sendes per post. Postsendingene blir skannet og digitalisert i Skien, før de postinnsendte og digitalt innsendte søknadene blir helt eller delvis saksbehandlet av de nye datasystemene utviklet av prosjektet. Søknader som ikke kan behandles automatisk blir videresendt til sitt

respektive regionale pasientreisekontor for behandling. Den nye prosessen trenger allerede langt færre hender en tidligere, selv om det våren 2017 har vært satt inn en del midlertidig arbeidskraft for å redusere økt saksbehandlingstid.

Dårligere registerkvalitet har fått følger for digitaliserings- og automatiseringsgraden etter implementering. Feilprosenten ved vedtak er på 7,2 %, der utfordringer i digitaliseringssteget, samt ulik tolkning og manglende regelverksforståelse har vært hovedkilden til feil. Konsekvenser av disse utfordringene har også vært et høyere behov for ansatte enn forespeilet, noe som foreløpig har redusert gevinstrealiseringen i prosjektet. HOD hadde som forutsetning i prosjektmandatet at Mine pasientreiser skulle føre med seg betydelige administrative gevinster. For å øke gevinstrealiseringen er det planlagt en virksomhetsoverdragelse av pasientreisekontorene innen reiser uten rekvisisjon til Pasientreiser HF. I Figur 9 er det fremstilt når de ulike hendelsene forekom i løpet av prosjektet.



Figur 9: Oppsummering av prosjektets gang



---

## 5 Analyse

I denne delen av utredningen ønsker vi å analysere det vi vet om pasientreiseområdet og Mine pasientreiser fra kapittel 4, samt sentrale uttalelser fra intervjuene ved hjelp av teoriene fra kapittel 2. Vi vil innledningsvis diskutere prosjektet og gevinster før vi går over på politisk påvirkning. Deretter vil vi fokusere på prosjektets påvirkning på organisasjonen. Avslutningsvis studerer vi hvilken påvirkning prosjektet har hatt på de ansatte.

Mine pasientreiser kan anses som et digitaliseringsprosjekt fordi prosjektet innebar både forenkling og fornying av prosesser ved hjelp av teknologi (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2016). Det er nå mulig å sende inn elektroniske søknader for reiser uten rekvisisjon i tillegg til at manuell innblanding skal være redusert. Fra kapittel 2 vet vi at digitalisering kan legge til rette for høyere produktivitet og mer effektive prosesser, men at det ofte fordrer en endring i bedriften. Det kan virke som om det i Norge ligger til rette for bruk av offentlige digitale tjenester i og med 96,3 % av befolkningen har tilgang til internett (World Economic Forum, 2016), og hele 77 % allerede har kommunisert med det offentlige gjennom en digital plattform (Rambøll Management Consulting, 2016).

Ved digitalisering av helsetjenester forventes ofte økt kvalitet og effektivitet, men grunnet dårlig håndtering av implementeringsprosessen viser forskning at gevinstene ikke alltid kan realiseres (Thompson & Dean, 2009). Brynjolfsson og Hitt (2003) fant at produktivetsforbedringer som følge av IKT var mer synlige i et langsiktig perspektiv, og Westernen (2015) peker på det samme problemet: det er vanskelig å se effektene på kort sikt. Fra kapittel 4.4.6 vet vi at utfordringer i digitaliseringssteget og lavere registerkvalitet enn ventet har påvirket den administrative gevinstrealiseringen etter implementeringen av ny digital løsning i pasientreiseområdet. Respondent A og C mener gevinstene vil kunne hentes ut, men at det vil ta lenger tid enn forespeilet. Produktivetsveksten kan hemmes i digitaliseringsprosjekter grunnet dårlig prosjektstyring (Westernen, 2015), og det er viktig å være oppmerksom på at det finnes utfordringer ved realiseringen av gevinstene og muligheter for utilsiktede konsekvenser (Thompson & Dean, 2009). Det er hovedsakelig utilsiktede og utilsiktede effekter av digitalisering vi har studert i denne utredningen, men vi kan også se tegn til at de kortsiktige gevinstene er lavere enn ventet. Vi vil ikke fokusere på gevinst- og produktivetsaspektet, men mener det er verdt å merke seg at en kan se antydning til at de

---

kortsiktige gevinstene er lavere enn forespeilet også i pasientreiseområdet. Vi håper dette kan bidra til en bedre forståelse for hvordan situasjonen er i organisasjonen på nåværende tidspunkt.

## 5.1 Politisk påvirkning på prosjektet

Tidligere forskning har påpekt påvirkningen av NPM på helsereformen i 2002 som fremstilt i kapittel 4.3. Sammenhengen mellom NPM og helsereformen gjør det også mulig å argumentere for at NPM har påvirket den tidligere organiseringen av pasientreiseområdet i og med de lokale pasientrisekontorene har vært en del av den desentraliserte strukturen til helsevesenet.

Flere av respondentene (A, B, C og D) peker på viktigheten av at bestillingen av Mine pasientreiser kom fra HOD via Helse Sør-Øst. Respondent B sier:

*Jeg tror det var veldig viktig at oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene som igjen ga det oppdraget til oss. Vi har brukt det som en referansemakt for å komme videre.*

På spørsmål om prosjektet kunne latt seg gjennomføre uten støtte fra HOD svarer respondent D:

*Nei [...] En så stor endring innenfor dette området med så mange aktører som er såpass fragmenterte, trenger faktisk et så tydelig oppdrag.*

Respondent B forteller at det har vært tverrpolitisk enighet om gjennomføringen av prosjektet, og underbygger dette med at støtten fra HOD ikke endret seg, selv om det ble et regjeringsbytte underveis.

Vi ønsker nå å diskutere om denne politiske støtten kan komme av påvirkning fra Digital Era Governance (DEG). Prosjektet Mine pasientreiser har vurdert ulike organisasjonsformer, alle med en viss grad av det Dunleavy (2006) legger i begrepet *re-integrasjon*. DEG søker å finne områder som naturlig henger sammen grunnet moderne teknologi, og det kan argumenteres for at den nye digitale behandlingen av reiser uten rekvisisjon gjør det naturlig å samle enhetene mer enn tidligere.

Det er flere av komponentene under hovedtemaet re-integrasjon som ser ut til å sammenfalle med prosjektet. (5) *Radikal reduksjon i prosesskostnader*, (7) *oppnåelse av stordriftsfordeler og spesialisering* og (8) *opprettelse av delte tjenester* kan spesielt knyttes opp mot Mine pasientreiser. (5) kan sies å sammenfalle med ett av hovedmålene for prosjektet, som var

kostnadseffektiv oppgaveløsning og administrasjon. Om reduksjonen i administrasjonskostnader har vært radikal kan diskuteres, men estimatene for prosjektet legger til grunn en svært stor reduksjon i antall årsverk (Tabell 5). En respondent mener samling av reiser uten rekvisisjon i Helse Sør-Øst har ført til stordriftsfordeler og økt spesialisering. En annen respondent mener samling av digitaliseringssteget hos Pasientreiser er valgt på bakgrunn av at spesialisering er bra for kvalitet og mest mulig automatisk behandling av saker. Prosjektets opprettelse av regionale enheter kan dermed gi gevinster i tråd med (7) dersom erfaringene fra Helse Sør-Øst lar seg overføre til de andre enhetene. Respondent G mener det har blitt en noe større grad av likebehandling etter utrulling av den nye løsningen, men påpeker at det kan være uheldig å skille reiser med og uten rekvisisjon om skillet mellom de blir for stort. C tror pasientene vil oppleve større grad av likebehandling etter omorganiseringen og presiserer:

*Hva er egentlig likebehandling? [...] hvis du søker om noe og det går innenfor en eller annen paragraf i en forskrift, så skal det være likt svar hver gang. Selv om du bor i nord eller sør eller hva det måtte være [...]likebehandling har også noe å si på prosesshastighet, eller ledetid [...] likebehandling er gjennom både at de skal få det samme for det de søker om, men samtidig som også ledetid er lik, det tenker jeg at det vil de oppleve i mye større grad med den nye organiseringa enn det de gjorde før.*

Respondenten H mener at de fordelene som har eksistert for å holde reiser med og uten rekvisisjon samlet har vært knyttet til bemanning og sykefravær. Respondentens mening er at reiser med rekvisisjon vil oppnå fordeler, og at synergiene som går tapt ved å skille reiser med og uten rekvisisjon vil være:

*[...] langt underordnet de synergiene som er mulige å ta ut med å organisere reiser med rekvisisjon tettere de prehospitale tjenestene.*

De gevinstene respondentene nevner om likebehandling og synergieffekter, sammenfaller også med (7) dersom de oppstår. Helsenorge.no er en plattform som Mine pasientreiser nyttiggjør seg av og kan anses som en nasjonal delt tjeneste (8).

Det neste hovedtema i DEG er *behovsbasert holisme* som har et innbygger-, tjeneste- og behovsbasert fokus på organisasjonen og ser etter å eliminere unødvendige deler av organisasjonen (Dunleavy, 2006). Komponenter som kan se ut til å sammenfalle med prosjektet er (1) *interaktiv informasjonsdeling og søking*, (2) *reorganisering med fokus på bruker eller funksjon*, (3) *ett-stopps-tilbud* og (4) *bruk av datavarehus*. (1) kan knyttes opp mot ny kommunikasjonsform for brukere gjennom helsenorge.no. (2) kan sammenfalle med den

---

regionale organiseringen da en viss geografisk nærhet kan påstås å være et fokus på brukere. En av representantene fra de regionale pasientreisekontorene tror det er mulig at en regional organisering kan være god, men mener geografisk nærhet er å foretrekke for å opparbeide seg tilstrekkelig lokalkunnskap. F og H tror lokalkunnskap er viktig for å forstå utfordringer knyttet til infrastruktur. H sier:

*[..] jeg tror ikke det er umulig å opparbeide seg den kompetansen andre plasser, jeg tror bare det er mer effektivt om du har den i ryggmargen.*

Respondent G mener det er mulig å tilegne seg lokalkunnskap regionalt, men at det blir mer utfordrende jo lenger unna det er. Respondent F mener pasientene først og fremst ønsker noen som kan faget og har noe kunnskap om lokale forhold, hvilket respondenten mener er fullt mulig på et regionalt nivå. Respondent C mener derimot at lokalkunnskap ikke er like nødvendig som tidligere, da man i ny prosess har elektroniske verktøy som kan kalkulere reisedistanse og eventuelle tillegg som bomutgifter. H påpeker at det er den digitale løsningens begrensninger og ikke laveste reisekostnad som legger premissene for rettigheten, noe som taler for at ikke alle deler av løsningen har et brukerrettet, men heller funksjonsrettet, fokus. Samlingen av digitale tjenester under helsenorge.no knytter pasientreiser sammen med andre eksisterende helsetilbud tilgjengelig på nett, og ser ut til å kunne sammenfalle med (3) fordi det gjør nettbaserte helsetjenester tilgjengelig på én plattform. Den nye tjenestens utstrakte bruk av registerdata som er tilgjengelig i helsesektoren er bruk av datavarehus (4).

*Digital endring* er det siste hovedtemaet i DEG og refererer til hvordan IT går fra å være et supplement, til å bli en viktig brikke i organisasjonsutforming. Det kan argumenteres for at den nye digitale løsningen for reiser uten rekvisisjon samstemmer med de tre komponentene (1) *elektronisk tjenestelevering*, (3) *nye former for automatiserte prosesser* og (9) *transparens* uten særlig utdypning. Sistnevnte omhandler at det offentlige gir innbyggerne innsikt i opplysninger som gjelder de selv, og grunnen til at det skiller seg fra transparens i tidligere styringsparadigmer er at det åpnes for at innbyggerne kan spore seg selv og overvåke prosessen i deres egne saker. Den nye tjenesten gir pasientene muligheten til å sjekke blant annet status på egne innsendte krav, og ser derfor ut til å samstemme med (9).

Både (4) *sentraliserte, statlig regisserte IT-anskaffelser* og (7) *mandat for plattformreduksjoner* kan sies å sammenfalle med at det var HOD som bestilte en digital løsning. (7) omhandler ikke bare den politiske viljen til å redusere brukernes mulighet for å håndtere manuelle krav, men

---

også å bruke lovendringer til å endre måten innbyggerne handler med staten på. Regelverksendringen som ble gjennomført i forbindelse med Mine pasientreiser kan sies å samstemme med (7), men vi ser at endringen er mer med på å underbygge muligheten for digitalisering gjennom standardsatser enn å tvinge innbyggerne over til ny digital plattform. Dette kan sees i sammenheng med (6) *aktiv kanalstrømming og kundesegmentering* som omhandler hvordan det kan være vanskelig å få brukerne over på nye plattformer hvis transaksjonskostnadene er for høye ved å bytte fra et annet alternativ. Regelverket er som nevnt med på å muliggjøre digital behandling ved hjelp av standardsatser, men muligheten for manuell innsending av skjema er fortsatt der. Respondent F, G og H forteller at brukerne av papirløsningen opplever denne som mer tungvint enn før, noe som kan argumentere for at brukerne får lavere transaksjonskostnader ved å heller benytte den digitale løsningen. H forteller også at enkelte har uttrykt frykt for at de mister muligheten for papirinnsending, noe som taler for høye transaksjonskostnader. B forteller at Pasientreiser arbeider aktivt med å spre informasjon om den nye digitale tjenesten til pasientene, hvilket kan tyde på (6) aktiv kanalstrømming.

