

# Opprettelsen av Direktoratet for e-helse

*Hierarkisk styring, gradvis behov eller ønske om  
legitimitet?*

Iréne Allison Støa



Masteroppgave ved Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2017

Antall ord: 31 705



# **Opprettelsen av Direktoratet for e-helse**

*Hierarkisk styring, gradvis behov eller ønske om legitimitet?*

© Iréne Allison Støa

2017

Opprettelsen av Direktoratet for e-helse. *Hierarkisk styring, gradvis behov eller ønske om legitimitet?*

Iréne Allison Støa

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammendrag

1. januar 2016 ble det opprettet et nytt direktorat for e-helse. E-helse er et stort satsingsområde og brukes som et virkemiddel for å modernisere, utvikle og effektivisere helse- og omsorgssektoren. I dag anses e-helse i stor grad som en avgjørende faktor for helsepolitisk måloppnåelse. Sektoren står imidlertid ovenfor store utfordringer på IKT-feltet, og frem til nylig har den nasjonale styringen og organiseringen av e-helsefeltet vært svak. Med opprettelsen av Direktoratet for e-helse skal den nasjonale styringen av dette feltet styrkes, og det skal bli økt gjennomføringsevne i digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren.

Denne studien er en kvalitativ casestudie som tar sikte på å forklare hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å opprette Direktoratet for e-helse. I lys av regjeringens fokus på avbyråkratisering fremstår opprettelsen av et nytt direktorat som overraskende, og denne studien vil derfor belyse hvorfor e-helsefeltet har fått særskilt oppmerksomhet. Dette vil gjøres gjennom analyse av en rekke relevante offentlige dokumenter. Dokumentene vil suppleres med data fra semi-strukturerte intervjuer med sentrale aktører i Helse- og omsorgsdepartementet. Den empiriske beskrivelsen vil fokusere på IKT-utviklingen i helsesektoren og prosessen knyttet til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. Disse aspektene vil forklares og tolkes ved hjelp av tre ulike perspektiver innenfor organisasjonsteorien – et instrumentelt, et kulturelt og et myteperspektiv.

I analysen pekes det på ulike aspekter som har påvirket beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse, og det identifiseres både instrumentelle, kulturelle og mytepregede trekk. Gjennom analysen vil de ulike perspektivenes forklaringskraft i møte med de empiriske funnene diskuteres, noe som betyr at analysen gjennomføres som en kongruensanalyse. I tråd med funn fra tidligere studier av reorganiseringer i sentralforvaltningen, viser denne studien at det instrumentelle perspektivet har størst forklaringskraft. Det er også stor grad av samsvar mellom de empiriske funnene og historisk-institusjonell teori. Det konkluderes med at opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et resultat av hierarkisk styring, og at departementet fattet denne beslutningen fordi det over tid har blitt et behov for nasjonal styring av e-helsefeltet.



# Forord

Min veileder, professor Tom Christensen, fortjener en stor takk for lynraske, konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger og innspill gjennom denne prosessen. Det gjør også informantene som velvillig stilte opp til intervju. Jeg har vært så heldig å få intervju dyktige byråkrater i Helse- og omsorgsdepartementet, og jeg setter stor pris på at dere delte deres erfaringer og refleksjoner rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Videre fortjener mamma en stor takk for korrekturlesning av kapitler underveis. Takk til Stein Arne for gjennomlesning og gode innspill i innspurten.

Eventuelle feil og mangler er ene og alene mitt ansvar.

Oslo, 23. mai 2017

Irène Allison Støa

Antall ord: 31 705

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	1
1.1	Tema og problemstilling.....	1
1.2	Hvorfor studere opprettelsen av Direktoratet for e-helse? .....	3
1.3	Teori og metode.....	4
1.4	Studiens relevans i lys av tidligere forskning.....	5
1.5	Avgrensninger .....	6
1.6	Studiens videre struktur .....	7
<b>2</b>	<b>TEORI</b> .....	8
2.1	Introduksjon.....	8
2.2	Instrumentell teori.....	8
2.2.1	Introduksjon .....	8
2.2.2	Handlingslogikk i instrumentell teori.....	8
2.2.3	Formell normativ struktur .....	10
2.2.4	To varianter av instrumentell teori .....	13
2.2.5	Forventninger .....	13
2.3	Institusjonell teori .....	14
2.3.1	Introduksjon .....	14
2.3.2	Handlingslogikk i institusjonell teori .....	14
2.3.3	Kulturperspektivet.....	15
2.3.4	Myteperspektivet.....	18
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	22
3.1	Introduksjon.....	22
3.2	Forskningsdesign .....	22
3.2.1	Studiens formål .....	22
3.2.2	Casestudiet .....	23
3.3	Datainnsamling.....	26
3.3.1	Dokumentanalyse .....	26
3.3.2	Intervjuer .....	27
3.4	Validitet .....	29
3.5	Reliabilitet .....	31



