

KAPITTEL 7

Digitalisering – løsninger og problemer

Catharina Bjørkquist

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

Sammendrag: Dette kapitlet diskuterer muligheter og utfordringer for samordning når helse- og velferdstjenester digitaliseres. Spørsmålet om hvilke utfordringer digitaliseringen er tenkt å løse, analyseres gjennom en studie av nasjonale policy-dokumenter. Spørsmålet om hvordan digitalisering påvirker samordning av helse- og velferdstjenester, besvares gjennom en litteraturstudie hvor tidligere forskning drøftes. Den offentlige politikkenes begrunnelser for digitalisering legger vekt på effektivisering og frigjøring av ressurser. Digitale fagsystemer kan hindre kommunikasjon og informasjonsflyt blant annet fordi informasjonen ikke er oppdatert, eller fordi ansatte mangler tilgang. IKT-systemer bidrar til å etablere felles faglige rammer, men skaper også mindre profesjonelt handlingsrom. Tjenesteytere finner ulike måter å gjøre motstand mot de digitale systemene på. I noen sammenhenger gir de uttrykk for at de bruker for mye tid på skjerm, tid som kunne vært anvendt med bruker. Slike forhold kan skape utfordringer med å samordne tjenester. Digitale løsninger bidrar i seg selv ikke til å løse eksisterende samordningsproblemer.

Nøkkelord: samordning, digitalisering, tjenester, organisasjon, profesjon, velferdsteknologi

Innledning

Skandinaviske land har generelt kommet langt med hensyn til digital utvikling. Tilgangen til internett i befolkningen er høy, og en stor andel bruker internett daglig. På politisk hold har man et optimistisk fremtidsbilde av hva teknologi kan bidra med, og man har allerede kommet langt når det gjelder innføring av digital informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT) i politikk og forvaltning. IKT påvirker forholdet mellom

Sitering av dette kapitlet: Bjørkquist, C. (2019). Digitalisering – løsninger og problemer. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 169–191). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch7>.

Lisens: CC BY 4.0

forvaltningen, tjenesteyterne og borgerne (Snellen, 2002). Det er store forventninger til at digitalisering av helse- og velferdstjenestene medfører effektivisering og økt produktivitet innen offentlige tjenester (Breunig & Skjølvsvik, 2017).

Digitale løsninger som informasjons- og kommunikasjonsteknologi inngår i forvaltningen generelt og i helse- og velferdstjenestene spesielt. Det kan være teknologi som endrer arbeidsorganiseringen, de ansattes arbeidsmåter og arbeidsprosesser så vel som den offentlige sektoren selv. Informasjonsflyt gjennom elektronisk samhandling som eLink og digital sykefraværsoppfølging er eksempler på slike digitale løsninger. Andre teknologiske løsninger er mer direkte rettet mot brukere av helsetjenester og velferdsytelser. Formålet kan være å øke deres opplevelse av trygghet, lette sosial kontakt med andre eller kompensere for sviktende hukommelse. Trygghetsalarmer, videokommunikasjon, kalender med påminnelsfunksjoner og automatisk måling av blodsukker er eksempler på hjelpemidler. Ofte knyttes diskusjonen om bruk av slike teknologiske løsninger til at eldre brukere fortrinnsvis skal bo lenger hjemme eller i omsorgsbolig. Teknologi er da tenkt å enten være et supplement til nåværende tjenester eller en erstatning for andre tjenester.

Offentlig politikk generelt, og digitalisering spesielt, kan knyttes til en diskusjon om utfordringer i forbindelse med samordning på tvers av forvaltningsnivåer, politikkområder og virksomheter. Mye av oppmerksomheten fra nasjonale myndigheter når det gjelder samordning og digitalisering, er rettet mot felles løsninger, standarder og annen infrastruktur (Schartum, Jansen & Tranvik, 2017).

Helse- og velferdstjenester som leveres av henholdsvis spesialisttjenestene og ulike kommunale tjenester, må også samordnes for å sikre et helhetlig tilbud til brukerne. Brukere med komplekse behov mottar flere kommunale tjenester samtidig – som hjemmesykepleie, rustjeneste, dagsenter og bolig – tjenester som kommunen må samordne om de skal oppleves som helhetlige. Den videre diskusjonen konsentrerer seg om muligheter og utfordringer for samordningen når tjenestene, ansatte og brukere på ulike måter skal benytte digitale løsninger. Det vil fortsatt være flere enheter og virksomheter som er involvert i tjenesteleveransene til bruker. Dette medfører et behov for samordning og integrasjon av

tjenester for å jobbe mot helhetlige tjenester (Axelsson & Axelsson, 2006; Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013).

Dette kapitlet vil drøfte følgende spørsmål: 1) Hvilke utfordringer er digitaliseringen tenkt å løse? og 2) Hvordan påvirker digitalisering samordning av helse- og velferdstjenestene?

Nedenfor følger en presentasjon av bakgrunnsstoff, etterfulgt av en redegjørelse for metode. Spørsmålene ovenfor diskuteres deretter ved hjelp av henholdsvis policydokumenter og en litteraturstudie. Til sist følger en oppsummering.

Bakgrunn

Økt befolkningsvekst, en generell bedring av folkehelsen samt økt levealder gir utfordringer relatert til en aldrende befolkning med sammensatte og komplekse hjelpebehov. Samtidig er det knapphet på ansatte innenfor helse- og velferdstjenestene (Chidzambwa, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; NOU 2011:11), tjenester som gjennomgående er svært arbeidsintensive. Innføring av ny teknologi, både i hjemmet og på ulike nivåer av pleie- og velferdstjenester, kan være nødvendig for at samhandlingsreformen skal kunne realiseres. Behovet for teknologiske løsninger er forankret i et hovedpoeng i samhandlingsreformen: at en ikke vil kunne ivareta mange mennesker med pleie- og omsorgsbehov i kommunene uten at en tilfører større kapasitet i støttefunksjoner innenfor pleie- og velferdstjenestene.