DEG tar utgangspunkt i at offentlig sektor anerkjenner IT-investeringers natur og søke å utnytte deres fulle potensiale ved å velge organisering på bakgrunn av IT-systemenes utforming (Dunleavy, 2006). På denne måten vil offentlig sektor kunne hente ut flere gevinster i virksomheten. Flere respondenter peker på viktigheten av at strukturelle endringer ble gjort etter at de nye digitale arbeidsprosessene var definert, noe som kan tyde på at organisasjonsstrukturen er tilrettelagt den nye digitale løsningen. Dette er i tråd med DEG.

### *Oppsummering*

Ettersom det vi vet om prosjektet og pasientreiseområdet, respondentenes oppfatning og DEGs prinsipper sammenfaller på en del komponenter kan man argumentere for at Mine pasientreiser har blitt påvirket av DEG og dermed politiske føringer. Vi har ikke funnet klare sammenhenger mellom alle komponentene i DEG og prosjektet, og derfor utelatt flere av komponentene fra analysen. I og med DEG er et styringsparadigme og flere av dets komponenter sammenfaller med prosjektet og dets effekter, mener vi likevel at politiske trender kan ha hatt stor betydning for igangsettelsen og resultatet av prosjektet.

---

## 5.2 Prosjektets påvirkning på pasientreiseområdet

I et digitaliseringsprosjekt som Mine pasientreiser henger teknologi og ansatte tett sammen da et av hovedmålene i prosjektet er vesentlig reduksjon i antall årsverk ved hjelp av teknologi. Videre er også de resterende årsverkene arbeid knyttet til bruk av teknologiske hjelpemidler i arbeidshverdagen. Vi vil i dette delkapittelet benytte sosio-teknisk teori for å studere prosjektets påvirkning på pasientreiseområdet. I tillegg ønsker vi å undersøke muligheten for teknostress.

### 5.2.1 Digital transformasjonsstrategi

I henhold til Matt et al. (2015) sitt rammeverk for digital transformasjonsstrategi, heretter omtalt som DTS, er bruk av teknologi et viktig aspekt ved en digital endring. Teknologi handler her om bedrifters holdning til ny teknologi og deres evne til å utnytte disse teknologiene. Prosjektet Mine pasientreiser er basert på utviklingen av en ny teknologisk løsning, hvor blant annet en regelverksendring kan sies å være viktig for å utnytte disse teknologiene. Respondent A, B og C sier at regelverksendringen var en forutsetning for at man nådde dagens digitaliserings- og automatiseringsgrad i prosjektet. Respondent C forteller blant annet følgende:

*[..] det er enklere å tilpasse elektroniske prosesser det nye lovverket enn det det var før, fordi det da ikke fantes informasjon nok til å automatisere store deler av prosessen.*

Feilprosenten i automatisk behandlede saker er 1,9 % som beskrevet i kapittel 4.4.6. Dette kan tyde på at teknologien håndterer behandlingen av saker i henhold til regelverket. Det er imidlertid vanskelig å bedømme hvorvidt denne feilprosenten er høy eller lav, ettersom det har vært de enkleste sakene som foreløpig har blitt automatisk behandlet. Noe som kanskje tyder på at teknologien kunne vært utnyttet enda bedre er respondent F sin mening om at teknologien ble prioritert foran regelverket i utviklingsprosessen, noe som respondenten mener førte til at teknologien ikke takler alle elementer i regelverket så godt som den burde:

*Altså jeg tenker jo at det er regelverket som skal sitte i forsetet og teknologien tilpasses, men her er det på en måte en del ting hvor nesten teknologien har rangen foran regelverket.*

Ifølge respondent A og B kunne man fått til digital innsending, men ikke automatisk saksbehandling, uten det nye regelverket. Dette tyder på at det gjennom regelverksendringen ble lagt til rette for at det skulle være god utnyttelse av teknologien. Likevel påpeker respondent

---

B og D at de skulle ønske regelverksendringen hadde gått lenger, og at flere av unntakene hadde vært droppet. Respondent A ser mulighetene for at å ekskludere noen av unntakene i den digitale løsningen kunne ført til en billigere og mindre kompleks teknologiløsning. C mener at ekskludering av unntak i den digitale løsningen ville ført til en mer brukervennlig løsning på helsenorge.no. Disse uttalelsene kan tilsi at utnyttelsen av teknologien kunne vært bedre og utviklet billigere.

DTS sier at bruken av nye teknologier kan fordre endringer i verdiskapingen (Matt et al., 2015). En kan si at verdiskapingen innen pasientreiser er ivaretagelse og forvaltning av pasientrettigheten om å få refusjon for reise. Pasientrettigheten har ikke blitt vesentlig endret som følge av ny teknologi, men måten pasientrettigheten blir levert på har fått nye aspekter. Blant annet har en standardsats erstattet billigste rutegående transport, og behandlingen av refusjonskravet går gjennom færre manuelle ledd. En kan på bakgrunn av dette argumentere for at verdiskapingen har endret seg noe som følge av teknologiens endring.

Videre sier DTS at med ny teknologi og ny form for verdiskaping følger ofte strukturelle endringer for å kunne tilby en passende grunn for de nye prosessene (Matt et al., 2015). Med strukturelle endringer menes variasjoner i en bedrifts organisatoriske oppbygging. Det har vært strukturelle endringer i pasientreiseområdet i etterkant av Mine Pasientreiser. Respondent C mener at ny digital løsning og prosess har sittet i førersetet for den organisatoriske endringen. Respondent G underbygger dette ved å fortelle at det ikke hadde vært hensiktsmessig å omorganisere om ikke digitaliseringen av prosessen hadde funnet sted. C mener at et svært sentralt spørsmål i prosjektet har vært:

*[..] skal man tilpasse en ny prosess til en eksisterende organisatorisk struktur, eller skal du tilpasse den organisatoriske strukturen til prosessen?*

DTS belyser viktigheten av å gjøre strukturelle endringer med bakgrunn i hvilket omfang teknologi- og verdiskapingsendringer påvirker prosess, produkt og ferdigheter (Matt et al., 2015). Flere av respondentene har vært klare på at reiser uten rekvisisjon får så store endringer at dette området bør samles og være en del av samme styringslinje. Pasientreiseområdet kan sies å ha utført en form for virksomhetsdeling ved å trekke et klarere skille mellom reiser med og uten rekvisisjon. I tillegg vil reiser uten rekvisisjon samles under Pasientreiser HF etter virksomhetsoverdragelsen. Det kan dermed virke som de teknologiske endringene har

---

medvirket til at reiser uten rekvisisjon er trukket ut av den gamle strukturen og samlet i nye enheter, noe Matt et al. mener vil være hensiktsmessig ved større endringer.

I henhold til DTS er finansielle aspekter nødvendig da de andre tre dimensjonene ikke kan gjennomføres uten at økonomiske forhold er vurdert (Matt et al., 2015). Finansielle aspekter kan fungere som driver og motvirkende kraft i transformasjonsprosesser. To av respondentene (B og C) opplevde at det var skepsis til digital søknad om refusjon, da det var frykt for betydelige økninger i reisekostnadene hos helseforetakene. Dette kan anses som en motvirkende finansiell kraft. Respondent C påpeker imidlertid at målet om administrative gevinster i form av reduksjon i antall årsverk var viktig for valg av organisasjonsmodell, som igjen kan oppleves som en finansiell driver. Respondent C og F mener man nå ser at tidshorizonten i gevinstrealiseringsplanen knyttet til reduksjon av årsverk er for tøff. Respondent F har følgende beskrivelse av bemanningsestimatene:

*[..] også er jo bemanningsestimatene veldig veldig. Der er det skivebom så det holder.*

Dette tyder på at de finansielle drivkreftene har vært tilstede, men at de kanskje ikke har vært presise. Dette understrekes av en annen respondent som mener at bemanningsestimatene burde blitt oppdatert etter hvert som de har vist seg å være feil. Det kan argumenteres for at tvil rundt de finansielle målene for prosjektet kan gi motvirkende krefter for videre støtte av tilknyttede endringer. En annen mulig drivkraft påpekes av respondent A som mener at den nye organiseringen hadde stått svakere uten at analyser og fakta tydelig hadde vist en så sterk reduksjon i årsverk. Respondent C mener at det ikke er noe tvil om at gevinstrealiseringen vil nås, men etter en noe lenger tid enn først antydnet. Det er verdt å merke seg at prosjektet har kostnader og gevinster i ulike enheter som betyr at finansielle drivkrefter og motvirkende krefter har utartet seg ulikt rundt om i de ulike enhetene i pasientreiseområdet. Prosjektet har rapportert økonomiske forhold på tvers av alle enheter. Siden HOD er oppdragsgiver og bevilger midler til helsesektoren er det rimelig å anta at beslutningen om gjennomførelse av prosjektet er tatt på bakgrunn av en overordnet positiv gevinst. Dette kan tyde på at økonomiske forhold totalt sett har fungert som en driver for prosjektet og påfølgende organisering. Likevel er det viktig å merke seg at det i helsesektoren ikke kun er økonomiske forhold som legges til grunn for gjennomføring av prosjekter. Andre aspekter som kvalitet på behandling og levering av rettigheten er også viktige momenter som drivere for gjennomføring av prosjekter



---

(Thompson & Dean, 2009). Det at prosjektet Mine pasientreiser er igangsatt betyr derfor ikke nødvendigvis at de økonomiske drivkreftene har vært større enn de motvirkende, men at gevinster på alle plan, økonomiske så vel som bedret pasientvelferd, har vært store nok til gjennomføring av prosjektet. Administrative gevinster var imidlertid et av tre hovedmål for prosjektet, vi mener derfor det ser ut til at de økonomiske gevinstene har vært en driver for prosjektet.

### *Oppsummering*

DTS er egentlig et rammeverk for å lage best mulig strategi for digitale transformasjoner. Vi har benyttet elementene i rammeverket og sammenhengen mellom disse for å analysere hvordan de kan ha påvirket hverandre. Det kan argumenteres for at for å utnytte teknologien best mulig har regelverket rundt pasientrettigheten blitt endret. Teknologien som ble utviklet kan sies å ha påvirket verdiskapingen gjennom måten verdiskapingen foregår på. Behandlingen av refusjonskrav er mer automatisk enn tidligere og beregningsgrunnlaget for refusjonen endret seg, mens rettigheten fortsatt leveres. Det kan tyde på at den nye teknologien og verdiskapingen har påvirket den strukturelle oppbyggingen i pasientreiseområdet ved å skille mellom reiser med og uten rekvisisjon, samtidig som en samler og reduserer antallet enheter som behandler reiser uten rekvisisjon. Ifølge DTS kan finansielle aspekter virke for og mot prosjektets gjennomføring. Ettersom prosjektet har gått på tvers av helsesektorens organisasjonsgrenser, har de involverte enhetene opplevd de økonomiske drivkreftene ulikt. Samlet for prosjektet virker det imidlertid som at økonomiske forhold har vært med på å drive frem prosjektet, selv om andre forhold også kan ha påvirket beslutningene om gjennomføringen.

### **5.2.2 Leavitts diamant**

Leavitts diamant har i likhet med DTS teknologi som en av flere komponenter som påvirker hverandre. Leavitt (1964) definerte teknologibegrepet som alt fra datamaskiner til produksjonsanlegg. Vi mener derfor det ikke er nødvendig med argumentasjon for at den nye digitale løsningen for pasientreiser uten rekvisisjon går under teknologibegrepet. Da Mine pasientreiser er et digitaliseringsprosjekt vil det være naturlig å si at det er endring i teknologien som er startpunktet for eventuelle andre endringer. Ettersom den nye digitale løsningen innebærer en vesentlig endring i teknologien, fordi søknadsmetoden går fra en papirbasert til

---

en elektronisk semi-automatisk løsning, vil dette ifølge Leavitts diamant føre til endringer i de tre andre komponentene *oppgaver, struktur og mennesker*. Selv om det i etterkant av prosjektet er naturlig å definere teknologi som utgangspunkt for endringene som har skjedd, tyder svar fra respondenter på at dette ikke nødvendigvis var tilfellet i begynnelsen av prosjektet. Respondent A forteller at vurdering av organiseringen skulle gjennomføres i forprosjektet men grunnet avhengigheter knyttet til regelverksforenkling ble det utsatt til gjennomføringsfasen. A forteller videre:

*Det som var bra med det, var at vi kunne lage arbeidsprosesser og utvikle teknologien uten å måtte ta hensyn til organiseringen. Vi var jo kommet fryktelig langt i utviklingen av teknologien når arbeidet med organisering starta.*

Respondent A, C og D forteller at prosjektet trolig har tjent veldig på at styringsgruppen utsatte vurdering av ny organisering til etter at de nye arbeidsprosessene ble utviklet. Respondent C sier:

*[..] jeg er en tilhenger av at en organisering må følge prosessen, ikke motsatt.*

Dette kan tyde på at det ved innledningen av prosjektet ikke var like naturlig at endring i teknologi skulle legge premissene for komponentene mennesker, oppgaver og spesielt struktur. Med utgangspunkt i at teknologi ble premissgiver for hvilke endringer som har blitt gjennomført, vil vi analysere hvordan endringene i teknologien har påvirket de tre andre komponentene.

Oppgaver er en av komponentene som ifølge Leavitts diamant skal påvirkes når teknologien endres (Leavitt, 1964). Den nye teknologiske løsningen for behandling av reiser uten rekvisisjon har endret oppgavene til saksbehandlerne fra en komplett manuell saksbehandling, til kontroll og behandling av enkeltelementer. Det er dermed ikke bare en endring i arbeidsverktøy, men en gjennomgående endring av hvilke oppgaver som gjennomføres manuelt.