<b>4</b>	<b>EMPIRI</b> .....	33
4.1	Introduksjon .....	33
4.2	Historisk utvikling av IKT i helsesektoren .....	33
4.3	Nasjonal styring og organisering av IKT-utviklingen .....	36
4.3.1	Nasjonale strategier og handlingsplaner .....	36
4.3.2	Organisering av e-helsefeltet .....	39
4.4	Utfordringer .....	42
4.4.1	Kritikk fra Riksrevisjonen .....	47
4.5	Internasjonale erfaringer .....	49
4.5.1	Tre faser i internasjonal e-helsestrategiutvikling .....	50
4.6	Proessen som ledet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse .....	52
<b>5</b>	<b>ANALYSE</b> .....	54
5.1	Introduksjon .....	54
5.2	Det instrumentelle perspektivet .....	54
5.2.1	IKT-utviklingen .....	54
5.2.2	Organiseringen av e-helsefeltet .....	56
5.2.3	Aktørenes problem- og løsningsdefinerings .....	58
5.3	Kulturperspektivet .....	61
5.3.1	IKT-utviklingen .....	61
5.3.2	Organisering av e-helsefeltet .....	63
5.3.3	Aktørenes problem- og løsningsdefinerings .....	65
5.4	Myteperspektivet .....	66
5.4.1	IKT-utviklingen .....	66
5.4.2	Organisering av e-helsefeltet .....	67
5.4.3	Aktørenes problem- og løsningsdefinerings .....	69
5.5	Beslutningen – hierarkisk styring, gradvis behov eller ønske om legitimitet? .....	70
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING</b> .....	73
6.1	Oppsummering .....	73
6.2	Svar på problemstillingene .....	73
6.3	Teoriens forklaringskraft .....	75
6.4	Veien videre .....	78
	<b>Litteraturliste</b> .....	80
	<b>Vedlegg</b> .....	85

## **Tabeller**

Tabell 1: Ulike typer inter- og intra-organisatorisk endring. ....	12
Tabell 2: Ulike typer institusjonell endring: prosess og resultat .....	17
Tabell 3: Perspektivenes forklaringskraft .....	75

## **Figurer**

Figur 1: Utbredelse av elektroniske pasientjournaler.....	34
Figur 2: Nasjonale handlingsplaner.....	37
Figur 3: Pasientforløpet illustrert som «siloer».....	46
Figur 4: Fasedelt utvikling i landenes e-helsestrategier de siste 30 årene. ....	50

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Informantliste

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter

# 1 Innledning

## 1.1 Tema og problemstilling

I en pressemelding 12. mai 2015 ble det meldt om at Helse- og omsorgsdepartementet skulle reorganisere den sentrale helseforvaltningen ved å redusere antall etater fra 15 til 11 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Som et ledd i regjeringens fokus på effektivisering, skulle antall etater reduseres for å unngå dobbeltarbeid. Endringene er en del av regjeringens effektiviserings- og avbyråkratiseringsreform, hvis målsetting er mindre byråkrati og en mer effektiv og forenklet forvaltning (Innst. 2 S (2015–2016)). Endringene trådte i kraft 1. januar 2016, og med det ble rekke etater innlemmet i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Det var imidlertid ikke bare dette som skjedde. Parallelt med disse endringene ble det etablert et nytt direktorat, Direktoratet for e-helse. Ved første øyekast virker dette motstridende; en skulle tenke at et nytt direktorat vil føre til *mer*, ikke mindre byråkrati. Likevel har beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse fått stor politisk støtte, og det er bred enighet om behovet for en sterkere nasjonal styring av IKT-utviklingen.