Det er flere begreper som benyttes om IKT-systemer og digitale løsninger i offentlig forvaltning og tjenesteyting, blant annet e-forvaltning, velferdsteknologi og eHelse. E-forvaltning refererer til bruk av digitale løsninger for å løse oppgaver i offentlig forvaltning. Det innebærer at «e-forvaltning [...] betegner de ulike organisasjonsformene initiativene er ment å resultere i» (Tranvik, 2008, s. 9). Velferdsteknologi viser til «teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet» (NOU 2011:11, s. 100). Begrepet brukes i noen sammenhenger om løsninger rettet mot arbeidsorganisering innen helse- og velferdstjenestene, som logistikk-løsninger og pasientvarslingsanlegg. eHelse er et samlebegrep for IKT i helse- og omsorgstjenestene. Velferdsteknologi kan grense til eller overlape med

IKT i helse- og kommuneforvaltningen og på hjelpemiddelområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I dette kapitlet diskuteres forhold relatert til velferdsteknologi og eHelse, IKT som beslutningsstøtte og digitaliserte arbeidsmetoder.

Bruk av digitale teknologiske løsninger medfører i seg selv både muligheter for og krav om økt samordning og sambruk. Teknologi fremstilles ofte som et nøytralt virkemiddel, men den fremmer bestemte handlinger og praksiser gjennom hvordan den utvikles og implementeres (Sprogøe & Jørnøe, 2015). Teknologiske systemer påvirker arbeidsmåter, informasjonstilgang, kommunikasjon, samordning, maktforhold samt rolle- og oppgavefordeling. Digitalisering kan videre skape utfordringer med hensyn til hvordan tjenesteytere kan utføre sine oppgaver og ivareta sitt ansvar. Det kan være oppgaver knyttet til det å ivareta arbeidsflyt i pasientforløp, sikre tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å fatte vedtak om tjenester, eller til å følge opp brukere med komplekse behov som gjerne mottar tjenester fra flere ulike tjenestesteder samtidig.

Samordning viser til prosesser der man ser ulike deler i sammenheng, prioriterer og tilpasser dem til hverandre. Innenfor helse- og velferdstjenestene vil det å skape helhetlige tjenester for brukere med sammensatte og komplekse hjelpebehov være mer enn summen av de ulike tjenestetilbudene som ytes. Det er tjenester som er planlagt og tilpasset hverandre slik at de utfyller hverandre i samspillet mot et felles mål (Hudson, 2004). Dette kan skje på ulike måter, som gjennom oppgavefordeling og ulike former for samarbeid med ulik grad av kompleksitet (Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011).

I helse- og velferdssektoren vil IKT kunne være et verktøy for å støtte arbeidsprosesser. Da er det ikke teknologien i seg selv som er i fokus, men hva man kan gjøre annerledes med teknologi. Det viser gjerne til forventinger om en bedre eller til og med «riktigere» måte gjøre ting på. IKT blir et verktøy for rasjonalisering, og tilrettelegger for videre modernisering av offentlig forvaltning (Margetts, 2003). Digitale systemer gjør det i større grad mulig å formalisere regler og prosedyrer, noe som igjen åpner for forsterket objektiv rasjonalitet i beslutningsprosesser som saksbehandling av helse- og velferdstjenester, med andre ord en fortsettelse av weberske rasjonaliseringsprosesser.

Digital-era governance (DEG) som perspektiv på reformering og modernisering av offentlig sektor viser til den betydningen IKT og IKT-systemer har for organiseringen av offentlige tjenester, og for hvordan tjenester leveres til borgere og brukere. DEG kan sammenstilles i tre tema: reintegrasjon, behovsdrevne helhetlige tjenester og digital endring i offentlig forvaltning (Dunleavy, Margetts, Bastow & Tinkler, 2006). Digitalisering presser på for å reintegrere tjenester ved å trekke tilbake desentraliserte funksjoner fra lokale til sentrale enheter. Dette skal hindre dobbeltarbeid, og kan dermed redusere kostnader som er forbundet med å ha flere enheter. I tillegg kan man få økt kontroll med forbruket. Med brukerdrevne helhetlige tjenester søker man å endre forholdet mellom myndighetene og borgerne. Endringer, her i form av digitalisering og i henhold til ideer innenfor DEG, vil kunne være et svar på krav om innsparinger. Forbedring av tjenestene er sentralt, og organisering av helhetlige tjenestetilbud rundt brukeres behov og bruken av one-stop-prosesser (førstelinjetjenesten har tilgang på informasjon i sanntid) eller one-stop-shops (flere tjenester på ett sted) får økt utbredelse (Dunleavy mfl., 2006; Lægreid & Rykkja, 2015; Margetts & Dunleavy, 2013).

Metode

Det første spørsmålet, hvilke utfordringer digitalisering er tenkt å løse, blir besvart ved å gjennomføre en tematisk analyse av policydokumenter (Braun & Clarke, 2014).

Nasjonale policydokumenter for perioden 2006–2018 er valgt ut som datamateriale. Det starter med St.meld. nr. 17 (2006–2007) *Et informasjonssamfunn for alle*, som er den første stortingsmeldingen med betydning for digitaliseringspolitikken. De øvrige dokumentene er valgt ut med tanke på at de omhandler bruk av digital teknologi i offentlig sektor og organisering av helse- og velferdstjenester.

Formålet med tematisk analyse er å identifisere betydingsmønstre i data. Tematisk analyse «provides a flexible and useful research tool, which can potentially provide a rich and detailed, yet complex, account of data» (Braun & Clarke, 2006, s. 79). I tillegg til studiens problemstillinger

er spørsmålene som styrer kodingen, viktige for utviklingen av koder i analysen (Braun & Clarke, 2006).

Datamaterialet er analysert med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Hvem er aktørene?
- Hvorfor skal man ta i bruk digital teknologi?
- Hva er målet?

Dette har gitt to kategorier, henholdsvis forholdet mellom tjenestene og brukerne samt effektivitet, som også strukturerer diskusjonen nedenfor.

Det andre spørsmålet – hvordan påvirker digitalisering samordning og arbeidsorganisering – besvares ved å gjøre en litteraturstudie. Formålet med utvalget har vært å inkludere studier av både helse- og velferdstjenestene. Siden samordning og arbeidsorganisering er tema som skal diskuteres, er det viktig at tidsskriftene ikke primært publiserer kliniske studier. Følgelig har jeg søkt i tidsskrifter hvor formålet er å publisere artikler om forskning på henholdsvis sosialt arbeid og helsetjenester samt praksis knyttet til disse. *The European Journal of Social Work* og *The British Journal of Social Work* er to sentrale tidsskrifter innen sosialt arbeid. *BMC Health Services Research* er et tidsskrift som formidler helsetjenesteforskning og i mindre grad vektlegger kliniske studier. Det samme gjelder *Journal of Health Organization and Management*. I litteratursøket er også snøballmetoden benyttet i datainnsamlingen (Grønmo, 2004) ved at litteratur som det er henvist til, var aktuell for kapitlets problemsstilling. Denne litteraturen har igjen ført til nye artikler.