Ved endring av oppgaver og teknologi kan kompetansebehovet og behov for antall ansatte endre seg (Leavitt, 1964). Som nevnt har saksbehandlingsoppgavene endret seg ved at teknologien har overtatt flere av saksbehandlernes tidligere oppgaver. Halvparten av respondentene forteller at opplæring av eksisterende ansatte i nytt system har vært utfordrende, fordi det er flere som ikke stoler på regelmotoren. Respondentene forteller at flere

---

saksbehandlere bruker mye tid på å gjennomgå deler av saken som allerede har blitt behandlet maskinelt. En kan tenke seg at saksbehandlere har en ansvarsfølelse for en rettferdig behandling av pasientrettigheten, og dermed ikke endrer gjennomføringen av de nye oppgavene fullstendig fordi de oppfatter at teknologien ikke har endret seg slik de nye oppgavene deres skulle tilsi. To av respondentene mener derimot det er tekniske feil som fører til at ansatte behandler en større del av sakene manuelt enn det er lagt opp til. En av de sier:

*[..] hvis du ikke går gjennom hele saken, så er det en annen kø som vokser og det er klagekøen. Og det er en adskillig mer krevende prosess. [..] Det har ingenting med læring og avlæring å gjøre.*

Den andre respondenten mener at det kan være utfordrende å forholde seg til ny arbeidsprosess da alt tar litt lenger tid, og fordi:

*[..]man ser at det er store feil som man egentlig oppfordres til å la gå gjennom.*

Vi har ikke tilgang til informasjon som bekrefter eller avkrefter påstandene om at systemet gjør feil før saken går til manuell kontroll. Uavhengig av hvorvidt systemet gjør feil eller ikke, kan uttalelsene til respondentene tolkes som at de ansatte forsøker å tilpasse seg de oppgavene de opplever som nødvendig for å kompensere for svakheter de erfarer med den nye teknologien. Alle respondentene som har blitt spurt om utfordringer med den nye løsningen trekker frem dårlig registerkvalitet. Respondent C, F, G og H mener dårligere registerkvalitet har ført til mer manuell jobb og dermed større behov for antall ansatte enn beregnet. Alle utenom to respondenter som er spurt om registerkvaliteten, svarer at problemene rundt dårlig kvalitet rammer flere områder enn selve saksbehandlingen ute i de regionale pasientreisekontorene. Et eksempel på dette er ekstra treghet i digitaliseringssteget. Det kan tyde på at mangler ved teknologien er en årsak til at menneskene gjennomfører andre oppgaver enn det prosjektet ønsket. Likevel er det verdt å merke seg at flere av respondentene mener teknologien leverer det den skal når det gjelder den automatiske delen av saksbehandlingen gitt korrekte data tilknyttet søknaden. Disse respondentene mener derfor at oppgavene de ansatte gjennomfører, ikke burde omfatte fullstendig gjennomgang av saken.

Komponenten mennesker i Leavitts diamant omhandler også antallet mennesker som er sysselsatt i organisasjonen (Leavitt, 1964). Som nevnt tidligere, mener respondent A den nye organiseringen hadde stått svakere dersom ikke analyser og fakta tydelig hadde vist en sterk reduksjon i årsverk. Det kan se ut til at en forventet reduksjon i årsverk har lagt føringer for

---

valgt av struktur, noe som kan tyde på at man har tatt hensyn til koblingen mellom mennesker og struktur. Den bemanningen som trengs for å ta hånd om saksinngangen viser per mars 2017 en reduksjon i benyttede årsverk, og i henhold til estimatene skal bemanningen reduseres vesentlig innen 2018 (Tabell 5). Dersom behovet for antall årsverk er større enn planlagt, kan det ifølge Leavitts diamant påvirke de tre andre komponentene.

Estimatene for 2018 i Tabell 5 viser et stort potensiale for reduksjon i antall årsverk som følge av en digitaliseringsgrad på 70 %. Tabellen viser også hvordan årsverkene fordeler seg mellom de ulike regionene, og man kan argumentere for at lavt antall årsverk i hver region var en driver for strukturelle endringer i pasientreiseområdet. I Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord var det flere kontorer som arbeidet med reiser uten rekvisisjon, og estimatene viser et nokså lavt antall årsverk per region for 2018. Respondent A påpeker at et lavere antall årsverk fordelt på det samme antallet kontorer ville kunne føre til mer koordineringsutfordringer og mindre fagmiljøer. Dette kan ifølge tyde på at prosjektet har tatt inn over seg koblingene Leavitts diamant illustrerer, der antall mennesker har påvirkning på struktur.

Komponenten struktur består av både den formelle organiseringen av virksomheten og andre faktorer som kommunikasjons-, autoritets-, og makssystemer (Leavitt, 1964). Man kan argumentere for at virksomhetsoverdragelsen der reiser uten rekvisisjon blir samlet i en juridisk enhet er en endring i makt- og autoritetssystemene. Pasientreiser vil få mer direkte myndighet over saksbehandlingen av reiser uten rekvisisjon. Samtidig kan en slik endring i struktur føre til uventede reaksjoner i de andre komponentene som organisasjonen må håndtere for at overdragelsen skal bli vellykket.

### *Oppsummering*

Det virker som prosjektet har tatt hensyn til sammenhengene som ifølge Leavitts diamant er mellom mennesker, struktur, oppgaver og teknologi på en hensiktsmessig måte i valg av endelig løsning. Ut ifra vår analyse finner vi indikasjoner på at det er teknologien som har vært premissgivende for endring. Ved å endre oppgaver har teknologien styrt både behovet for kompetanse og antall mennesker, samt lagt til rette for en mer sentral organisering. Det er også mulig at endring i teknologien kan ha ført til strukturelle endringer i form av at Pasientreiser etter en virksomhetsoverdragelse vil ha endret autoritet over pasientreisekontorene. Det er imidlertid noen aspekter knyttet til manglende tillit til teknologiens behandling av saker og et

---

økt bemanningsbehov, som kan føre til endring i balansen mellom komponentene i Leavitts diamant. I den videre endringsprosessen kan det derfor være nyttig for ledelsen å ta innover seg sammenhengene mellom teknologi, ansatte, oppgaver og struktur for å oppnå de ønskede gevinstene.

### 5.3 Endringens påvirkning på ansatte

Grunnet store endringer i pasientreiseområdet kan det være nyttig å se på hvordan de interne prosessene har påvirket ansatte. Ansatte har også inngått i analysen i forrige kapittel, men vi ser behovet for å undersøke de ansattes opplevelse og holdninger til endringene nærmere. Oppfatningen av prosjektet og nåværende situasjon ved pasientreisekontorene kan hjelpe oss å forstå hvordan de ansatte er påvirket av Mine pasientreiser. Vi vil innledningsvis redegjøre for pasientreiseområdets utgangspunkt for endring før vi går inn på eventuelle effekter av endringer for de ansatte. Vi har delt opp denne delen av analysen i emnene endringsvilje, involvering, mistenkeliggjøring, gnisninger og teknostress. Avslutningsvis i dette delkapittelet oppsummerer vi analysen av prosjektets påvirkning på ansatte.

I intervju fortalte respondent C at Kotters åttestegsmodell ble benyttet av Pasientreiser i forkant av prosjektet. Dette indikerer at deler av organisasjonen kan ha hatt forventninger om at endring er en isolert hendelse, noe som ifølge andre forskere kan være et problem dersom det foregår multiple endringer (Meyer & Stensaker, 2005). I tillegg har prosjektet vært initiert fra den politiske ledelsen, og endringen kan derfor sies å ha vært gjennomført top-down (Mintzberg, 1998). Balogun (2006) mener virksomheter kan vinne mye på å feste endringen hos mellomledere, da en top-down-endring kan føre til utilsiktede og motvirkende utfall som følge av endringen. Vi vil derfor undersøke om endringens forankring kan ha ført til utfall som ikke er forventet eller ønsket.

Begrenset endringserfaring kan referere til både generelt lite erfaring med endring og lite erfaring med større endringer (Meyer & Stensaker, 2005). Respondent C forteller at Pasientreiser og pasientreisekontorene tidligere har arbeidet med stegvis forbedring av arbeidsprosesser, noe respondenten mener har bidratt til en endringskultur som legger til rette for en mer radikal endring. Da vi tidligere i analysen har påpekt at prosjektet Mine pasientreiser har ført til endringer i mange dimensjoner av organisasjonen mener vi det er rimelig å definere dette som en større endring i bedriften. I løpet av casestudien har vi ikke kommet over noe som

---

kan tyde på at det har blitt gjennomført store endringer siden arbeidsprosessene rundt reiser uten rekvisisjon kom inn under Pasientreiser og pasientreisekontorene 2009. Likevel kan respondent Cs uttalelser om at det har vært mindre endringsprosesser tidligere, tale for at pasientreiseområdet har noe endringserfaring. Vi mener på tross av dette at det er rimelig å anta at pasientreiseområdet har begrenset endringserfaring, ettersom det tidligere ikke har vært radikale endringer, men heller mindre og stegvise prosessforbedringer.

### 5.3.1 Endringsvilje

Respondent A og C opplever at endringsviljen har vært varierende hos pasientreisekontorene. C trekker frem at den gamle prosessen fikk mye ros mot slutten av prosjektet, mens den nye fikk mange forbedringsforslag. Respondent A oppfatter at det mot slutten av prosjektet ble fokusert mye på å finne feil i den nye prosessen ute på pasientreisekontorene. Disse oppfatningene tyder på at de ansatte har gjort motstand mot endringen, noe som kan skje etter lengre stabile perioder i bedrifter med begrenset endringserfaring ifølge Meyer og Stensaker (2005).

Respondent F, G og H har derimot et annet syn på endringsviljen ved pasientreisekontorene. Respondent F mener endringsviljen har vært stor hele veien, og respondent H mener de ansatte har forståelse for den nye løsningen. Disse uttalelsene tyder på at de ansatte faktisk var mottagelige for endringer. H tror den påfølgende virksomhetsoverdragelsen har kommet som en overraskelse for mange på pasientreisekontorene, noe som kan tilsi at forventning om én endring fremfor multiple endringer har vært tilstede.

### 5.3.2 Involvering

Det at bestillingen av prosjektet kom fra HOD, og dermed hadde høy forankring, var essensielt ifølge flere respondenter (A, B, C og D). Respondent H mener imidlertid at et prosjekt initiert fra den politiske ledelsen gir annen grad av påvirkningsmulighet for pasientreisekontorene enn om det blir initiert lokalt:

*[..] påvirkningen man har på kontornivå vil være veldig mye mindre enn i et prosjekt som man leder selv.*

Flere av respondentene har trukket frem utfordringer knyttet til bruken av referansegruppen, og gruppens rolle som et rådgivende organ i prosjektet. Respondent A oppfattet at

---

pasientreisekontorene hadde et ønske om å sitte i førersetet for endringen, mens deres rolle var som en del av referansegruppen til prosjektet. Respondent H er usikker på om det var fornuftig å ikke ha noe beslutningsmandat for referansegruppen. Respondent B sier:

*Så har nok veldig mange av helseforetakene følt at ikke de har vært involvert, og de har følt at prosjektet har vært veldig styrt fra vår side.*

Respondent A forteller at vurderinger og synspunkt fra referansegruppemøter ble brukt til å underbygge beslutninger i styringsgruppen. Likevel opplevde respondent F at referansegruppen periodevis ble brukt lite, noe som ga en følelse av at pasientreisekontorene ikke alltid ble hørt. Respondent G erfarte at pasientreisekontorene ble inkludert i prosjektet, men er usikker på hvor stor effekt involveringen faktisk hadde. Det kan se ut til at prosjektledelsen har forsøkt å involvere pasientreisekontorene gjennom referansegruppen. Det virker imidlertid som om pasientreisekontorene har hatt en forventning om større innvirkning på resultatet. Respondent A er av den oppfatning at referansegruppen faktisk har hatt påvirkning på beslutninger som ble tatt, og at det var:

*[..] rom for de til å gi personlig uttrykk, vurderinger og kommentarer, både verbalt og skriftlig, som helt sikkert ikke hadde nådd gjennom hvis det hadde gått linjevei.*

Respondent C er derimot av den oppfatning at referansegruppen ble et informasjonsfora og dermed ikke fungerte som et rådgivende organ slik det var ment. Respondent G og H mener det var noen utfordringer knyttet til saksgrunnlaget som ble lagt til grunn for konklusjonene som ble tatt i referansegruppen. Respondent H forteller hvordan situasjonen kan oppfattes når man ikke har en sentral rolle i prosjektet:

*[..] du må jo ta en avgjørelse på det beslutningsgrunnlaget man får presentert. Det beslutningsgrunnlaget lages jo en annen plass, så er ingen praktisk, har ingen praktisk påvirkning på prosjektet.*

Respondenten forteller videre:

*Jeg føler at den informasjonen som har kommet har vært etterrettelig og vel utarbeidet.*

Selv om referansegruppens betraktninger hadde påvirkning på beslutninger ifølge A, ser det ut til at enkelte i pasientreisekontorene hadde en oppfatning om at involveringen ikke hadde noen praktisk betydning på prosjektet. Dette taler for at pasientreisekontorlederene som var i

---

referansegruppen følte liten involvering, noe som ifølge Meyer og Stensaker (2005) kan føre til at toppledernes intensjoner mistenkeliggjøres.

Respondent C forteller det virket som enkelte i referansegruppen hadde et ønske om en fortsatt desentralisert struktur. Respondenten forteller videre at ulik oppfatning av den mest hensiktsmessige organiseringen av området med ny prosess og den uavklarte fremtidige organiseringen, preget samarbeidsklimaet mellom medlemmene i referansegruppen og prosjektledelsen. Respondent G forteller at man i ettertid har innsett at pasientreisekontorene ikke alltid hadde forutsetninger for å mene noe om alle saker de ble spurt til råds om. Respondenten mener at dette førte til at de var mer positive til mange saker da enn de ville vært nå. En slik opplevelse vil kunne bidra til et mindre positivt syn på toppledere dersom det allerede er misnøye.