«E-helse vil endre norsk helsetjeneste for alltid», skrev Jonas Gahr Støre og Torgeir Michaelsen i Dagbladet april 2017. E-helse er et område det satses stort på, og digitalisering av helsesektoren anses som et av de viktigste virkemidlene for å kunne møte behovene i fremtidens helsetjeneste. Begrepet «e-helse» defineres som «bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren» (Direktoratet for e-helse 2016b) eller som «bruk av IKT og løsninger for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren» (Helsedirektoratet 2014). E-helse er altså ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å få til ønskede endringer i helse- og omsorgssektoren. E-helse anses som en forutsetning for å nå helsepolitiske mål knyttet til en mer brukervennlig sektor der samhandling og pasienten skal stå i sentrum (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015). Gode og velfungerende IKT-systemer er en avgjørende forutsetning for å kunne gi trygge og gode helsetjenester til befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I lys av at hverdagen stadig blir mer digitalisert, øker befolkningens forventninger til at det offentlige skal tilby digitale tjenester. En ny indeks utarbeidet av EU, viser at bruken av offentlige digitale tjenester i Norge er tilnærmet dobbelt så høy som i EU-landene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017). Dette gir store forventninger til at også helse- og omsorgstjenestene skal være digitale. Allerede i 2007 sa to tredjedeler av

befolkningen over 15 år at de bruker internett til helseformål (Helse- og omsorgsdepartementet 2008: 15). I 2008 ble det presentert en nasjonal handlingsplan for e-helse, «Samspill 2.0», som var den fjerde av sitt slag. Der pekes det på at innbyggerne har store forventninger til elektroniske helsetjenester og enkel tilgang til informasjon, men at de i liten grad er involvert i eget pasientløp. I dag, 9 år senere, er brukerne i større grad involvert, og det er flere eksempler på offentlig digitale helsetjenester som kan betegnes som suksessfulle. «Min helse» på helsenorge.no er et eksempel på dette, der brukermedvirkning står sterkt, og der man blant annet kan bytte fastlege, se egenandeler og resepter (eResept), opprette og få innsyn i egen kjernejournal (Helsenorge 2017).

På tross av at vi i dag har en rekke digitale helsetjenester som fungerer, står helsesektoren fremdeles ovenfor store utfordringer når det gjelder effektiv bruk av IKT. IKT-systemene som brukes av helsepersonell støtter i for liten grad opp under at viktige helseopplysninger skal følge brukeren gjennom hele pasientforløpet, og en av grunnene til dette er at sektoren i stor grad er fragmentert (Direktoratet for e-helse 2017a: 7). Dette kommer av det store aktørmangfoldet, der virksomhetene selv har hatt ansvaret for prioriteringer, drift og anskaffelse av egne IKT-systemer. I tillegg satt lovgivningen frem til 2014 begrensninger for informasjonsdeling. Det var frem til dette tidspunktet ikke lov å dele helseopplysninger mellom ulike enheter. Til sammen har dette ført til at helse- og omsorgssektoren i dag er preget av en rekke enkeltstående og ulike IKT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre (ibid). Nasjonale myndigheter har jobbet med disse utfordringene siden midten av 1990-tallet, blant annet gjennom å lansere flere nasjonale handlings- og strategiplaner på e-helseområdet. Hovedmålet for e-helseutviklingen i tiden fremover er «Én innbygger – én journal». I det ligger det at det skal etableres én felles løsning for elektroniske pasientjournaler i hele helse- og omsorgssektoren (Meld. St. 9 (2012-2013)). For å få til dette har det over tid blitt en økende erkjennelse av behovet for økt gjennomføringsevne og sterkere nasjonal styring av e-helsefeltet. Med opprettelsen av Direktoratet for e-helse skal den nasjonale styringen av feltet styrkes, og gjennomføringsevnen skal økes.

Det overordnede spørsmålet som forsøkes besvart gjennom denne studien er *hvorfor* Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å opprette Direktoratet for e-helse. Temaet er derfor reorganiseringer i sentralforvaltningen og hva som preger beslutningstakere i slike prosesser. For å kunne svare på hvorfor det ble besluttet å opprette et eget e-helsedirektorat er studiens problemstilling tredelt. Over tid har det som nevnt vokst frem en rekke utfordringer på e-helsefeltet, som er en direkte følge av måten IKT har utviklet seg på i helsesektoren. Å få

innsikt i hvordan IKT-utviklingen har foregått over tid, er derfor viktig for å forstå behovet for et nytt direktorat. Videre vil beslutningsprosessen undersøkes nærmere for å få innsikt i hvilke problemer aktørene anså som sentrale, og hvilke løsningsalternativer som ble diskutert. Til slutt skal disse to aspektene tolkes i lys av ulike teoretiske perspektiver innenfor organisasjonsteorien. Problemstillingene som ligger til grunn for den videre analysen er derfor som følger:

- 1) *Hva kjennetegner IKT-utviklingen i helsesektoren fra 1980-tallet og frem til i dag?*
- 2) *Hva kjennetegner prosessen knyttet til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse? Hvilke problemer og løsninger ble trukket frem av aktørene?*
- 3) *Hvordan kan vi forstå og tolke IKT-utviklingen i helsesektoren og opprettelsen av Direktoratet for e-helse ved hjelp av ulike organisasjonsteoretiske perspektiver?*

## **1.2 Hvorfor studere opprettelsen av Direktoratet for e-helse?**

Reformer og reorganiseringer er svært vanlig i offentlig sektor. Ifølge NSD har det mellom 1. januar 2000 og 1. januar 2017 blitt opprettet 77 nye forvaltningsorganer underlagt departementene. Dette er sentraladministrative enheter som direktorater, samt etater og andre ordinære forvaltningsorganer. Av disse 77 er 24 nyopprettelser, 14 har blitt opprettet etter sammenslåinger av andre enheter, 31 har oppstått etter omorganiseringer og 8 enheter har blitt til som et resultat av utskilling, slik som Direktoratet for e-helse. Hvis en ser på alle organisasjonsendringer som har skjedd i sentralforvaltningen i samme tidsperiode, viser NSD til hele 2599 endringer. Det gir et gjennomsnitt på 153 organisasjonsendringer per år. Organisasjonsendring krever ofte store ressurser, men likevel har reformer og reorganiseringer vært viktig for flere regjeringer de siste tiårene. Å studere hvilke forhold som spiller inn på beslutninger om reorganiseringer og å få innsikt i hva som preger atferden til sentrale aktører i slike beslutningsprosesser er derfor viktig.

Videre er e-helse et tema som berører svært mange mennesker. De aller fleste innbyggere vil på et eller flere tidspunkt i livet være i kontakt med helsevesenet. Når vi så vet at IKT får en økende betydning i hverdagen til de aller fleste innbyggerne, er naturlig å forvente at helsesektoren skal henge med i utviklingen. Behovet for e-helse må derfor ses i sammenheng med utviklingen i resten av samfunnet, der digitalisering har kommet for å bli.

Likevel ser vi at helsesektoren har hengt etter andre sektorer på IKT-området, og det å få en innsikt i hvilke utfordringer som har preget e-helseområdet er derfor viktig.

De siste årene har e-helse fått økt politisk oppmerksomhet i mange land, og EU har lansert en egen handlingsplan for medlemslandene på e-helseområdet for perioden 2012-2020 (Europakommisjonen 2012). Selv om Norge ikke er medlem i EU, samsvarer våre mål og visjoner for e-helse i stor grad med EU-landenes visjoner. Målene som settes på e-helsefeltet er ambisiøse, noe som vil diskuteres nærmere senere i denne studien. Hvis det stemmer at e-helse vil endre norsk helsetjeneste for alltid, som Støre og Michaelsen (2017) påstår, er det derfor meget interessant ut fra et statsvitenskapelig synspunkt å få større innsikt i hva som preger dette politikkkfeltet.

### **1.3 Teori og metode**

Opprettelsen av Direktoratet for e-helse vil i denne studien analyseres ved hjelp av ulike organisasjonsteoretiske perspektiver. Dette teoretiske utgangspunktet er valgt fordi organisasjonsteori har vist seg å gi gode forklaringer på hvordan aktører i offentlige organisasjoner tenker og handler i reformer og reorganiseringsprosesser (Christensen og Lægreid 2008: 9-10). Denne studien tar sikte på å avdekke beslutningsatferd i Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Derfor vurderes organisasjonsteori som et passende utgangspunkt for den videre analysen. Organisasjonsteori deles gjerne inn i to ulike hovedtyper, instrumentell teori og institusjonell teori. Denne inndelingen vil også benyttes i denne studien.