Utfordring som digitaliseringen skal løse

Myndighetene har store forventinger til elektronisk beslutningsstøtte, digitale kommunikasjonsløsninger og velferdsteknologiske løsninger, og kan slik sett sies å være «teknologioptimister». Det er flere departement som fremmer et slikt syn og bidrar til politikktutforming. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (som har tatt over mange av oppgavene til det tidligere Fornyings- og administrasjonsdepartementet) sier noe om i hvilken retning myndighetene ønsker at kommunene spesielt skal

jobbe fremover. Dette kapitlet er avgrenset til å se på det som gjelder de kommunale helse- og velferdstjenestene. Her er også Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Direktoratet for eHelse sentrale aktører. Sammen med KS leder de to direktoratene Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Arbeids- og sosialdepartementet er opptatt av at NAV skal ta i bruk stadig flere digitale og automatiserte tjenester. Presentasjonen nedenfor viser hvilke utfordringer og målsettinger disse aktørene fremsetter knyttet til bruk av digitale teknologiske systemer.

Forholdet mellom tjenestene og brukerne

Myndighetene argumenterer for at IKT-systemer vil kunne endre både brukernes og de pårørendes tilgang til informasjon samt deres kommunikasjon med forvaltningen og tjenesteyterne (Fornyings- og administrasjonsdepartementet, 2006). Én måte endringen kan skje på, er ved å legge til rette for at brukere og pårørende i større grad kan ha kontakt med hverandre og med tjenestene enn det de har i dag, som mer tradisjonelle tjenestemottakere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; 2017). Brukere og pårørende kan betraktes som ubrukte ressurser som gjennom samproduksjon kan bidra til at tjenestene utvikles og leveres på en ny måte (Boyle & Harris, 2009). Teknologiske løsninger er tenkt å bidra til at disse ressursene ikke lenger er ubrukte.

Bruk av digitale løsninger for å kommunisere med og informere brukere og pårørende skal bidra til at kommunene får «utnyttet kapasiteten» sin (Helse- og sosialdepartementet, 2017, s. 152). Dette vil med andre ord endre forholdet mellom bruker og helse- og velferdstjenestene ved å gi mulighet for avlastning av tjenestene samt et større ansvar til de pårørende. Samproduksjon, forstått som et system hvor tjenesteytere, brukere og pårørende samarbeider, kan ses som en måte utvikle bærekraftige helse- og velferdstjenester på (Askheim, 2016).

Hovedmålsettingene i *Digital agenda for Norge* er «en brukerrettet [...] offentlig forvaltning» med «deltakelse for alle» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 11). Sentralt her er kravet om at brukerne skal settes i sentrum (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Brukersentreringen skal skje på ulike måter, blant annet gjennom

involvering, veiledning og brukertilpasset språk (Digitaliseringsrundskrivet, 2017). Involvering av bruker – og pårørende – er en viktig demokratisk begrunnelse for samproduksjon, hvor brukernes og de pårørendes kompetanse, kunnskap og erfaringer anerkjennes. Involvering gir også mulighet for individuelle tilpasninger og vil dermed kunne bidra til kvalitet i tjenestene (Askheim, 2016; Bjørkquist & Hansen, 2017). Men samtidig kan dette være urealistisk, fordi det ikke er gitt at virksomhetene, de ansatte og brukerne har samme mål eller felles interesser.

Myndighetene argumenter med at digitalisering vil kunne gi brukerne en mulighet til å «ta aktive valg» og «påvirke eget helsetilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 83). Det vil kreve at helse- og velferdstjenestene har tilgang på IKT-verktøy som støtter arbeidsoppgavene de skal utføre. I tillegg må informasjonen følge brukeren. Videre argumenter myndighetene for at digitale tjenester som er selvbetjente og hvor brukerne kan komme i dialog med tjenesteyterne, er et virkemiddel for brukermedvirkning.

NAV legger vekt på at brukerne vil forvente at flere av tjenestene blir automatiserte og selvbetjente. For å kunne avlaste NAV-ansatte må brukerne få dekket sitt behov for informasjon gjennom digitale løsninger (Arbeids- og sosialdepartementet, 2015). På nav.no er det utviklet ulike selvbetjeningsløsninger. I tillegg er saksbehandlingen for ordninger som barnetrygd og alderspensjon automatisert. Automatisering og digitalisering av tjenester og informasjonstilgang gir NAV mulighet til å styre kontakten med sine brukere, heter det. Det er da snakk om å utvikle selvbetjeningsløsninger som øker brukernes tilgjengelighet til NAV, samtidig som brukerne i større grad kan hente ut informasjon selv – uten å kontakte sitt lokale NAV-kontor. NAV-kontorene skal da kunne bruke mer av sin tid på brukerne og mindre på å gi informasjon. Digitalisering blir i meldingen (Arbeids- og sosialdepartementet, 2015) knyttet opp til det å skape en brukerrettet og effektiv forvaltning, hvor en av hovedprioriteringene er bruker i sentrum. Dette er i tråd med føringene i Digital agenda for Norge (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

Brukerdrevne tjenester kommer til uttrykk på flere måter, og i mange av dokumentene. Det skjer ved at man vektlegger at bruker skal kunne ta aktive valg, og at tjenestene skal utformes ut fra brukers behov og med

bruker i sentrum (Dunleavy mfl., 2006; Margetts & Dunleavy, 2013). Ressurser som er frigitt gjennom digitalisering, skal brukes der det er behov for relasjoner og møter. Oppmerksomheten om tjenester for brukerne, og som er i tråd med deres målsettinger samt med deres medvirkning, er større i de senere stortingsmeldingene enn i de tidligere.

Effektivitet

Teknologi blir sett på som et tiltak for en mer effektiv og bedre produksjon av tjenester. Myndighetene er opptatt av at ressurser kan frigjøres, noe som man mener vil kunne bidra til å styrke velferdstilbudet samtidig som administrasjon blir redusert (Fornyings- og administrasjonsdepartementet, 2006).