### 5.3.3 Mistenkeliggjøring

Det kan virke som flere respondenter påpeker noe som kan ligne på mistenkeliggjøring av toppledernes intensjoner. Respondent F tror mange har hatt en oppfatning av at det fantes skjulte agendaer i prosjektet, noe som førte til at flere ble opptatt av å beskytte seg og sitt. Respondenten tror dette har hemmet prosessen en del. Respondent H mener at kommunikasjonen mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser i prosjektperioden har vært preget av alvoret i situasjonen:

*Og det er nok riktig og, at man har et fokus på det mer formelle i en sånn prosess. Men det er klart at mye av det gode samhandlingsmiljøet har nok vært satt på prøve i denne fasen vi har vært inne i.*

Respondent F tror det er en del ubearbeidet mellom enhetene som bør løftes frem på et eller annet tidspunkt. Respondent H forteller at man nå er midt i en fase hvor det hersker usikkerhet rundt kommende endringer:

*Vi vet ikke verken hvilke planer eller intensjoner man har.*

Videre opplever respondent G at flere sitter med en følelse av at stadig flere tjenester vil leveres fra Skien etter hvert, noe som kan bekrefte respondent Bs oppfatning om at pasientreisekontorene har sett på Pasientreiser som en trussel. F tror at det ulmer litt under overflaten enkelte steder i pasientreisekontorene, og at dette skyldes prosessen rundt prosjektet som ikke har vært helt optimal. G mener det var uheldig med en sluttrapport som skryter



---

uhemmet av hvor vellykket prosjektet er. Disse uttalelsene taler for at det har forekommet mistenkeligjøring av prosjektledelsens agenda.

### 5.3.4 Gnisninger

I forbindelse med prosjektet og omorganiseringen har digitaliseringssteget blitt lagt til Pasientreiser i Skien. Man kan se på det nye digitaliseringssteget som opprettelse av en ny enhet i verdikjeden, og det er delte meninger om denne avgjørelsen. Respondent B opplever selv at kontorlederne er positive til den nye digitale løsningen, men at det finnes indre motstand. Respondenten mener motstanden bunner i den organisatoriske endringen:

*[..] Alle tror jeg er enige i at det er bra, den forenklingen som skjer for brukerne  
[..] de er ikke enige i hvordan dette arbeidet skal organiseres, de ønsker  
fremdeles å sitte med alt ansvar selv.*

Respondentene F og G skulle ønske at digitaliseringssteget hadde blitt plassert ute på pasientreisekontorene, og F trekker frem at dette ville sysselsatt flere av de som har blitt overflødige i de ulike regionene. Det ser ut til at det kan finnes gnisninger mellom enkelte av de nye regionale enhetene og Pasientreiser med deres nye oppgaver rundt digitalisering, slik Balogun (2006) fant at kunne skje mellom nye enheter. Enkelte av respondentene har også fortalt at deler av deres frustrasjon mot omorganiseringen kommer av reduksjon i arbeidsplasser, noe som gjør at vi ikke kan tillegge opprettelsen av digitaliseringssteget hos Pasientreiser for mye vekt. Det er også verdt å merke seg at respondent H mener plasseringen av digitaliseringssteget ikke svekker muligheten for god saksbehandling.

Som følge av omorganiseringen har det vært en nedbemanning. To av representantene fra de regionale pasientreisekontorene mener nedbemanningen har skjedd tidligere enn den burde med tanke på arbeidsmengde. Respondent A skulle i ettertid ønske prosjektet hadde klart å formidle risikoene rundt oppstartsfasen til det nye systemet bedre til pasientreisekontorene, slik at de ulike helseregionene kunne tilpasset bemanningen annerledes. En respondent mener organisasjonen hadde vært tjent med å opprettholde bemanningen frem til den nye løsningen hadde innfridd som forventet:

*Her var gevinstuttaket iverksatt basert på avslutningen av gammel løsning og egentlig ikke drift og bruk av ny løsning.*

---

En av respondentene forteller at nedbemanning med påfølgende innleie av ressurser har vært vanskelig å forsvare, og har skapt noe intern uro. Respondenten mener videre at nedbemanningen har vært tøff på miljøet lokalt, og tror at Pasientreiser må gjenoppbygge en del tillit før virksomhetsoverdragelsen gjennomføres. Ettersom reduksjon i arbeidsplasser i noen enheter naturlig kan være en vanskelig situasjon å forholde seg til, kan dette også føre til gnisninger mot nye avdelinger. I og med en respondent påpeker at innhenting av midlertidig ansatte i Skien gjør det vanskelig å forsvare nedbemanning i pasientreisekontoret, kan dette tyde på at det finnes misnøye. I sin studie opplevde Balogun (2006) at de ansatte ønsket å beskytte sin stilling og fortsette som før, og det er flere av respondentenes uttalelser som kan sammenfalle med Baloguns funn. Respondent F mener at det etter en virksomhetsoverdragelse vil fungere helt fint med fire regionale kontorer så lenge man får et godt samarbeid mellom dem og Pasientreiser. Denne uttalelsen kan tolkes som at respondenten oppfatter utfordringene knyttet til endringsprosessen som overkommelige, og at den nye organiseringen har potensiale for å fungere, gitt at partene klarer å løse de utfordringene som har oppstått i løpet av endringsprosessen.

### 5.3.5 Teknostress

Ved innføring av ny teknologi kan ansatte oppleve økt stress, også kalt teknostress. Tarafdar et al. (2007) har lagt frem fem komponenter som kan være drivere for teknostress, og med bakgrunn i analysen som hittil er gjennomført ser det ut til at *techno-insecurity* den mest relevante komponenten for videre analyse. Techno-insecurity refererer til ansattes frykt for å miste jobben fordi teknologien tar over arbeidsoppgavene deres eller at andre med bedre teknologikompetanse skal bli prioritert fremfor dem. Det kan argumenteres for at teknostress kan forekomme i pasientreiseområdet, da mange ansatte allerede har blitt flyttet eller sagt opp og fremtidig behov for ansatte er uklart. Som nevnt i kapittel 5.3.3 har flere respondenter uttrykt at det er usikkerhet rundt hva slags agenda prosjektledelsen har hatt i løpet av prosjektet. Figur 9 viser også hvordan tidsforløpet til prosjektet har vært, der en kan se at anbefaling om fremtidig organisering fra styringsgruppen først kom 21. november 2015. Dette er under ett år før implementering av ny løsning og litt over to år etter forprosjektets begynnelse, noe som antagelig kan skape usikkerhet for ansatte når det under hele prosessen var kjent at det var et overordnet mål om administrative gevinster. Usikkerhet rundt ledelsens agenda og tidspunktet

---

for valg av organisering taler for at det kan eksistere usikkerhet rundt egen arbeidsplass som følge av ny teknologi.

Respondent H opplever at den gjeldende strukturen med fire regionale kontorer er en nasjonal, ikke regional, løsning da saker blir behandlet i en felles nasjonal regelmotor og kun et fåtall av saker er tenkt til å gå til regional behandling. Ifølge Wang et al. (2008) kan ansatte i pasientreiseområdet oppleve økt grad av teknostress fordi det går fra en mer desentralisert struktur til noe som kan oppfattes som en nasjonal mer sentralisert løsning, da høy grad av sentralisering er en driver for denne typen stress.

Respondent B forteller at det ble brukt mye tid i forkant av implementering av nytt system på å lage egen opplæringsplan med blant annet egne e-læringskurs, noe respondenten har fått gode tilbakemeldinger på fra både de regionale helseforetakene og pasientreisekontorene. B forteller videre at det har vært gjennomført løpende opplæring i etterkant av implementering selv om det egentlig ikke var planlagt. En av representantene fra de regionale pasientreisekontorene bekrefter Bs utsagn om at opplæringen har fungert bra. Teknostress kan reduseres ved å fremme læring i organisasjonen, veilede sluttbrukerne, delegerer godt og ha tilstrekkelig opplæring (T. S. Ragu-Nathan et al., 2008; Wang et al., 2008), og det kan argumenteres for at spesielt veiledning og opplæring har vært gjennomført adekvat i prosjektet.

Involvering av sluttbrukerne i systemplanleggingen og implementeringen kan også være et tiltak som reduserer muligheter for teknostress (T. S. Ragu-Nathan et al., 2008). Sluttbrukerne innad i pasientreiseområdet er saksbehandlerne, og som diskutert i kapittel 5.3.2 er respondentene uenige i hvilken grad pasientreisekontorene ble involvert i utviklingsprosessen. Spesielt var representantene fra pasientreisekontorene skeptiske til om denne involveringen faktisk hadde betydning for sluttresultatet. Prosjektledelsen var ifølge respondent A og C opptatt av innspill fra referansegruppen, og A forteller at deres innspill var viktige for flere beslutninger. Prosjektet hadde i tillegg til referansegruppen også arbeidsgrupper knyttet til de ulike delprosjektene. Det var saksbehandlere fra pasientreisekontorene i arbeidsgruppen tilknyttet systemutvikling, noe som tilsier at de har hatt en viss involvering i utviklingsprosessen.

Samlet sett kan det tyde på at det foreligger hendelser og uttalelser som går under komponenten techno-insecurity, som kan være en driver for teknostress. Videre kan det også argumenteres for at den sentraliserte strukturen kan bidra til stress forårsaket av teknologi. Ulik oppfatning

---

av involvering i prosjektet kan også være med på å øke graden av teknostress. Vi har ikke gjort spesifikke undersøkelser i pasientreiseområdet når det gjelder teknostress, men vet fra teori om fenomenet at denne formen for stress kan eksistere ved bruk av IKT på arbeidsplassen. Det at enkelte elementer kan tyde på at det finnes usikkerhet rundt videre arbeid grunnet teknologi og at pasientreiseområdet oppfattes som mer sentralisert, betyr ikke nødvendigvis at de ansatte lider av teknostress. Det kan virke som at det har blitt gitt omfattende opplæring og veiledning på ny teknologi, likevel peker noen funn på at det kan forekomme teknostress hos pasientreisekontorene, noe ledelsen bør være klar over i tiden fremover.

### *Oppsummering*

Oppfatningen om endringsviljen er delt mellom respondentene, der representantene fra de regionale pasientreisekontorene mener endringsviljen har vært stor, mens respondenter fra prosjektledelsen har oppfattet det motsatte. Lav endringsvilje ser ut til å være knyttet til spesielt den strukturelle endringen, noe representantene fra de regionale pasientreisekontorene også kan si seg delvis enige i. Denne motstanden kan komme av en top-down-endring, ifølge Balogun (2006).

Ifølge Meyer og Stensaker (2005) kan en følelse av manglende involvering i endringssituasjoner føre til mistenkeliggjøring av toppledelsens intensjoner. Det kan virke som pasientreisekontorene har opplevd at involveringen i referansegruppen har gitt lite påvirkning på sluttresultatet. Prosjektledelsen kan sies å være delt i sin oppfatning av hvorvidt referansegruppen har fungert i henhold til den planlagte rollen som et rådgivende organ, eller om den ble benyttet som et informasjonsfora. For pasientreisekontorene kan det imidlertid tolkes dit hen at den rådgivende rollen som referansegruppen hadde også var en lavere grad av involvering enn de ønsket. Opplevelsen av lav involvering kan føre til en oppfatning av skjulte agendaer i prosjektet. Flere av respondentene fra pasientreisekontorene har kommet med uttalelser som indikerer mistanke om intensjoner utover det som har vært kommunisert av prosjektledelsen. En av respondentenes uttalelser kan tolkes dit hen at informasjonen som ble gitt ble oppfattet som den hadde en klar agenda utover det som ble kommunisert.

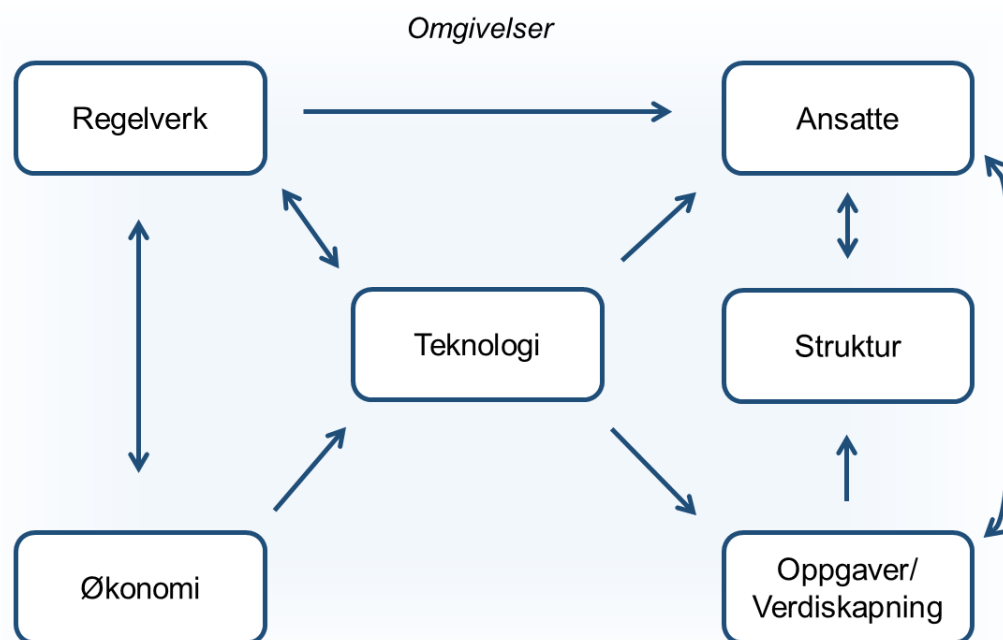
Gjennom å legge digitaliseringssteget til Pasientreiser og ikke pasientreisekontorene har prosjektet opprettet en slags ny enhet i verdikjeden. Det kan se ut til at det har oppstått gnissninger mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser som følge av plasseringen til det nye

digitaliseringssteget. Det virker å være uklart hvorvidt gnisningene mellom enhetene kommer av at det er en ny enhet slik som i Baloguns (2006) forskning, eller om dette kan skyldes andre forhold som for eksempel nedbemanningen ute i regionene.