Instrumentell teori bygger på en oppfatning av at organisasjoner kun er et redskap eller instrument for å nå mål (Scott 1981). I disse teoriene oppfattes aktørene som formålsrasjonelle, og aktørenes handlinger bygger på en rasjonell konsekvenslogikk. I den videre beskrivelsen av instrumentell teori vil særlig handlingslogikk og formell normativ struktur vektlegges. Det vil også skilles mellom to ulike typer instrumentell teori – en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant.

I institusjonell teori vektlegges blant annet en organisasjons uformelle normer, verdier, tradisjoner, sosiale strukturer, samt indre og ytre omgivelser. Dette får betydning for aktørenes beslutningsatferd, som bygger på en passenhetslogikk (March og Olsen 2011: 1). Det finnes flere ulike måter å dele inn institusjonell teori på. Denne studien følger Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness og Røvik (2015) sin inndeling, som skiller mellom et kulturelt perspektiv og et myteperspektiv. I beskrivelsen av kulturperspektivet vil historisk

institusjonalisme og stivhengighet vies særlig oppmerksomhet. Beskrivelsen av myteperspektivet vil fokusere særlig på myter, institusjonell isomorfi, spredning av myter gjennom reformbølger og organisasjoners fokus på å oppnå legitimitet i omgivelsene.

Formålet med denne studien er, som problemstillingene viser, å få innsikt i IKT-utviklingen i helsesektoren og komme tettere på prosessen rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Med utgangspunkt i disse to aspektene er målet å finne ut hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet vedtok å opprette et nytt direktorat. For å få svar på dette er det brukt et kvalitativt forskningsdesign. Nærmere bestemt er det gjennomført en casestudie. Analysen vil gjennomføres som en kongruensanalyse, som kort sagt innebærer at det presenteres en rekke teoretiske forventinger, der disse vil testes opp mot de empiriske funnene. Dette skal gi grunnlag for å trekke konklusjoner om de ulike teoretiske perspektivenes forklaringskraft opp mot problemstillingene (Blatter og Blume 2008: 336).

Studiens datamateriale og empiriske grunnlag bygger i hovedsak på offentlige dokumenter, herunder stortingsmeldinger, utredninger og handlings- og strategiplaner. De offentlige dokumentene vil suppleres med data fra tre semi-strukturerte intervjuer med fire sentrale aktører i Helse- og omsorgsdepartementet, for å få en dypere innsikt i spørsmålene denne studien tar opp.

## **1.4 Studiens relevans i lys av tidligere forskning**

Reformer og reorganiseringer kan defineres som «aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å forandre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjoner» (Christensen m. fl. 2015: 152). Studier av reformer og reorganiseringsprosesser i sentralforvaltningen med utgangspunkt i ulike organisasjonsteoretiske perspektiver har vært vanlig innenfor statsvitenskapen de siste tiårene (se for eksempel Egeberg 1989, Christensen 1994 og 2008, Askim m. fl. 2009 og 2010). Gjennom systematiske studier av reorganiseringsprosesser øker vårt generelle kunnskapsgrunnlag om offentlige organisasjoner, samtidig som vi kan få økt forståelse av hvordan offentlig forvaltning utvikles og endres, samt hvordan endringsprosesser kan kontrolleres (Egeberg 1984). Det har også blitt skrevet en rekke masteroppgaver om reformer og reorganiseringer som bruker organisasjonsteoretiske perspektiver som teoretisk grunnlag (se for eksempel Høverstad 2010, Ophaug 2015, Holmen 2016). Denne studien er derfor et bidrag til denne forskningstradisjonen og søker å minske kunnskapshullet om reorganiseringsprosesser i sentralforvaltningen ved å studere en nylig implementert reorganisering.

Når det gjelder e-helsefeltet mer spesifikt, ser det ikke ut til å ha blitt gjennomført systematisk statsvitenskapelig analyse av hvordan dette feltet er organisert tidligere. Selv om e-helse har vært på agendaen i lang tid, er det først de senere årene *organiseringen* av dette feltet har blitt trukket frem. Rønningen (2015) har riktignok gjennomført en analyse av innføringen av elektronisk samhandling i helsesektoren med utgangspunkt i et instrumentelt og et kulturelt perspektiv. Hun undersøkte erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske løsninger i primær- og spesialisthelsetjenesten, og studerte derfor effekter av e-helsetiltak snarere enn organiseringen av e-helsefeltet. Opprettelsen av Direktoratet for e-helse tydeliggjør betydningen av en nasjonal organisering av dette feltet, og ved å studere denne beslutningen får vi økt kunnskap om et felt som er lite belyst i statsvitenskapelig sammenheng. Denne studien søker derfor både å øke vårt kunnskapsgrunnlag rundt utvikling og organisering av e-helsefeltet, samtidig som den føyer seg inn i rekken av studier av reorganiseringer i sentralforvaltningen.