I samhandlingsreformen vektlegger myndighetene behovet for nye teknologiske løsninger (etter hvert omtalt som velferdsteknologi) til brukere i eget hjem, i omsorgsboliger og i sykehjem. Dette er knyttet til et hovedpoeng i samhandlingsreformen, nemlig at man ikke vil kunne ivareta de mange brukerne med pleie- og omsorgsbehov i kommunene uten at man tilfører større kapasitet i støttefunksjoner innenfor pleie- og velferdstjenestene. Ettersom rekruttering av pleie- og omsorgspersonell vil være en knapphetsressurs i fremtiden, vil innføring av ny teknologi være nødvendig for at reformen skal kunne realiseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

I den videre oppfølgingen av samhandlingsreformen er det et politisk mål at velferdsteknologi skal innlemmes i kommunenes ordinære tjenestetilbud. Gjennom opprettelsen av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (NVP), et program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten, viser Stortinget et ønske om å legge til rette for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet for brukere og pårørende, slik at brukerne kan bo hjemme lenger. Arbeid med løsninger egnet for sykehjem og omsorgsboliger inngår også i oppdraget. Avlastning for pårørende blir også trukket frem som et viktig bidrag til at brukerne skal kunne bo hjemme lenger. I løpet av programperioden til Velferdsteknologiprogrammet har Helsedirektoratet gitt følgende

anbefalinger for hvilke løsninger kommunene bør ta i bruk: varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisinstøtte, elektronisk dørlås, digitalt tilsyn, oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingsystemer samt logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester (Mellting, 2017).

Også i NAV er man opptatt av at digitale løsninger skal benyttes der det kan gi mer hensiktsmessige arbeidsprosesser. Digital sykefraværsoppfølging trekkes frem som særlig viktig – fordi teknologiske løsninger i denne sammenhengen bidrar til å bedre oppfølging og dialog med brukere som har størst behov for det. I tillegg skal verktøyet effektivisere samhandling og informasjonsutveksling mellom den sykmeldte, arbeidsgiver, behandlere og NAV (NAV, 2017).

Som vist ovenfor er effektivisering et gjennomgående argument i de stortingsmeldingene som er presentert ovenfor. Digital endring skal med andre ord effektivisere tjenestene (Dunleavy mfl., 2006; Margetts & Dunleavy, 2013). Omsorgstjenestene er arbeidsintensive, og myndighetene er opptatt av at behovet for tjenestene vil øke. Likeledes er det et stort press på NAV-kontorene og et tilsvarende behov for frigjøring av ressurser. Man anser det som nødvendig å jobbe med effektiviseringstiltak for å frigjøre ressurser, slik at viktige oppgaver kan prioriteres.

Muligheter og utfordringer ved samordning av tjenestene

Generelt handler mange av policydokumentene om effektivisering av tjenester og brukerorientering, og gir uttrykk for at forvaltningen er på brukernes side. Fra nasjonale myndigheters side er det stor tro på at digitale prosesser kan endre og fortrinnsvis forenkle folks hverdag og tjenesteutøverenes arbeidsdag. IKT brukes av mange som beslutningsstøtte i saksbehandling og profesjonsutøvelse. De ulike systemenes kompleksitet varierer, noe som har betydning for hvorvidt og hvordan systemene brukes. Noen utfordringer ved IKT-systemer er at de ikke nødvendigvis er egnet til sitt tiltenkte formål. Studier viser at de mangler funksjonalitet, er kostbare både i innkjøp og vedlikehold, og at de svekker heller enn bedrer effektiviteten (Ince & Griffiths, 2011).

Nedenfor følger en diskusjon av hvordan digitalisering påvirker samordningen av helse- og velferdstjenestene. Diskusjonen er strukturert etter fire sentrale forhold i litteraturen, henholdsvis kommunikasjon og informasjonsflyt, faglige perspektiver og standardisering, motstand og modifikasjoner samt skjermtid versus tid med bruker.

Kommunikasjon og informasjonsflyt

Monitoreringsteknologi kan på den ene siden være positiv for brukeren, med tanke på mestring og kontroll med egen sykdom. På den andre siden samles det inn og lagres informasjon om bruker, som skal forvaltes, benyttes i tjenestene og deles mellom tjenestene. KOLS-monitorering kan illustrere utfordringer knyttet til disse hensynene. I likhet med andre former for helsemonitorering kan KOLS-monitorering gi brukerne en opplevelse av mestring. Det er særlig fordi de kan bruke måleverdiene de selv registrerer, og kunnskapen om hva det betyr for egen dagsform, til for eksempel å opprettholde et visst aktivitetsnivå tilpasset dagsformen (Bjørkquist, 2015). Slik sett kan monitorering medføre en helsegevinst for noen KOLS-pasienter, fordi brukerne opplever økt trygghet og mestring basert på økt forståelse av og kontroll med sykdommen (May mfl., 2011).

Skal monitoreringsteknologi bidra til redusert fragmentering i tjenestene og lette samordningen, vil det kreve at helseopplysningene ikke lagres i egne systemer. Mange private aktører tilbyr applikasjoner for monitorering og oppfølging, også til friske brukere. For brukere som også har hjemmetjenester og/eller henvender seg til legevakten, vil samordning være en utfordring. Dette er fordi private aktører ikke inngår i informasjonsstrukturen og deler informasjon om sine pasienter/kunder med andre. Andre helsetjenester vil dermed ikke ha oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand, med mindre vedkommende selv har dette med seg i elektronisk form i møte med legevakt eller andre, og kan orientere eller gi andre tilgang til registrerte data. Det at ulike databaser og registre ikke er koblet sammen, er en utfordring. Samordningen av tjenester blir krevende når en ikke har tilgang på informasjon eller kan være sikker på at informasjonen er oppdatert, for eksempel når det gjelder hvilke tiltak andre tjenester gir til brukeren.

Meldingsutveksling av store datamengder, som bilder og noe pasientinformasjon, er vanskelig. Derfor vil det være mer hensiktsmessig at tjenesteytere får tilgang til informasjon i databaser der den er lagret, fremfor at informasjonen sendes rundt (Hauge, 2017). Informasjonsutveksling er blant de minst komplekse formene for samarbeid (Andersson mfl., 2011). Når informasjon ikke deles, er det grunnlag for å hevde at mulighetene for samordning av tjenestene også vil være utsatt. De ulike enhetene kan da operere innenfor sine egne grenser og bidra til å forsterke allerede eksisterende «siloe». Da kan det være behov for å etablere andre og mer komplekse samarbeidsformer enn informasjonsutveksling, som for eksempel møteplasser (Andersson mfl., 2011).