Tilsynelatende har prosjektet opplevd flere utfordringer som kan knyttes til organisasjoner med manglende endringserfaring. Det kan også virke som respondentene er enige i at den tekniske løsningen er et steg i riktig retning for pasientreiseområdet, men at implikasjonene den tekniske løsningen har hatt for organiseringen har skapt utfordringer i form av mistenkeliggjøring av ledelsens intensjoner og gnisninger mellom enheter. Vi har også funnet enkelte elementer som tyder på at det kan eksistere teknostress blant ansatte på pasientreisekontorene. Disse utfordringene kan tenkes å være skadelige for samarbeidet i den nye organiseringen, noe som gjør at partene bør tilstrebe å få klarhet i usikkerhetsmomenter og gjenoppbygge tillit.

## 6 Diskusjon

I utredningen har vi til nå gjennomgått digitaliseringsprosjektet Mine pasientreiser og analysert prosjektets påvirkning på pasientreiseområdet. Prosjektet har gitt pasienter tilgang til en ny digital løsning på helsenorge.no for innsending av refusjonskrav og hatt et mål om store administrative gevinster. På flere områder har vi sett at prosjektet har blitt gjennomført på en måte som sammenfaller med litteraturen presentert i kapittel 2. Formålet med dette kapittelet er å strukturere og diskutere funn fra analysen i forrige kapittel sammen med annen relevant informasjon for å besvare vår problemstilling. Med inspirasjon fra sosio-teknisk teori har vi laget en modell (Figur 10) som visualiserer sammenhengen mellom det vi tolker som seks hovedelementer som er påvirket av prosjektet, samt at vi har tatt med *omgivelsenes* påvirkning på enkeltelementene. De seks elementene er (1) *regelverk*, (2) *økonomi*, (3) *teknologi*, (4) *ansatte*, (5) *struktur* og (6) *oppgaver og verdiskaping*. Vi har fremstilt det vi ser på som direkte påvirkning ved hjelp av piler i modellen. Pilenes retning illustrerer hvilke elementer som har påvirket hverandre.



Figur 10: Visualisering av elementers påvirkning på hverandre

Vi vil kort definere hva vi legger i de ulike elementene i figuren over, før vi forklarer de enkelte elementene og pilenes retning nærmere. *Omgivelsene* i figuren har vi valgt å definere som eksterne drivere for prosjektet, som trender og politiske føringer. *Regelverket* omhandler

---

reglene rundt pasientrettigheten. Videre har vi definert *økonomi* til å inneholde alle kostnader og økonomiske gevinster i forbindelse med prosjektet, samt kostnaden av refusjon for reiser. Med *teknologi* menes teknologien som ble utviklet av Mine pasientreiser og som nå benyttes ved behandling av reiser uten rekvisisjon. *Ansatte* har vi definert som saksbehandlere og andre ansatte ved pasientreisekontorene, samt ansatte på behandlernivå hos Pasientreiser. I tillegg inneholder elementet kompetansen som kreves av de *ansatte*. *Struktur* omhandler antallet av og lokasjonene til enhetene som arbeider med reiser uten rekvisisjon. Elementet *oppgaver og verdiskaping* har vi definert som oppgavene som gjennomføres av ansatte i pasientreiseområdet og hvordan pasientreiseområdet leverer verdi til pasientene. Vi har ikke fokusert på brukerperspektivet i vår utredning og har derfor valgt å slå sammen verdiskaping og oppgaver ettersom vi ser en sterk kobling mellom de to.

Vi vil i de påfølgende delkapitlene diskutere de sammenhengene vi har funnet mellom elementene. Dette har vi valgt å strukturere slik at vi har ett delkapittel for hvert element, der vi diskuterer elementets påvirkning på andre elementer.

### *Omgivelser*

Først og fremst har vi i løpet av arbeidet med denne utredningen blitt oppmerksomme på at det finnes eksterne drivere for gjennomføring av prosjektet. Med eksterne drivere mener vi hovedsakelig trender i form av den fjerde industrielle revolusjon og politiske føringer. I den fjerde industrielle revolusjon er teknologi en av de viktigste driverne i økonomien (Brynjolfsson & McAfee, 2012), og det har blitt endringer i hvordan det offentlige og innbyggerne samhandler (Chun et al., 2010). En kan argumentere for at prosjektet Mine pasientreiser nettopp følger denne trenden ved å endre samhandling med det offentlige og innbyggerne. Prosjektet kan sies å bunne i Regjeringens digitaliseringsprogram, der det ble presentert et mål om en forbedring i behandlingen av pasientreiser. Videre ble Mine pasientreiser gitt fra HOD til Pasientreiser via Helse Sør-Øst. Det er mye som tyder på at politiske føringer har vært en sterk driver for prosjektet. I kapittel 5.1 ser vi at Mine pasientreiser har flere trekk som sammenfalle med flere prinsipper i DEG, noe som også taler for at politiske trender har påvirket prosjektet.

Vi inkludert *omgivelser* i utformingen av modellen (Figur 10) for å vise at omgivelsene til prosjektet har påvirket de forskjellige elementene i ulik grad, spesielt *teknologien*. Forbrukere benytter daglig teknologi, og vi vil blant annet på bakgrunn av dette argumentere for at

---

*omgivelsene* påvirker valg av *teknologi* i offentlig sektor ved at trender og forventninger bygger opp til en mer elektronisk samhandling mellom innbygger og stat. De politiske føringene for prosjektet, gjennom mandatet fra HOD, har gitt tydelig styring om at den digitale plattformen helsenorge.no skal benyttes til søknad om refusjon for en reise. *Omgivelsene* ser også ut til å ha vært med å påvirke *regelverket*, da flere respondenter har påpekt at HOD har hatt mye å si for utformingen av regelverket. Dette er også naturlig da Stortinget behandler og vedtar eventuelle lovendringer og HOD er helsesektorens øverste organ ledet av helse- og omsorgsministeren.

Vi vil også argumentere for at *omgivelsene* har påvirket *økonomiske* forhold i prosjektet. I og med Mine pasientreiser er et offentlig prosjekt, vil midlene som behøves for gjennomføring naturlig nok få rammer som er gitt av *omgivelsene*, herunder politiske bevilgninger (*økonomi*). Selv om helsesektoren bygger på prinsipper om autonomi, mener vi at politikere søker å fremme sin politikk ved å sette rammer for bruk av bevilgede midler. Vi vil argumentere for at dette også har påvirket de *økonomiske* rammene knyttet til utbetaling, hvor HOD (*omgivelser*) satte krav om uendret total utbetaling av refusjon som nevnt i kapittel 4.4.4.

Ettersom det har vært forventninger om utvikling av teknologi i samfunnet (*omgivelser*), er dette en forventning man kan argumentere for at også *ansatte* i pasientreiseområdet har hatt. Det er dermed naturlig å anta at flere av endringene som kommer som følge av en økt digitalisering ikke er uventet for organisasjonen som helhet. På grunn av prosjektets mål om administrative gevinster har vi forsøkt å avdekke eventuell konflikt som følge av prosjektet ved å kontakte fagforbundet de ansatte er tilknyttet. Fagforbundet kunne ikke finne noe tegn til involvering på bakgrunn av prosjektet fra deres side. Dette kan tyde på at ulike ledere i pasientreiseområdet har klart å kommunisere årsaken til endring på en tydelig måte. Noe som kan ha virket dempende for fagforbundets involvering er en forventning om digitalisering i pasientreiseområdet, og kjennskapet til at digitaliseringsprosjekter ofte medfører en reduksjon i årsverk.

En kan også argumentere for at *omgivelsene* har påvirket *strukturen* ved at de overordnede målene for prosjektet var å hente ut administrative gevinster som følge av økt effektivitet. Denne koblingen er kanskje mer indirekte da de politiske føringene ikke nødvendigvis la opp til en omorganisering i pasientreiseområdet, men heller la rammene for hvilke mål prosjektet skulle levere. I kapittel 5.1 argumenterte vi for at de strukturelle endringene er i tråd med DEG, fordi endringene er basert på prosessene i den nye tekniske løsningen og flere respondenter



---

påpekte viktigheten av at de strukturelle endringene kom sent i prosjektet. Vi mener derfor *omgivelsene* kan ha hatt en indirekte påvirkning på *strukturen* i pasientreiseområdet gjennom politiske trender som igjen kan ha påvirket hvordan *strukturen* er tilpasset den digitale løsningen (*teknologi*).

En indirekte kobling finnes også mellom *omgivelsene* og *oppgavene* i bedriften. *Oppgavene* har endret seg som følge av digitaliseringsprosjektet, men ut ifra vår analyse har vi ikke fått inntrykk av at det er lagt spesifikke føringer på hvordan oppgavene skal gjennomføres. Som med *strukturen* kan *omgivelsene* ha påvirket *oppgavene* indirekte ved at prosjektet er gitt utenfra, og at rammene for digitaliseringen har vært med på å endre oppgavenes omfang. I kapittel 5.2.1 har vi argumentert for at *verdiskapingen* er den samme som tidligere ved at det fortsatt leveres en pasientrettighet, men at måten pasientrettigheten blir ivaretatt har fått nye aspekter. En kan derfor argumentere for at *omgivelsene* har hatt en direkte påvirkning *verdiskapingen* ved at politisk initiativ var bakgrunnen for at pasientrettigheten skulle leveres på en annen måte (elektronisk), mens *omgivelsene* indirekte har påvirket hvor stor utbetaling pasienten får ved å påvirke regelverket (standardsats).

Med bakgrunn i denne diskusjonen mener vi det er rimelig å si at *omgivelsene* har hatt direkte eller indirekte påvirkning på alle elementene vi har inkludert i Figur 10. Vi mener derfor *omgivelsene* er viktig å inkludere i modellen vår. Ettersom *omgivelsene* har påvirket alle andre elementer direkte eller indirekte, finner vi det naturlig å sette *omgivelser* som en omfavnende ramme.

### *Regelverk*

*Regelverk* er inkludert i modellen fordi vi i løpet av studien har oppfattet regelverksendringen som essensiell for hvordan prosjektet har utartet seg. I forprosjektrapporten til prosjektet var regelverksendring oppgitt som en av prosjektets avhengigheter, sammen med tilgang på registre og helsenorge.no. *Teknologien* har hatt en nokså åpenbar påvirkning på *regelverket* ved at man ved en ny automatisk saksbehandling var avhengig av endring i *regelverket*, men vi har også fått inntrykk av at *regelverket* har vært med på å påvirke *teknologien*. Som nevnt i kapittel 5.2.1 påpeker noen respondenter at de skulle ønske regelverksendringene hadde gått lenger, og andre ga uttrykk for et ønske om at færre unntak skulle vært inkludert i den digitale løsningen. Dette tyder på at *regelverket* har påvirket *teknologien* i tillegg til at *teknologien* utløste behov for et

---

nytt *regelverk*. Pilen som viser påvirkning mellom *teknologi* og *regelverk* i modellen peker derfor i begge retninger.

Endring av *regelverket* påvirker *økonomi* direkte ettersom regelverksendringen forandrer premissene for utbetalingen til pasienter. Det kan også sies at *regelverket* har en indirekte påvirkning på *økonomi* gjennom *teknologi*, i og med vi i kapittel 5.2.1 diskuterte muligheten for at *teknologien* har blitt mer kostbar (*økonomi*) å utvikle fordi man har tatt hensyn til *regelverkets* mange unntak. I tillegg vil vi argumentere for at *regelverket* har blitt påvirket av *økonomi*, noe vi kommer tilbake til under diskusjon av *økonomi*.

Det nye *regelverket* fører til endret behov for kompetanse hos saksbehandlere (*ansatte*) ved at de må benytte nye regler for å behandle søknader. For å opparbeide ny kunnskap har Pasientreiser har gjennomført opplæring i for- og etterkant av implementeringen av nytt system. Det at det har blitt gjennomført opplæring også i etterkant av prosjektet til tross for at det ikke var planlagt, tyder på at det har skjedd betydelige endringer i kompetansen som kreves av saksbehandlere (*ansatte*). *Regelverksendringen*, som førte til en overgang fra billigste rutegående transport til kilometersats som grunnlag for utregning av refusjon, stiller mindre krav til lokalkunnskap enn tidligere. Flere av disse beregningene gjøres nå automatisk av systemet uten behov for interaksjon fra mennesker, noe som også understreker at det har skjedd en endring i kompetansebehovet (*ansatte*).