## 1.5 Avgrensninger

Det er gjort en vesentlig avgrensning vedrørende teoriforankring. Denne oppgaven tar for seg e-helse, som er et felt som faller innunder begrepet «eGovernment» eller e-forvaltning (Meld. St. 27 (2015-2016)). E-forvaltning kan defineres som myndighetenes bruk av teknologi for å øke tilgangen til, og på en effektiv måte levere informasjon og service til, innbyggerne (Brown and Brudney 2001: 1). Hovedmålet med nasjonal politikk på e-forvaltning-området er å sørge for å gjøre offentlige tjenester så enkle som mulig for så mange som mulig, og å lage effektive løsninger som de aller fleste innbyggere velger å benytte seg av (Gustafsson og Wihlborg 2013: 155-156, Meld. St. 27 (2015-2016): 37). En hovedprioritering i den norske IKT-politikken er «å sette brukeren i sentrum ved å ta utgangspunkt i brukernes behov» (Meld. St. 27 (2015-2016): 37). Dette er mål som også gjør seg gjeldende i helse- og omsorgssektoren, og e-helse er en del av den nasjonale IKT-politikken.

Det har de senere årene blitt skrevet mye eGovernment-litteratur, og det fokuseres blant annet offentlige organisasjoners grad av e-modenhet og hvordan offentlige organisasjoner kan oppnå legitimitet ved å tilby elektroniske tjenester (se for eksempel Brown and Brudney 2001, Layne og Lee 2001, Axelsson m. fl. 2013, Gustafsson og Wihlborg 2013). Det kunne ha vært interessant å studere opprettelsen av Direktoratet for e-helse med utgangspunkt i eGovernment-litteratur, for eksempel ved å undersøke om et nytt direktorat for e-helse vil bidra til økt legitimiteten hos befolkningen, eller ved å se om det økte fokuset på e-



helse gjør befolkningen mer «e-moden». Selv om dette kunne ha vært interessante aspekter å studere, er fokuset for denne oppgaven reorganiseringer i sentralforvaltningen mer generelt, ikke bare knyttet til e-forvaltning. Denne studien er altså et bidrag til den større forskningen på reorganiseringer og reformer i offentlig forvaltning med utgangspunkt i organisasjonsteori, og vil derfor ikke gå videre inn på eGovernment-litteratur.

## **1.6 Studiens videre struktur**

Denne studien er delt inn i 6 kapitler. I kapittel 2 vil studiens teoretiske grunnlag presenteres. Først kommer en redegjørelse for instrumentell teori, deretter følger en redegjørelse for institusjonell teori, som så er delt opp i en beskrivelse av to ulike typer institusjonell teori. Underveis i den teoretiske beskrivelsen vil det utledes teoretiske forventninger til den videre analysen. I kapittel 3 presenteres studiens metodologiske utgangspunkt, der jeg vil redegjøre for studiens forskningsdesign, samt vurdere studiens reliabilitet og validitet. Kapittel 4 presenterer studiens empiriske materiale, og begynner med en gjennomgang av IKT-utviklingen i helsesektoren. Deretter vil jeg redegjøre for den nasjonale styringen og organiseringen av IKT-utviklingen og e-helsefeltet, før utfordringene sektoren står ovenfor vil presenteres. Internasjonale erfaringer med e-helse vil bli deretter gjennomgått, og til slutt blir det en gjennomgang av selve prosessen som ledet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse. I kapittel 5 vil det empiriske datamaterialet analyseres med utgangspunkt i de teoretiske forventningene som presenteres i kapittel 2, med mål om å besvare studiens problemstilling. I kapittel 6 oppsummeres studiens hovedfunn, og jeg vil diskutere de teoretiske perspektivenes forklaringskraft når det gjelder å forklare hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet valgte å opprette Direktoratet for e-helse.