Det finnes eksempler på at digitale fagsystemer undergraver heller enn støtter arbeidet i førstelinjetjenesten. Studier innen barnevernet har vist hvordan slike systemer øker sjansen for feilaktige beslutninger – på bakgrunn av hvilken informasjon de bygger beslutningene på. Digitale fagsystemer kan bidra til at tjenesteutøvere endrer eller får begrensninger på hvilken type informasjon de benytter i sitt arbeid (Gillingham, 2018a). Flere systemer krever at ansatte legger inn og oppdaterer samme informasjon flere steder. Dette medfører dobbeltarbeid og blir sett på som sett på som en ekstra arbeidsoppgave (Gillingham, 2018b).

Det er også eksempler på at innføring av velferdsteknologi, her i form av digital trygghetsalarm, ikke løser allerede eksisterende utfordringer knyttet til fragmentering, manglende kommunikasjon og samarbeid (Bjørkquist, Forss & Samuelsen, 2018). En tjeneste med digital trygghetsalarm involverer gjerne flere enheter og ulike tjenesteytere. Skal man kunne gi respons på utløste alarmer, vil det være et behov for informasjonsdeling og samordning med andre tjenester brukeren gjerne har. En vurdering av brukerens endrede behov for tjenester vil kreve informasjonsutveksling og samarbeid. Det kan for eksempel være når trygghetsalarmen ikke benyttes slik den er ment – hvor bruker utløser den ved andre behov enn de som vanligvis defineres som rent akutte (Bjørkquist mfl., 2018). Uten informasjonsdeling vil systemet ikke fungere som beslutningsstøtte for andre tjenester til brukeren. Det vil heller ikke bidra til samordning slik at bruker får helhetlige og integrerte tjenester.

Generelt er det en utfordring for samordning og helhetlige tjenester at beslutningsstøtte ikke er integrert i journalsystemer, men at informasjon om brukeren finnes i mange ulike systemer – noen elektroniske og andre i papirform (Hauge, 2017). Når det gjelder helseregistre, er det ikke tillatt med dobbel dokumentasjon i henhold til pasientjournalloven og helseregisterloven (Christiansen mfl., 2017). Det betyr at dokumentasjon som ligger i et delt elektronisk helseregister, skal erstatte informasjon som ligger i interne systemer. Hensikten er å hindre at informasjon fra ulike kilder ikke stemmer overens.

Teknologiske løsninger virker inn på relasjonen mellom tjenesteyter og pasient. Tre forhold knyttet til teknologi trekkes frem: Det er nasjonale og kommunale krav om mer effektive tjenester, myndiggjøring av bruker og potensialet for overvåking som ligger i teknologien (Nakrem, Solbjør, Petersen & Kleiven, 2018). Et eksempel på en teknologisk løsning som skal effektivisere tjenesten, er digitale medisindispensere. Hensikten er å frigjøre tid for helsepersonell fordi tjenestemottaker får hjelp av en digital dispenser til å ta medisiner til rett tid. Det gjør at tjenesteyter vil ha færre besøk hos bruker, tid som i prinsippet kan benyttes på andre brukere eller til andre tjenester for de som har fått medisindispenser. Utfordringen er at det krever samordning av tjenestene og av arbeidet til tjenesteutøverne. Men slike hensyn synes å få lite oppmerksomhet i arbeidet med innføring av digitale medisindispensere, slik det er fremstilt i studien til Nakrem mfl. (2018).

Tilgangen på og bruken av informasjon er viktig når tjenester til bruker skal samordnes. Om informasjonen ikke er tilgjengelig eller ikke er oppdatert og gyldig, vil det vanskeliggjøre samordningen for brukere med komplekse behov, som gjerne mottar tjenester fra ulike enheter og instanser. Det kan også synliggjøre behovet for å samordne informasjonen i de ulike informasjonssystemene, slik at samme informasjon blir tilgjengelig for tjenesteutøvere som er involvert i beslutninger rundt samme bruker.

Faglige perspektiver og standarder

Det kan ses som en fordel å ta i bruk digitale fagsystemer som innlemmer et felles rammeverk for tjenesteutøvernes praksis. Bruk av IKT-systemet vil over tid styrke dette rammeverket. Et felles rammeverk kan lette

samarbeid på tvers av ulike virksomheter og jurisdiksjoner samt bidra til at tjenesteutøverne bruker samme språk når de er i kontakt med brukere (Gillingham, 2018b). Samtidig vil bruk av rammeverk i en elektronisk kontekst gi mindre rom for tjenesteutøverne til å legge inn ulike faglige perspektiver og praksiser. Standardene som ligger i rammeverket, vil kunne begrense det faglige handlingsrommet, og det vil kunne komme i konflikt med den selvstendigheten i yrkesutøvelsen som profesjonelle tjenesteutøvere har (Grimen, 2008). Standardene kan videre oppleves som en motsetning til individuelt tilpassede tjenester – og dermed også til faglige og profesjonelle målsettinger (Skjødt & Sprogøe, 2014). Slik sett kan digitaliseringsprosesser åpne for en viss profesjonspessimisme, hvor de faglige utfordringene problematiseres. Dette kan også kobles til at profesjonelles skjønnsutøvelse vil kunne bli begrenset som følge av at beslutningsprosessen og interaksjonen er standardisert (Bovens & Zouridis, 2002).

Uavhengig av om fagsystemer og rammeverk kommer i en digital form eller ikke, legger arbeidsfordeling og rutiner i seg selv begrensninger på den enkelte tjenesteutøverens beslutninger og handlingsrom (Christensen, Læg Reid, Roness & Røvik, 2009). Dette vil være en måte for organisasjonen å virkeliggjøre bestemte mål på, men det er ikke gitt at det er oppslutning om virksomhetenes mål, verken blant tjenesteutøvere eller -mottakere (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

I kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi kan det være grunnlag for å hevde virksomhetenes mål har en mer fremtredende plass enn brukernes mål eller profesjonelle mål. Virksomhetenes mål består av ulike former for effektivitet, enten det er indirekte økonomiske innsparinger eller mindre tid brukt hos tjenestemottaker. Bedre tjenestekvalitet kommer gjerne litt lenger ned på listen, og brukers mål nevnes sjelden først. For å kunne forbedre tjenestene er det et behov for å utvikle de ansattes kompetanse innenfor velferdsteknologi. Denne kompetansen er også viktig for oppnå målsettinger om reduserte kostnader gjennom økt effektivitet (Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns & Kort, 2013), og vil samtidig være en indirekte måte å nå virksomhetens mål på.