### *Økonomi*

I kapittel 5.2.1 diskuterte vi hvordan kostnader og gevinster (*økonomi*) var fordelt mellom ulike enheter i helsesektoren, og at prosjektet rapporterte totale kostnader og gevinster på tvers av alle enheter. I kapittelet argumenterte vi for at forventede økonomiske gevinster var en drivkraft for prosjektet. Flere av respondentene har fortalt at det var knyttet frykt til at kostnadene ved reiserefusjon kunne øke grunnet en enklere og mer tilgjengelig søknadsprosess med den nye digitale løsningen. Vi ser også tegn til at *økonomi* har påvirket det nye *regelverket* gjennom at HOD (*omgivelser*) ønsket samme totale utbetaling ved det nye som det gamle regelverket.

Vi mener *økonomiske* vurderinger har hatt en klar påvirkning på valget av *teknologisk* løsning. Prosjektet hadde administrative gevinster som et selvstendig mål og dette *økonomiske* målet kan anses som en drivkraft for utvikling av et nytt system, slik som diskutert i kapittel 5.2.1. For å nå målet har prosjektet tilstrebet en løsning med høy grad av automatisk behandling av

---

saker, noe som taler for at *økonomi* har påvirket *teknologien* fordi høy automatiseringsgrad fordrer lavere manuell innblanding og derfor er i tråd med målet om færre årsverk.

### *Teknologi*

Som nevnt i kapittel 5.2.2 kan det argumenteres for at *teknologien* var et slags startpunkt for endring i de andre elementene i Figur 10. Vi mener *omgivelsene* har påvirket en *teknologisk* endring i pasientreiseområdet i form av å muliggjøre digital innsending og flere automatiserte prosesser enn tidligere. Denne endringen i *teknologien* har fordret endring andre steder i pasientreiseområdet. Som nevnt i avsnittet om regelverkselementet hadde *teknologiendringen* en nokså direkte effekt på *regelverket*, da *teknologien* var avhengig av en forenkling av *regelverket* i form av standardsatser. Flere av respondentene nevnte at en digital innsending ville vært mulig uten regelverksendringen, men at automatisk behandling av søknadene ville vært verre å få til. Likevel mener en av respondentene at *teknologien* ble laget uten for mye hensyn til *regelverket*, noe som kan tilsi at *teknologisk* endring fordret hovedendringen av *regelverket* til standardsats, mens unntak og andre bestemmelser i *regelverket* ikke har vært like påvirket av *teknologien*.

Endringen i *teknologien* har også påvirket *ansatte* i pasientreiseområdet for reiser uten rekvisisjon. De *ansatte* har blitt påvirket direkte ved at kompetansebehovet har endret seg som følge av ny elektronisk løsning. Det nye saksbehandlingssystemet fordrer mindre manuell behandling enn tidligere, noe som kan sies å ha en direkte effekt på kompetanse (*ansatte*), men også behovet for antall *ansatte* (kapittel 4.4.6). I tillegg har vi i kapittel 5.3.5 sett at det foreligger muligheter for teknostress i organisasjonen som følge av bruken av ny *teknologi* og frykten for oppsigelse. Det kan derfor se ut til at det kan oppstå teknostress blant de *ansatte*, noe som kan tilsi at den nye *teknologien* har påvirket de *ansatte*. Ettersom det etter hvert vil bli en virksomhetsoverdragelse, kan frykten for at arbeidsplasser forsvinner øke ytterligere.

Vi mener også at *oppgavene* har blitt påvirket av *teknologien*, noe som har tett tilknytning til at kompetansebehovet er endret slik som nevnt i avsnittet over. *Teknologien* skal nå i stor grad kun be om kontroll av enkeltelementer, mens de *ansatte* tidligere behandlet hele søknaden. Dette kan anses som en endring i *oppgaver* som er påvirket av *teknologien*. Vi vil også argumentere for at *verdiskapingen* har blitt påvirket av *teknologien*. *Verdiskapingen* i modellen vår refererer til hvordan ivaretagelse og forvaltning av pasientrettigheten utføres og leveres.

---

Pasienten har fortsatt rett på refusjon, men teknologien påvirker måten refusjonen leveres på. Pasienten kan nå sende inn refusjonskrav elektronisk, og trenger ikke lenger å legge ved oppmøtebekreftelser og kvitteringer for faktiske utlegg.

*Strukturen* i pasientreiseområdet for reiser uten rekvisisjon er kanskje det elementet vi mener har blitt sterkest påvirket av endringen i *teknologien*. Det har vært en reduksjon fra tolv lokale til fire regionale pasientreisekontor som har hatt arbeidsoppgaver knyttet til behandlingen av reiser uten rekvisisjon. I tillegg vil det i fremtiden bli gjennomført en virksomhetsoverdragelse der alle enhetene samles under Pasientreiser HF som én juridisk enhet. Vurdering av organisering ble utsatt fra forprosjekts- til gjennomføringsfasen, noe som taler for at *teknologien* kan ha påvirket *strukturen* på en direkte måte. Utsettelsen muliggjorde ifølge respondent A, C og D at prosessutvikling kunne utvikles uavhengig av organisatorisk modell, noe som kan tilsi at mulighetene i *teknologien* har satt rammer for valg av *struktur*. Denne koblingen kan anses som en indirekte påvirkning gjennom *oppgaver*, da *teknologien* i utgangspunktet endret *oppgavene* som igjen påvirket *strukturen*. Det har allerede blitt argumentert for at *teknologien* er et slags startpunkt for endringene, og vi mener derfor at digitaliseringsprosjektet har muliggjort de *strukturelle* endringene ved å endre *oppgavene* og redusere behovet for antall årsverk (*ansatte*). Det har allerede vært en reduksjon i antall årsverk som behandler reiser uten rekvisisjon, og det er ventet en ytterligere nedgang som man kan se av Tabell 5. Vi vil på grunnlag av diskusjonen over argumentere for at *teknologiens* påvirkning på *strukturen* ikke er direkte, men at påvirkningen går gjennom *ansatte* og *oppgaver*.

### *Oppgaver og verdiskaping*

Det er hovedsakelig endring i *oppgaver* som påvirker de andre elementene, mens *verdiskapingen* har blitt påvirket av andre elementer i vår modell. Den nye *teknologien* og arbeidsprosessen legger opp til færre *oppgaver* enn tidligere. Der hvor ansatte tidligere behandlet en hel sak, skal de nå bare behandle deler av saken. En kan derfor argumentere for at endrede *oppgaver* påvirker *ansatte* gjennom hvilken kompetanse de trenger, som diskutert under *regelverk*.

Vi mener også at nye *oppgaver* påvirker *strukturen* gjennom at digitaliseringssteget er plassert hos Pasientreiser, noe som har ført til at en utvidet del av saksbehandlingen skjer i Skien. I den nye prosessen er det, for postinnsendte saker, et nytt skjema som skal digitaliseres og legges

---

inn i det nye saksbehandlingssystemet. I gammel prosess ble postsendingene skannet i Skien før overføring av informasjon til saksbehandlingssystemet ble gjennomført hos pasientreisekontorene. Man kan derfor argumentere for at digitaliseringssteget ikke bare er en opprettelse av et nytt steg, men også en overføring av enkelte oppgaver som tidligere lå hos pasientreisekontorene til Pasientreiser. Opprettelsen av digitaliseringssteget hos Pasientreiser kan derfor anses som en *strukturell* endring som følge av endring av *oppgaver*.

Det kan også argumenteres for at færre *oppgaver* for de *ansatte* har påvirket *strukturen* i pasientreiseområdet. Deler av saksbehandlingen gjennomføres nå av en regelmotor som forbehandler saker før de eventuelt blir sendt til saksbehandlere for kontroll eller manuell behandling. Det er lagt opp til redusert arbeidsmengde på pasientreisekontorene som følge av nytt system og som Tabell 5 viser, har antallet årsverk blitt redusert siden 2014 og målet er en ytterligere reduksjon. Færre *oppgaver* for saksbehandlerne grunnet automatisk eller delautomatisk saksbehandling, kan bety at *oppgavene* har påvirket *strukturen* indirekte gjennom behov for *ansatte*.

### *Ansatte*

Som nevnt under diskusjonen av *teknologi* og *oppgaver* og *verdiskaping* har den nye teknologiske løsningen og de tilhørende saksbehandlingsoppgavene indirekte påvirket *strukturen* ved at et redusert behov for antall årsverk (*ansatte*) har muliggjort en endring i de organisatoriske aspektene ved pasientreiseområdet. Som analysen i kapittel 5.2.2 viser, mener flere respondenter at estimatene av antall årsverk var viktig for valg av struktur. Respondent A påpeker at et lavt antall ansatte (40 årsverk) fordelt på tretten enheter (tolv pasientreisekontorer og Pasientreiser) ville kunne ført til koordineringsutfordringer og svært små fagmiljøer. Tabell 5 viser estimert antall årsverk fordelt på de fire regionale kontorene og Pasientreiser for 2018, og om man eksempelvis skulle fordelt de ti årsverkene knyttet til Helse-Nord RHF på fire kontorer (Figur 2) ville dette resultert i svært få årsverk per kontor. Med bakgrunn i disse argumentene mener vi *teknologien* har påvirket spesielt antall *ansatte*, som igjen har påvirket *strukturen* i pasientreiseområdet.

I kapittel 5.2.1 legges det frem at *ansatte* har behandlet større deler av sakene enn det er lagt opp til i den nye prosessen, noe som kan anses som gjennomføring av flere *oppgaver*. De ansatte har gjort dette fordi de ikke har stolt på *teknologien*. Vi mener derfor *ansatte* har påvirket antall *oppgaver* slik situasjonen er i dag. Enkelte respondenter mener dette er et avlæringsproblem

---

(*ansatte*), mens andre mener det skyldes feil i digitaliseringssteget (*ansatte*) og den automatiske saksbehandlingen (*teknologi*). Dersom manuell behandling av hele saker skyldes menneskelige feil i digitaliseringssteget eller avlæring hos ansatte, kan det argumenteres for at *ansatte* har påvirket *oppgavene*. Om ansattes gjennomgang av saker skyldes feil i den automatiske behandlingen kan det sies at *teknologien* indirekte påvirker *oppgaver* gjennom *ansatte*.

### *Struktur*

*Strukturen* har blitt påvirket av mange elementer gjennom indirekte koblinger, noe som har ført til større strukturelle endringer i pasientreiseområdet for reiser uten rekvisisjon. For øyeblikket er det fire regionale pasientreisekontor som er en betydelig reduksjon fra tidligere tolv lokale kontorer. I tillegg har digitaliseringssteget blitt lagt til Pasientreiser i Skien. Det kan virke som det kan være en del uro blant de ansatte som følge av spesielt de strukturelle endringene. Vi har derfor inkludert en kobling fra *struktur* til *ansatte* i modellen vår. I kapittel 5.3.2 og 5.3.3 har vi diskutert hvordan ansattes manglende følelse av involvering i beslutningsprosesser kan se ut til å ha skapt mistanke om at prosjektet har hatt skjulte agendaer. Mistenkeliggjøringen blant *ansatte* kan se ut til å bunne i de *strukturelle* endringene som har kommet som følge av prosjektet. Dette spesielt fordi respondent H påpeker at virksomhetsoverdragelsen har kommet som en overraskelse for mange *ansatte*, i tillegg til at respondent F uttaler at mange i løpet av prosjektet ble opptatt av å beskytte seg og sitt. Fra kapittel 5.3.4 kan det virke som *ansatte* har vært i forsvarsposisjon der det har oppstått gnisninger mellom nye avdelinger (*struktur*).

---

## 7 Avslutning

Avslutningsvis i denne utredningen vil vi presentere konklusjonene våre, før vi evaluerer studien. Deretter presenterer vi implikasjoner vår studie kan ha for andre offentlige digitaliseringsprosjekter, før vi avslutter med noen forslag til videre forskning.

### 7.1 Konklusjon

Vi har analysert digitaliseringsprosjektet Mine pasientreisere påvirkning på pasientreiseområdet. Under innledende arbeid med utredningen ble vi bevisst på at prosjektet hadde ført til store strukturelle endringer og vi var derfor spesielt interessert i å finne ut hvorfor strukturen hadde blitt endret. For å studere effektene av prosjektet har vi benyttet litteratur om digitalisering, styringsparadigmer, sosio-teknisk teori og endringsledelse. Ved hjelp av studiens eksplorative tilnærming fant vi mulige forklaringer på hvordan pasientreiseområdet har endret seg som følge av Mine pasientreiser, og en god indikasjon på hvorfor strukturen har blitt endret. Vi har samlet seks elementer som vi mener har blitt påvirket av Mine pasientreiser i en modell beskrevet i kapittel 6. Som en del av hvordan pasientreiseområdet har blitt påvirket har vi også avdekket utfordringer knyttet til prosjektets påvirkning på ansatte. Disse utfordringene var uventet å finne basert på den informasjonen vi hadde som utgangspunkt for utredningen. Vi har i denne studien kommet frem til tre konklusjoner som vi nå vil presentere i hvert sitt avsnitt.

Vi har definert seks elementer (1) *regelverk*, (2) *økonomi*, (3) *teknologi*, (4) *ansatte*, (5) *struktur* og (6) *oppgaver og verdiskaping* som påvirker hverandre på ulike måter i pasientreiseområdet (Figur 10). Rundt disse elementene har vi plassert *omgivelser* som er definert som digitale trender og politiske føringer. *Omgivelsene* har på et overordnet nivå påvirket elementene i ulik grad, og vi mener Mine pasientreiser spesielt har blitt påvirket av politiske føringer som ser ut til å stemme overens med Dunleavys (2006) Digital Era Governance. De seks elementene er i tråd med Matt et al. (2015) sitt rammeverk om Digital transformasjonsteori og Leavitts diamant (Leavitt, 1964) og tanken rundt hvordan ulike komponenter i organisasjoner påvirker hverandre. Vi ser at *teknologien* har vært premissgiver og fordret endring i alle elementer utenom *økonomi*. *Omgivelser*, *økonomi* og *regelverk* har hatt direkte påvirkning på hvordan *teknologien* har blitt utformet, mens *teknologiens* utforming igjen direkte har påvirket *regelverk*, *ansatte* og *oppgaver og verdiskaping*.