Når effektiviteten i den enkelte virksomhet gis størst oppmerksomhet, vil det være en utfordring å yte helhetlige tjenester – fortrinnsvis med

bruker i sentrum – også når tjenestene digitaliseres. Dette er fordi hver virksomhet først og fremst tar utgangspunkt i egen drift. Det kan være overlapp mellom ulike offentlige virksomheters mål i tilfeller hvor en gruppe brukere skal motta tjenester fra flere organisasjoner (Christensen mfl., 2009). Samordning kan innebære noen kostnader som virksomhetene ikke nødvendigvis påtar seg, selv om de har overlappende målsettinger for en gitt brukergruppe. Behovet for samordning er vesentlig, men ikke nødvendigvis prioritert (jf. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). I samhandlingsreformen understrekes det at innføring av teknologi ikke er tilstrekkelig for å effektivisere og forbedre kvaliteten. Det er også nødvendig med «organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring» (Helse- og omsorsdepartementet, 2008, s. 35). Felles budsjetter kunne være en måte å stimulere til nye måter å samarbeide på (Andersson mfl., 2011).

Motstand og modifikasjoner

Det finnes eksempler på at ansatte modifierer et program når det tas inn i den enkelte virksomheten. Resultatet blir at man ikke jobber etter de «løsningene» som IKT-systemene foreslår (Bergschöld, 2016; Gillingham, 2018b). Innføring av elektronisk ruteplanlegger i hjemmetjenesten (VPR-løsning) er et eksempel på hvordan teknologien ikke brukes slik den er tenkt, og hvor man dermed heller ikke oppfyller formålet. Ruteplanlegging er en av Helsedirektoratets anbefalinger når det gjelder velferdsteknologi. Dette er en logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter – og er rettet mot arbeidsorganisering. Hensikten er å redusere kostnadene ved at både tidsbruken på ruteplanlegging og reisetiden mellom tjenestemottakernes hjem går ned (Bergschöld, 2016). Tester har vist at så er tilfelle, men når systemet settes i drift, endres dette bildet. De ansattes atferd styres ikke bare av forhold utenfra, men også av krefter i organisasjonen. Slike krefter kan bidra til at ansatte bare til en viss grad endrer atferd, eller at endringer uteblir helt (Pierson, 2004; Thelen, 2003).

I arbeidet med å sette opp kjøreruter bruker programmet geodata for å angi veivalg og tidsrammer. Det har vist seg at den som har ansvar

for å sette opp og planlegge kjøreruten i hjemmetjenesten, for eksempel teamleder, slår av geodata-funksjonen. Ansatte ser på muligheten for å lagre store mengder informasjon i VPR-løsningen som nyttig, og den blir også brukt (Bergschöld, 2016). Men når kjørerutene er fordelt på tjenesteteyterne, bruker hver av dem opptil 30 minutter på å endre på dagens ruteplan før de reiser ut. I dette tilfellet ser vi at de ansattes atferd bare til en viss grad endres. Det kan forstås som at det finnes noen institusjonelle normer for kollektive praksiser, her hva som er en god kjørerute og hvordan man styrer dem, som bidrar til å forsinke eller modifisere endringen (Thelen, 2003). Slik som her, hvor man tilsynelatende tar i bruk nye digitale verktøy, men med en lokal tilpasning. Hvorvidt kostnader knyttet til planleggingstid og kjøretid blir redusert sammenlignet med praksis før innføringen av teknologi, er uklart. Men det er grunn til å anta at ansatte bruker mer tid på å endre rutene manuelt enn det man skulle forvente ut fra optimal bruk av teknologien.

Flere studier viser at systemene brukes ulikt, og at tjenesteutøverne ikke registrerer saker de jobber med på samme måte. Dette får konsekvenser for hvordan informasjonen kan brukes videre, ikke bare i saksbehandlingen. Det vanskeliggjør planlegging og kvalitetssikring, siden det kan hefte usikkerhet ved det statistiske materialet og data på aggregert nivå (Lagsten & Andersson, 2018). Selv om systemene legger grunnlag for å standardisere tjenesteutøvernes vurdering, både når det gjelder hva som skal vurderes, og hvordan det skal gjøres, er det fortsatt rom for å bruke andre løsninger. Dette kan være løsninger som enten fungerer best for den enkelte, eller som utgjør en del av en kollektiv forståelse av hva som er bedre løsninger enn det systemet legger opp til. Institusjonelle normer kan fungere som motkrefter. Disse motkreftene svekker virkningen av endringer som skulle følge av standardene som ligger i de teknologiske løsningene (March & Olsen, 2006; Pierson, 2004).

Nilsen, Dugstad, Eide, Gullslett og Eide (2016) har studert innføringen av digitalt nattilsyn ved hjelp av dørsensor og sengematte, og finner at dette skaper motstand hos de ansatte. Studien viser fire ulike former for motstand – organisatorisk, kulturell, teknologisk og etisk –, og disse har sitt utspring i opplevde trusler mot stabilitet, gruppeidentitet og tradisjonelle helse- og omsorgsverdier. Man kan vise til at innføring av

velferdsteknologi skaper motstand mot kommunikasjon og mot deltakende prosesser (Nilsen mfl., 2016). Slik motstand vil blant annet kunne hindre deling av og tilgang til informasjon. Det at ansatte ikke utfører deler av arbeidsoppgavene sine, dog uten nødvendigvis å gjøre aktiv motstand, kan forstås som *misbehaviour* eller ulydighet (Ackroyd & Thompson, 2003). Ansatte vegrer seg for å føye seg etter retningslinjer og krav, her hvordan teknologi skal brukes og digital informasjon deles. Slik ulydighet blant ansatte får konsekvenser for muligheten til å samordne tjenestene rettet mot bruker. Men også medvirkning og involvering av bruker kan bli vanskeliggjort av tjenesteutøverens vegring for å inngå i deltakende prosesser.

Generelt kan samordning vanskeliggjøres av at ansatte yter en eller annen form for motstand eller modifierer tiltak som innføres, fordi de ikke vet hva som faktisk skjer i organisasjonen. Dette gjelder innføring av digitale løsninger så vel som andre tiltak og endringer.

Skjermtid versus tid med bruker

Tjenesteytere i sosialtjenesten kan bruke uforholdsmessig mye tid foran skjermen for å dokumentere, kommunisere og hente ut informasjon, tid man mener går på bekostning av tid med bruker (Lagsten & Andersson, 2018). Leger i sykehus bruker også mer tid på skjermarbeid – både fordi det er et krav om dokumentasjon, men også fordi medisinske beslutninger tas i journalsystemet. Det innebærer at skjermtiden også er pasientrettet arbeid (Lotherington & Obstfelder, 2015). Likevel kan det forstås som at legene har mistet kontroll over sin egen arbeidssituasjon, og at den faglige autonomien er svekket. I noen tilfeller kan det være uklart hvem man deler hvilken informasjon med (Ince & Griffiths, 2011; Peckover, White & Hall, 2008).

Når ansatte opplever at skjermtiden tar tid og oppmerksomhet bort fra andre oppgaver, kan det komme i strid med faglige verdier. Tjenesteyterne må da kompromisere med egne faglige normer for å møte kravene som ligger i bruk av digitale verktøy og systemer, og som da er organisasjonens krav og systemer (Ekeland, Steinthø & Stefansen, 2011). Bruk av IKT-systemer i arbeidet kan også forstås ut fra en etisk dimensjon

hos tjenesteytere (Peckover mfl., 2008). Det viser til dilemmaer knyttet til at ansatte bruker tid på å legge inn data om bruker, tid som i stedet kunne vært brukt direkte i møte og i klientarbeid, eller som utgjør ekstraarbeid.

Oppsummering

Følgende problemstillinger ble reist innledningsvis: Hvilke utfordringer er digitaliseringen tenkt å løse? og 2) Hvordan påvirker digitalisering samordning og arbeidsorganisering?

Digitalisering for å etablere mer effektive og kvalitativt bedre helse- og velferdstjenester dreier seg dels om nye IKT-baserte løsninger rettet mot arbeidsmåter og organisering av pasientbehandling. Det er da snakk om å kunne organisere arbeidet på en mer effektiv måte ut fra økonomiske og faglige hensyn. Videre handler det om velferdsteknologiske løsninger som støtter opp om den enkelte brukers daglige gjøremål, trygghetsopplevelse og behandling. Presset på tjenestene skal lettes ved å innføre digitale løsninger som frigjør ressurser, slik at disse kan settes inn der det er behov for å etablere relasjon og møter. Brukernes behov og mulighetene for aktive valg skal være sentrale i utviklingen av tjenestene. Samlet sett endrer dette forholdet mellom tjenestene og brukerne.

Helsedirektoratet har gitt noen konkrete råd knyttet til valg av velferdsteknologiske løsninger, basert på erfaringer fra utprøving i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Digitaliseringens rolle og omfang innenfor lokale rammebetingelser i helse- og velferdstjenestene er likevel en stor utfordring. Forventingene til at fragmentering på helse- og velferdsområdet kan reverseres ved hjelp av digital teknologi som muliggjør informasjonsdeling og samordning på tvers av sektorer og virksomheter, er så langt ikke innfridd. Det er fortsatt et sterkt behov for samordning av tjenestene for brukere som har komplekse behov og mottar tjenester fra flere enheter, gjerne samtidig og over tid.

Det er mange av tiltakene som er diskutert ovenfor, som ikke nødvendigvis vil kunne sies å innebære en digitalisering, hvis vi med digitalisering forstår en transformativ endring i organisasjonen hvor IKT-løsninger ikke kun er et verktøy (Andersen & Sannes, 2017; Breunig & Skjølsvik,

2017). På bakgrunn av de digitaliseringsprosessene som er gjennomført til nå, vil jeg hevde at det er et skille mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene når det gjelder potensialet for å få samordnet tjenester til den enkelte bruker innenfor de ulike sektorene. Det synes som om digitaliseringen av arbeids- og velferdstjenestene i større grad blir samordnet, og at man deler informasjon innenfor ett NAV, selv om det er ulike kommuner og kontorer. Innenfor helse- og omsorgstjenestene – med et skille mellom kommunene med sitt lokale selvstyre og sektorinndeling på den ene siden og de regional helseforetakene på den andre, med ulike systemer og ulikt ansvarsområde – er samordning en stor utfordring, med eller uten digitalisering. Samordning mellom tjenester som NAV gir, og kommunale helse- og omsorgstjenester, er fortsatt vanskelig.

De ulike tjenestene har forskjellige digitale fagsystemer, journal-systemer, m.m. I tillegg har de ofte ulike målsettinger, for eksempel bruker versus virksomhet. Brukerne har flere tjenester som fortsatt ikke snakker sammen, eller som ikke nødvendigvis inkluderer bruker med hensyn til kartlegging og vurdering av tiltak. I de kommunale tjenestene det er vist til ovenfor, er det manglende – eller i beste fall mangslungne – erfaringer fra effektivisering av tjenestene og bruker i sentrum. Intern motstand modifierer de digitale systemene, og tjenesteytere opplever å bruke tid på skjermarbeid fremfor på direkte kontakt med bruker.

Generelt er mange av studiene som er gjennomgått, opptatt av å utforske forhold ved teknologi knyttet til bruker, til ansatte eller til forholdet mellom ansatte og bruker. Det er få studier på teknologi i organisasjonen. Her er det et tydelig forskningsbehov.

Behovet for ny teknologi innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren er klart erkjent, men konkretiseringen av denne teknologien, dens rolle og omfang innenfor nye lokale rammebetingelser (de kommunale pleie- og velferdstjenestene), er en stor utfordring. Det knytter seg etiske utfordringer til anvendelse av teknologiske løsninger innenfor hjemmet eller i tjenester til pasienter, og møtet mellom ny teknologi og profesjonelt pleie- og omsorgsarbeid vil også innebære profesjonelle utfordringer. Innføringen av ny teknologi skjer i spennet mellom «teknologioptimister» og «profesjonspessimister», der de sistnevntes problematisering av faglige og etiske utfordringer – sammen med manglende

kompetanse i å håndtere ny teknologi – ofte vil utgjøre barrierer for å ta i bruk det potensialet som teknologisk kunnskap representerer, slik et ensidig teknologisk perspektiv kan innebære.