---

Vi har også funnet at flere elementer indirekte har påvirket *strukturen* i pasientreiseområdet. *Teknologi* er det elementet som har hatt sterkest påvirkning på *strukturen*, selv om denne koblingen er indirekte. Ved en høyere automatiseringsgrad har teknologien overtatt flere av oppgavene *ansatte* tidligere hadde, noe som har redusert behovet for antall årsverk. For å hente ut potensielle gevinster har det blitt gjennomført en omstrukturering fra tolv lokale til fire regionale pasientreisekontor. Vi mener derfor at en endring i *teknologien* har påvirket *strukturen* gjennom et redusert behov for antall *ansatte*. Det er også indikasjoner på at *teknologien* har påvirket *strukturen* gjennom at arbeidsoppgavene (*oppgaver og verdiskapning*) har endret seg.

Digitaliseringsprosjektet ser også ut til å ha hatt en påvirkning på de ansatte. Begrenset endringskapasitet kan ha forårsaket utfordringer i pasientreiseområdet slik som beskrevet av Meyer og Stensaker (2005). Prosjektledelsen har lagt opp til involvering av pasientreisekontorene gjennom referanse- og arbeidsgrupper. Vi har funnet indikasjoner på at deltagelsen i disse ikke har gitt de ansatte ved pasientreisekontorene en følelse av reell påvirkning, noe som kan ha ført til frykt for skjulte agendaer i prosjektet. Dette kan stemme overens med Meyer og Stensakers forskning hvor de har funnet at en følelse av manglende involvering i endringssituasjoner kan føre til mistenkeliggjøring av toppledelsens intensjoner. Vår forskning tyder også på at det har oppstått gnisninger mellom Pasientreiser og pasientreisekontorene, noe som kan være i tråd med studien til Balogun (2006) der gnisning oppstod mellom nye enheter. Gnisningen kan også skyldes andre forhold som nedbemanning.

## 7.2 Evaluering av studien

Selv om vi har strebet etter å eliminere feil og avvik, vil forskningstilnærmingen uansett ha ulike former for svakheter. I denne delen av kapittelet ønsker vi å evaluere studien vår, og vi har i kapittel 3 presentert enkelte andre utfordringer og hvordan vi har håndtert disse.

Denne studien har en eksplorativ tilnærming, noe som har vært fordelaktig da vi har kunnet modifisere utformingen etter hvert. Det har vært en styrke for utredningen å benytte en fleksibel og tilpassningsdyktig metode i og med vi ikke visste hva vi kunne finne. En ulempe med denne tilnærmingen har derimot vært at vi ved datainnsamlingen oppdaget flere interessante aspekter og at begrensning har vært vanskeligere enn om vi hadde hatt benyttet en mindre åpen



---

tilnærming. Etter gjennomgang av data har vi oppdaget noe som kan betegnes som uro i organisasjonen, og det kunne derfor vært fordelaktig å ha flere respondenter fra pasientreisekontorene for å få flere synspunkt på endringene som har kommet som følge av Mine pasientreiser. Likevel mener vi respondentene som har deltatt i studien har hjulpet oss med å besvare problemstillingen ved å gi en dekkende beskrivelse av tilstanden i pasientreiseområdet. Vi har hovedsakelig basert oss på dokumenter som er produsert av prosjektledelsen, noe som kan ha påvirket innholdet i dokumentene. I og med dokumentene i all hovedsak er offentlige, er det imidlertid rimelig å tro at det som er presentert er representativt. Intervjuene er viktige for å få frem aspekter som kanskje ikke blir belyst i dokumentene. Vi har valgt å utelukke representanter fra de åtte pasientreisekontorene som ikke lenger er involvert i behandlingen av reiser uten rekvisisjon, da disse ikke lenger er en del av det området studien har tatt for seg.

Tidspunktet for gjennomførelsen av studien kan også ha påvirket datainnsamlingen, da pasientreiseområdet har vært i en endrings- og implementeringsfase mens utredningen har funnet sted. Respondentenes meninger kan ha vært påvirket av at de er midt i en fase som kan oppfattes som mer uoversiktlig enn en normal driftsfase. I og med opplevelser er friskt i minnet på tidspunktet studien har vært gjennomført, kan man anse dette som en styrke for utredningen da det gir et godt øyeblikksbilde av respondentenes opplevelse av Mine pasientreiser.

### 7.3 Implikasjoner for offentlige digitaliseringsprosjekter

I og med vi kan trekke paralleller mellom våre funn og annen forskning mener vi det er rimelig å anta at andre offentlige digitaliseringsprosjekter kan ha fellestrekk med prosjektet Mine pasientreiser. Vårt håp er at våre funn kan bidra til bedre forståelse for effektene av digitaliseringsprosjekter i offentlig sektor. Spesielt ønsker vi å trekke frem muligheten for at digitalisering kan være driver og premissgiver for strukturelle endringer.

Gjennom casestudien har vi sett at teknologien har vært i førersetet for de fleste av endringsprosessene. Flere av respondentene har trukket frem dette som en viktig suksessfaktor for prosjektet, mens andre har ment at for eksempel regelverkets rolle burde vært mer vektlagt. At organiseringen ble valgt på bakgrunn av de nye prosessene ble av flere respondenter trukket frem som viktig for et bedre gevinstuttak på lang sikt. I tillegg mente enkelte at det ble enklere

---

å enes om en struktur når prosessen allerede var fastsatt. Det kan derfor virke som at offentlige virksomheter kan tjene på å tilpasse strukturen etter at nye arbeidsprosesser som følge av digitalisering er besluttet.

Vi har i løpet av utredningen blitt bevisste på at utvikling av en felles digital løsning på tvers av flere autonome enheter har vært utfordrende, spesielt med tanke på følelsen av involvering. Til tross for at prosjektledelsen har forsøkt å inkludere pasientreisekontorene, har våre respondenter fra disse kontorene ikke opplevd å bli hørt. En respondent mente også at det kunne vært bedre å ikke bli involvert hvis den reelle innflytelsen nesten ikke er tilstede. I tillegg har respondenter påpekt at tidspunktet for bekreftelse av ny organisering kom sent i prosessen, og gjorde at mange gikk i forsvarsposisjon som kan ha vært hemmende for samarbeidet. Ved gjennomføring av lignende prosjekter kan det være nyttig å være bevisst på hvordan ulike interessenter oppfatter prosjektgjennomførelsen. For å unngå utfordringer med gnisninger og mistenkeliggjøring kan det derfor være hjelpsomt å ha en åpen dialog om hvilke planer som ligger bak ulike beslutninger.

## 7.4 Fremtidig forskning

Det er flere aspekter innenfor prosjektet Mine pasientreiser, så vel som større overordnede linjer, som kan studeres videre. Aller først vil vi trekke frem muligheten for å sammenligne resultatene fra denne studien med en tilsvarende gjennomgang av pasientreiseområdet om noen år. Dette kan være interessant for å avdekke om tidspunkt for studien påvirker hvordan endringene oppfattes, eller for å se på konsekvensene av den kommende virksomhetsoverdragelsen. Videre kan det være verdifullt å se på langtidseffektene av digitaliseringsprosjektet eller studere prosjektet fra et pasientperspektiv.

Rollen og konsekvensen av intern prosjektledelse er et aspekt vi har undersøkt, men måttet utelate fra vår utredning grunnet omfang. Gjennom dette prosjektet og andre prosjekter i offentlig virksomhet vil man kunne studere betydningen av intern eller ekstern prosjektledelse opp mot måloppnåelsen til prosjekter. På denne måten kan en videre studie bidra til å kartlegge hvilke prosjekter som eventuelt bør drives internt, og hvilke som bør ledes av eksterne konsulenter.

Prosjektet Mine pasientreiser har gått på tvers av flere autonome enheter i helsesektoren. Særegenheter i prosjekter på tvers av ulike enheter kan være spesielt nyttig å forske på ettersom det kan se ut som det er en trend å samle offentlige tjenester på felles digitale plattformer. Ved å sammenligne prosjekter som går på tvers av organisasjonsgrenser med prosjekter som har foregått innenfor én organisasjon, kan man også avdekke eventuelle ulikheter i måloppnåelse eller andre forhold som skiller prosjektene.

Ved å studere effektene av digitalisering i andre offentlige digitaliseringsprosjekter, vil flere studier kunne danne grunnlaget for en overordnet kartlegging av hvordan digitaliseringsprosjekter påvirker offentlige organisasjoner og deres struktur.

## 8 Litteraturliste

- Aucoin, P. (1990). Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums *Governance* (s. 115-137): Blackwell Publishing Ltd.
- Ayyagari, R., Grover, V. & Purvis, R. (2011). Technostress: Technological Antecedents and Implications. *MIS Quarterly*, 35(4), 831-858.
- Balogun, J. (2006). Managing Change: Steering a Course between Intended Strategies and Unanticipated Outcomes. *Long Range Planning*, 39(1), 29-49.
- BarNir, A., Gallagher, J. M. & Auger, P. (2003). Business process digitization, strategy, and the impact of firm age and size: the case of the magazine publishing industry. *Journal of Business Venturing*, 18(6), 789-814.
- Bostrom, R. P. & Heinen, J. S. (1977). MIS Problems and Failures: A Socio- Technical Perspective, Part II: The Application of Socio- Technical Theory. *MIS Quarterly*, 1(4), 11-28.
- Brown, S. & Eisenhardt, K. (1997). The art of continuous change: Linking complexity theory and time- paced evolution in relentlessly shifting organizations. *Administrative Science Quarterly*, 42(1), 1-34.
- Brynjolfsson, E. (1993). The Productivity Paradox of Information Technology. 36(12), 66-77. Lastet ned fra ACM DL Digital Library <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=163309>
- Brynjolfsson, E. & Hitt, L. M. (2000). Beyond computation: information technology, organizational transformation and business performance. *Journal of Economic Perspectives*, 23.
- Brynjolfsson, E. & Hitt, L. M. (2003). Computing Productivity: Firm-Level Evidence. *Review of Economics and Statistics*, 85(4), 793-808.
- Brynjolfsson, E. & McAfee, A. (2012). Research Brief: Race against the machine: How the digital revolution is accelerating innovation, driving productivity, and irreversibly transforming employment and the economy: Brynjolfsson og McAfee.
- Burnes, B. (2004). *Managing change : a strategic approach to organisational dynamics* (4th ed. utg.): Pearson Education.
- Christensen, T. (2003). Regionale og distriktpolitiske effekter av New Public Management. Lastet ned fra Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/rap/2003/0006/ddd/pdfv/190801-newpublicmanagement.pdf>
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor : instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Chun, S. A., Shulman, S., Sandoval, R. & Hovy, E. (2010). Government 2.0: Making connections between citizens, data and government. *Information Polity*, 15(1).
- Clegg, S. R. (1999). *Managing Organizations : Current Issues*. London: SAGE Publications.
- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. (2012). *Endringer i Helseforetaksloven mv.:* Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ba882ad68bc942caa837d29a10365067/no/pdfs/prp201120120120000dddpdfs.pdf>.
- Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. (2016). E-helse og IKT i helsesektoren. Lastet ned 04.04.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/e-helse-og-ikt-i-helsesektoren/id2356319/>

- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. (i.d.). Organisering og ledelse i Helse- og omsorgsdepartement. Lastet ned 27.01.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/id445/>
- Direktoratet for e-helse. (2017). Om Direktoratet for e-helse. Lastet ned 31.05.2017 fra <https://ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>
- Dunleavy, P. (2006). Digital Era Governance : IT Corporations, the State, and e-Government. I H. Margetts & S. Bastow (red.), *Digital era governance* (s. 216-249). Oxford: Oxford University Press.
- Fornyings- og administrasjonsdepartementet. (2007). *Fornyingsstrategien*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/FAD/Vedlegg/Fornyning/fornyingsstrategien.pdf>.
- Fuglseth, A. M. & Sørrebø, Ø. (2014). The effects of technostress within the context of employee use of ICT. *Computers in Human Behavior*, 40, 161-170.
- Galliers, R. D. (2011). Further developments in information systems strategizing: unpacking the concept *The Oxford Handbook of Management Information Systems: Critical Perspectives and New Directions* (s. 329-345). Oxford: Oxford University Press
- Helsedirektoratet. (2016). Nøkkeltall: Primærhelsetjenesten. Lastet ned 31.01.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-primerhelsetjenesten>
- Helseforetaksloven. Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak.
- Henderson, J. & Venkatraman, H. (1999). Strategic alignment: Leveraging information technology for transforming organizations. *IBM Systems Journal*, 38(2/3), 472-484.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johansen, M. S. (2005). *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet*: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Kagermann, H. (2014). Change Through Digitization—Value Creation in the Age of Industry 4.0. I H. Albach, HeribertPinkwart, AndreasReichwald, Ralf (red.), *Management of Permanent Change* (s. 23-45): Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Klausen, K. K., Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. O. (2011). Fra Public Administration over New Pa til NPM - en fortolkningsramme for reformer *Modernisering av offentlig sektor - Trender, Ideer og praksiser* (s. 48-61): Universitetsforlaget.
- Kommunal- og Moderniseringsdepartementet. (2016). *Digitaliseringsrundskrivet (Rundskriv H-09/16)*,. Lastet ned fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/5c0d4d3fe4f14286aabd818afe618ffc/digitaliseringsrundskrivet\\_2016.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/5c0d4d3fe4f14286aabd818afe618ffc/digitaliseringsrundskrivet_2016.pdf).
- Kotter, J. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59.
- Kotter, J. (2013). Leading Change. *Leadership Excellence*, 30(2), 6.
- Leavitt, H. J. (1964). *Managerial psychology : an introduction to individuals, pairs, and groups in organizations* (2nd ed. utg.). Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human Relations*, 1(1), 5-41.
- Lyytinen, K. & Mathiassen, L. (1998). Attention Shaping and Software Risk—A Categorical Analysis of Four Classical Risk Management Approaches. *Information Systems Research*, 9(3), 233-255.
- Marabelli, M. & Galliers, R. D. (2017). A reflection on information systems strategizing: the role of power and everyday practices. *Information Systems Journal*, 27(3), 347-366.