Referanser

- Ackroyd, S. & Thompson, P. (2003). *Organizational misbehaviour*. London: SAGE Publications Ltd.
- Andersen, E. & Sannes, R. (2017). Hva er digitalisering? *Magma*, 20(6), 18–24.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S.B., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4), 1–10. <https://doi.org/s10.5334/ijic.670>
- Arbeids- og sosialdepartementet (2015). *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. (Meld. St. 33 (2015–2016)). Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Askheim, O.P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24–36.
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Barakat, A., Woolrych, R.D., Sixsmith, A., Kearns, W.D. & Kort, H.S. (2013). eHealth technology competencies for health professionals working in home care to support older adults to age in place: Outcomes of a two-day collaborative workshop. *Medicine 20*, 2(2), e10. <https://doi.org/10.2196/med20.2711>
- Bergschöld, J.M. (2016). Domesticating homecare services: Vehicle route solver displaced. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*, 4(2), 41–53. <https://doi.org/10.5324/njsts.v4i2.2184>
- Bjørkquist, C. (2015). Erfaringer med helsemonitorering for KOLS-pasienter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 200–211.
- Bjørkquist, C., Forss, M. & Samuelsen, F. (2018). Collaborative challenges in the use of telecare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12605>
- Bjørkquist, C. & Hansen, G.V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 194–203.
- Bovens, M. & Zouridis, S. (2002). From street-level to system-level bureaucracies: How information and communication technology is transforming administrative discretion and constitutional control. *Public Administration Review*, 62(2), 174–184. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00168>
- Boyle, D. & Harris, M. (2009). The challenge of co-production. *London: New Economics Foundation*.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Breunig, K.J. & Skjølvsvik, T. (2017). Digitalisering av kunnskapsarbeid; utvikling, hindringer og drivere i virtuelle advokatfirma. *Magma*, 20(6), 63–73.
- Chidzambwa, L. (2013). The social considerations for moving health services into the home: A telecare perspective. *Health Policy and Technology*, 2(1), 10–25. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2012.12.003>
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & Røvik, K.A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christiansen, E.K., Skipenes, E., Hausken, M.F., Skeie, S., Østbye, T. & Iversen, M.M. (2017). Shared electronic health record systems: Key legal and security challenges. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 11(6), 1234–1239. <https://doi.org/10.1177/1932296817709797>
- Digitaliseringsrundskrivet (2017). *Rundskriv H-7/17*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S. & Tinkler, J. (2006). New public management is dead – long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467–494. <https://doi.org/10.1093/jopart/mui057>
- Ekeland, T.-J., Steinstø, N. & Stefansen, J. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2–14.
- Fornyings- og administrasjonsdepartementet (2006). *Eit informasjonssamfunn for alle*. (St.meld. nr. 17 (2006–2007)). Oslo: Fornyings- og administrasjonsdepartementet.
- Gillingham, P. (2018a). Decision-making about the adoption of information technology in social welfare agencies: Some key considerations. *European Journal of Social Work*, 21(4), 521–529. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1297773>
- Gillingham, P. (2018b). Developments in electronic information systems in social welfare agencies: From simple to complex. *The British Journal of Social Work*, bcy014-bcy014. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy014>
- Grimen, H. (2008). Profesjoner og profesjonsmoral. I A. Molander & L.I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 144–160). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, H.N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014–2015)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og sosialdepartementet (2017). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Ince, D. & Griffiths, A. (2011). A chronicling system for children's social work: Learning from the ICS failure. *The British Journal of Social Work*, 41(8), 1497–1513. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr016>
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015). *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. (Meld. St. 27 (2015–2016)). Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Lagsten, J. & Andersson, A. (2018). Use of information systems in social work – challenges and an agenda for future research. *European Journal of Social Work*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1423554>
- Lotherington, A.T. & Obstfelder, A. (2015). Digitalisering av arbeidsflyt på sykehus – konsekvenser for legers arbeidshverdag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(1). <https://doi.org/10.7557/14.3480>
- Lægred, P. & Rykkja, L.H. (2015). Organizing for “wicked problems” – analyzing coordination arrangements in two policy areas: Internal security and the welfare administration. *International Journal of Public Sector Management*, 28(6), 475–493. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2015-0009>
- March, J.G. & Olsen, J.P. (2006). The logic of appropriateness. I R.E. Goodin (Red.), *The Oxford handbook of political science* (s. 689–708). Oxford: Oxford University Press.
- Margetts, H. (2003). Electronic government: A revolutions in public administration? I B.G. Peters & J. Pierre (Red.), *Handbook of public administration* (s. 366–376). London: Sage Publications.
- Margetts, H. & Dunleavy, P. (2013). The second wave of digital-era governance: A quasi-paradigm for government on the Web. *Philosophical Transactions of the Royal Society A, Mathematical, Physical, and Engineering Sciences*, 371(1987), 20120382. <https://doi.org/10.1098/rsta.2012.0382>
- May, C.R., Finch, T.L., Cornford, J., Exley, C., Gately, C., Kirk, S., Mair, F.S. (2011). Integrating telecare for chronic disease management in the community: What needs to be done? *BMC Health Services Research*, 11(1), 131–141.
- Mellting, J.B. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Nakrem, S., Solbjør, M., Pettersen, I.N. & Kleiven, H.H. (2018). Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2835-1>
- NAV (2017). *Årsrapport 2017*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Nilsen, E.R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M.K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Peckover, S., White, S. & Hall, C. (2008). Making and managing electronic children: E-assessment in child welfare. *Information, Communication & Society*, 11(3), 375–394. <https://doi.org/10.1080/13691180802025574>
- Pierson, P. (2004). *Politics in time: History, institutions, and social analysis*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Schartum, D.W., Jansen, A. & Tranvik, T. (2017). *Digital forvaltning – en innføring. Juridiske, informatiske og organisatoriske aspekter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjødt, U. & Sprogøe, J. (2014). Anerkendelse i professionsfaglig ledelse. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 16(1), 83–97. <https://doi.org/10.7146/tfa.v16i1.108956>
- Snellen, I. (2002). Electronic governance: Implications for citizens, politicians and public servants. *International Review of Administrative Sciences*, 68(2), 183–198. <https://doi.org/10.1177/0020852302682002>
- Sprogøe, J. & Jørnøe, R.L.V. (2015). Introduktion av velfærdsteknologi i professionel praksis. I K.K. Eriksen, M. Hansbøl, N.H. Helms & M. Vestbo (Red.), *Velfærd, teknologi og læring i et professionsperspektiv* (s. 49–63). Sorø: UCSJ Forlag.
- Thelen, K. (2003). How institutions evolve: Insight from comparative historical analysis. I J. Mahoney & D. Rueschemeyer (Red.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences* (s. 208–240). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tranvik, T. (2008). *Digital teknologi og organisasjonsendring: studier av offentlig og frivillig sektor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>