- 
- Margetts, H. & Dunleavy, P. (2013). The second wave of digital-era governance: a quasi-paradigm for government on the Web. Lastet ned fra <http://dx.doi.org/10.1098/rsta.2012.0382>
- Matt, C., Hess, T. & Benlian, A. (2015). Digital Transformation Strategies. *Business Information Systems Engineering*, 57(5), 339-343.
- Meld.St. nr. 9. (2012-2013). *På nett med innbyggerne - Regjeringens digitaliseringsprogram*. Lastet ned fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/FAD/Kampanje/DAN/Regjeringensdigitaliseringsprogram/digit\\_prg.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/FAD/Kampanje/DAN/Regjeringensdigitaliseringsprogram/digit_prg.pdf).
- Meld.St. nr. 11. (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>.
- Meyer, C. B. & Stensaker, I. (2005). *Hvordan organisasjoner kan utvikle endringskapasitet : forskningsrapport for Finansforbundet*. Oslo: Finansforbundet.
- Mintzberg, H. (1998). *Strategy safari : a guided tour through the wilds of strategic management*. New York: Free Press.
- Moldasch, M. & Weber, W. G. (1998). The « Three Waves » of Industrial Group Work: Historical Reflections on Current Research on Group Work. *Human Relations*, 51(3), 347-388.
- Mumford, E. (2006). The story of socio- technical design: reflections on its successes, failures and potential. *Information Systems Journal*, 16(4), 317-342.
- Myers, M. D. & Newman, M. (2007). The qualitative interview in IS research: Examining the craft. *Information and Organization*, 17(1), 2-26.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Pasientreiseforskriften. Forskrift 25. juni 2015 nr. 795 om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester.
- Pasientreiser ANS. (2014). Prosjekt Mine pasientreiser - Forprosjektrapport.
- Pasientreiser ANS. (2015). Utredning: Fremtidig organisering av pasientreiser uten rekvisisjon *Delprosjekt 4 – Målbilde og gevinst*.
- Pasientreiser ANS. (2016a). Mine pasientreiser: Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen (2.0 utg.).
- Pasientreiser ANS. (2016b). Sluttrapport for Mine Pasientreiser - Gjennomføringsfasen.
- Pasientreiser ANS. (2016c). Søk elektronisk om dekning av reise. Lastet ned 09.06.2017 fra <https://helsenorge.no/rettigheter/pasientreiser/sok-om-reisedekning/digitalt>
- Pasientreiser HF. (2017a, 16.05.17). Om pasientreiseordningen. Lastet ned 23.05.2017 fra <https://pasientreiser.no/om-pasientreiser/om-pasientreiseordningen>
- Pasientreiser HF. (2017b, 23.05.17). Pasientreiser HF. Lastet ned 23.05.2017 fra <https://pasientreiser.no/om-pasientreiser/pasientreiser-hf>
- Ragu-Nathan, T. S., Tarafdar, M. & Ragu-Nathan, B. S. (2008). The Consequences of Technostress for End Users in Organizations: Conceptual Development and Empirical Validation. *Information Systems Research*, 19(4), 417-433.
- Rambøll Management Consulting. (2016). IT i praksis *Digitaliseringsrapporten* (1. utg., num. 9.).
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2012). *Research methods for business students* (6. utg.). Harlow: Pearson.
- Schwab, K. (2017). The Fourth Industrial Revolution: its meaning and how to respond. *Logistics and Transport Focus*, 19(2), 40.

- 
- Solow, R. M. (1987). We'd better watch out, *The New York Times Book Review*.
- St.meld. nr 17. (2006-2007). Eit informasjonssamfunn for alle: Det Kongelege Fornyings- og Administrasjonsdepartementet.
- Statsministerens Kontor. (2014). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Lastet ned 31.01.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Stigen, I. M., Opedal, S. & Lægreid, P. (2005). Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7, 19-36.
- Styret Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. (2016). Sak nr 55-2016 Framtidig organisering av pasientreiser uten rekvisisjon – oppfølging av felles RHF-styresak.
- Styringsgruppen Mine pasientreiser. (2015). Møtereferat for styringsgruppen i prosjektet Mine pasientreiser 24.11.2015.
- Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B. S. & Ragu-Nathan, T. S. (2007). The Impact of Technostress on Role Stress and Productivity. *Journal of Management Information Systems*, 24(1), 301-328.
- Teubner, R. (2013). Information Systems Strategy – Theory, Practice, and Challenges for Future Research. *Wirtschaftsinf*, 55(4), 239-255.
- Thompson, S. & Dean, M. (2009). Advancing information technology in health care. *Communications of the ACM*, 52(6), 118-121.
- United Nations. (2016). E-government Survey. Lastet ned fra <http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN96407.pdf>
- Wang, K., Shu, Q. & Tu, Q. (2008). Technostress under different organizational environments: An empirical investigation. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3002-3013.
- Westeren, K. I. (2015). Styring av informasjonsteknologi i offentlig sektor.
- World Economic Forum. (2016). Global Information Technology Report 2016. I S. Baller, S. Dutta & B. Lanvin (red.), *Innovating in the Digital Economy*.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Østergren, K. (2009). Management Control Practices and Clinician Managers: The Case of The Norwegian Health Sector. *Financial Accountability Management*, 25(2), 167-195.

---

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv

### Informasjonsskriv



Kjære deltaker

Som en del av mastergraden ved Norges Handelshøyskole (NHH) er vi to studenter som skriver masteroppgave om Digitalisering som driver for organisatorisk endring – En casestudie av et offentlig digitaliseringsprosjekt. Med utgangspunkt i prosjektet «Mine Pasientreiser» forsøker vi å kartlegge sentrale punkter i prosjektet som har påvirket de organisatoriske endringene som har kommet som følge av prosjektet og hvordan organisasjonen har blitt påvirket av prosjektet.

Vår problemstilling er:

*Hvordan har digitaliseringsprosjektet Mine Pasientreiser påvirket pasientreiseområdet for reiser uten rekvisisjon?*

For å analysere prosjektet «Mine Pasientreiser» på en hensiktsmessig måte har vi behov for å intervju sentrale deltagere i prosjektet. Intervjuene vil ha fokus på bakgrunn, gjennomførelse og kritiske punkter i prosjektet.

Intervjuene vil være semi-strukturerte, og bygger på en intervjuguide med aktuelle temaer. Målet er at du som deltager snakker fritt, og at din oppfattelse kommer tydelig frem. Lengden på intervjuene vil variere, men vi beregner å bruke rundt en halvtime.

Vi ønsker også å ta opptak av intervjuene, og slik sikre at vi fanger opp all relevant informasjon korrekt. I all videre bruk av informasjonen vi samler inn vil du som deltager være anonym. Det er bare deg, vi og vår veileder som vil ha tilgang til transkriberte intervjuer. Etter at intervjuet er transkribert vil det bli slettet på en sikker måte.

Dersom du har spørsmål, eller har behov for mer informasjon må du gjerne ta kontakt med oss.

På forhånd, tusen takk!

Med vennlig hilsen

Kristina Magnussen og Arne Benjamin S. Stafsnes



---

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Praktisk informasjon

- En generell presentasjon av forskerne og studien
- Presentere formålet med intervjuet (datainnsamling masteroppgave)
- Informere om anonymitet og at lydopptaket vil bli slettet på en sikker måte etter transkribering.
- Presisere at informantens identitet vil ikke bli avslørt i oppgaven.
- Informere om at intervjuobjektet kan trekke seg ved opplevd ubehag. Dersom det skulle være behov for avklaringer, står respondenten fritt til å stille spørsmål
- Respondenten kan også velge å avstå fra å svare på spørsmål
- Presentere samtykkeerklæring for signering

#### Innledning

- Fortell om din rolle i prosjektet
- Hvilken erfaring og bakgrunn har du?

#### Implementering

- Hvordan var den digitale modenheten blant pasientene?
- Hvordan var den digitale modenheten blant de ansatte i pasientreisekontorene?
- Hvordan var endringsviljen i de ulike delene av organisasjonen?
  - ❖ Var det forskjell mellom ansatte i Pasientreiser og pasientreisekontorene?
  - ❖ Hvordan var endringsviljen til toppledelsen i de ulike RHFene?
  - ❖ Var det et skille mellom de ulike regionenes pasientreisekontorer?
- Hvordan var samarbeidet med de ulike helseregionene og pasientreisekontorene under implementeringen?
- Fortell litt om Direktoratet for e-helse sin rolle i dette prosjektet

#### Ledelse

- Hvordan var kommunikasjonen med de involverte helseforetakene?
- Konkrete tiltak som har vært verdifulle for god samordning
- Hvordan var de ulike partene involvert i prosjektet (RHF og HF)?
- Hvordan var samarbeidet mellom ulike leverandører i prosjektet?

#### Nytt lovverk

- Fortell om lovendringen og hva som drev den frem
- Fortell om betydningen av det nye lovverket for prosjektet

### Organisering

- Fortell om hvordan du opplevde den opprinnelige organiseringen
- Hvordan kom behovet for omorganisering frem?
- Fortell om hvordan du oppfatter organiseringen i dag
- Fortell om hva du oppfatter som ideell organisering for håndtering av pasientreiser
- Hva mener du har vært vesentlig for å drive frem en omorganisering?
- Hvordan tror du organiseringen nå påvirker pasientene?
- Hvordan tror du planlagt organisering vil påvirke pasientene?
- Hva har dere basert dagens organisering på?
- Hvordan påvirker prosjektet bemanningen hos dere?

### Evaluering

- Fortell om hva som kunne blitt gjort annerledes i løpet av prosjektet
- Fortell om hva som fungerte bra i løpet av prosjektet
- Hva er de viktigste suksessfaktorene for prosjektet?
- Fortell litt om arbeidsoppgavene på pasientreisekontorene nå
  - ❖ Hvordan har oppgavene til saksbehandlerne endret seg?
  - ❖ Har det vært noen utfordringer med avlæring og opplæring?

### Økonomi

- Hvilke økonomiske muligheter ser du som følge av prosjektet?
- Hvilke økonomiske utfordringer ser du som følge av prosjektet?

### Avslutning

- Er det noe du vil tilføye?
- Fortell litt om prosessen videre

---

## Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

# Samtykkeerklæring



Samtykkeerklæring for intervju om “Digitalisering som driver for organisatorisk endring” en casestudie av et offentlig digitaliseringsprosjekt, våren 2017.

**Forskere:** Arne Benjamin Schüren Stafsnes og Kristina Magnussen

**Veileder:** Bjørn Daniel Johanson

**Samtykke:** Jeg bekrefter herved å ha lest informasjonsbrevet “Informasjonsskriv” fra Arne Benjamin Schüren Stafsnes og Kristina Magnussen. Jeg gir med dette mitt samtykke til datainnsamling i forbindelse med masteroppgaven ved Norges Handelshøyskole:

- Lydopptak av intervjuet.
- Transkribering av intervjuet i sin helhet.
- At forskerne i studien og veileder har tilgang til transkripsjonen i sin helhet etter transkribering.
- Sitering anonymisert form (stilling/rolle) til bruk i masteroppgaven.

Intervjuet blir gjennomført av Arne Benjamin Schüren Stafsnes og Kristina Magnussen.

Jeg bekrefter med dette min frivillige deltakelse i studien, og at jeg er informert om at jeg kan trekke meg fra deltakelse ved opplevd ubehag under intervjuet.

Sted og dato:

.....

Signatur intervjuobjekt:

.....

## Vedlegg 4: Tilbakemelding fra Personvernombudet



Bjørn Daniel Johanson  
 Institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap Norges Handelshøyskole  
 Helleveien 30  
 5045 BERGEN

Vår dato: 07.04.2017

Vår ref: 53821 / 3 / A9F

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53821	<i>IKT/Digitalisering som driver for organisatorisk endring</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges Handelshøyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjørn Daniel Johanson</i>
<i>Student</i>	<i>Arne Benjamin Schüren Stafnes</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 24.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf. 55 58 36 41

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 53821

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Ifølge meldeskjemaet skal deltakerne i studien informeres muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. For å tilfredsstille kravet om et informert samtykke etter loven, må utvalget informeres om følgende:

- hvilken institusjon som er ansvarlig
- prosjektets formål
- at opplysningene behandles konfidensielt, og hvem som vil ha tilgang
- at det er frivillig å delta og at man kan trekke seg når som helst uten begrunnelse
- dato for forventet prosjektslutt, og at data anonymiseres ved prosjektslutt
- kontaktopplysninger til student og veileder

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Norges Handelshøyskole sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger.

#### PUBLISERING

Dere har opplyst at informantene vil kunne gjenkjennes i publikasjonen, og vi legger til grunn at dette er samtykket eksplisitt til. Vi anbefaler at dere lar informantene lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

#### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 24.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.