## 2 Teori

### 2.1 Introduksjon

I dette kapitlet vil studiens teoretiske grunnlag redegjøres for. Studien tar utgangspunkt i tre ulike organisasjonsteoretiske tilnærminger, og først kommer en redegjørelse av instrumentell teori. I dette delkapitlet vil den rådende handlingslogikken innenfor denne typer teorier gjennomgås, og deretter vil det redegjøres for formell normativ struktur som er sentralt i dette teoretiske perspektivet. Dette følges av en gjennomgang av to ulike varianter av instrumentell teori, før det presenteres en rekke teoretiske forventinger som vil være førende for den videre analysen. Deretter kommer en redegjørelse for institusjonell teori, herunder handlingslogikken innenfor disse teoriene. Det vil så redegjøres for to ulike perspektiver innenfor institusjonell teori, og det vil presenteres teoretiske forventninger ut fra begge disse perspektivene.

### 2.2 Instrumentell teori

#### 2.2.1 Introduksjon

Instrumentell teori bygger på en oppfatning av organisasjoner som et redskap eller instrument for å nå mål (Scott 1981, Christensen m. fl. 2015: 34). I disse teoriene står en mål-middel-tankegang sentralt, og i dette ligger det en tanke om at aktørene handler formålsrasjonelt i beslutningsprosesser. Dette innebærer at aktørene vil vurdere ulike handlingsalternativer og mulige konsekvenser av de ulike løsningene opp mot målene, og deretter handle formålsrasjonelt ut fra hvilket løsningsalternativ som vil føre til de ønskede effektene av den beslutningen som fattes, i dette tilfellet at et nytt direktorat opprettes. Beslutningsatferden i disse prosessene bygger dermed på det som kan kalles en *rasjonell konsekvenslogikk*, og en antakelse om slik handlingslogikk, dog noe modifisert, vil være hovedfokuset i denne studien.

#### 2.2.2 Handlingslogikk i instrumentell teori

Instrumentell teori bygger på en antakelse om at aktørene handler etter en rasjonell konsekvenslogikk. Hovedpoenget i en slik handlingslogikk er at aktørene vurderer ulike handlingsalternativer og fremtidige konsekvenser, og deretter tar rasjonelle beslutninger basert på kunnskap og erfaringer (March 1984: 3). Å handle ut fra en konsekvenslogikk

innebærer at aktøren gjennomgår fire steg (March og Olsen 2011: 24). Først vil aktøren vurdere hvilke handlingsalternativer som er mulige. Deretter vil aktøren koble opp alle mulige konsekvenser av de ulike alternativene og vurdere hvor sannsynlig det er at disse konsekvensene vil forekomme. Aktørene har også et sett verdier og preferanser som blir vurdert i denne prosessen, og som knyttes opp mot de ulike alternativene og hva aktøren selv mener er riktig handlingsalternativ. Til slutt må aktøren vurdere hvordan valget mellom de ulike løsningene skal utføres, og så velger aktøren det handlingsalternativet som gir de beste forventede konsekvensene.

Formålsrasjonell handlingslogikk slik den er beskrevet over impliserer fullstendig rasjonalitet, som vil si at organisasjonen har klare mål og at aktørene har oversikt over alle mulige løsningsalternativer, samt alle tilhørende konsekvenser (Christensen m. fl. 2015: 37). Slik sett vil organisasjoner alltid velge den løsningen som gir høyest grad av måloppnåelse og forventede resultater. Dette er imidlertid en lite realistisk antakelse, særlig i offentlige organisasjoner som gjerne kjennetegnes ved at de er komplekse og har delvis motstridende mål. I tillegg kan det ikke forventes at aktørene til enhver tid vil ha innsikt i alle mulige løsninger og konsekvenser, og dette betegner Simon (1965) som *begrenset rasjonalitet*. Mennesker har en kognitiv kapasitet som gjør at en kun kan ta innover seg et begrenset antall løsningsalternativer og deres mulige konsekvenser. Dette medfører at det vil skje en vesentlig utvelgelse når det kommer til hvilke problemer og løsninger som oppfattes og vektlegges, og hvilke konsekvenser det fokuseres på (Egeberg 1989: 20).

Menneskets begrensede rasjonalitet kan i reformer og reorganiseringer komme til uttrykk gjennom at konsekvenser av ulike handlingsalternativer knyttet til for eksempel ny struktur ikke er utredet godt nok, eller at reorganiseringen får uventede konsekvenser. Begrenset rasjonalitet innebærer at en velger løsninger som gir *gode nok*, men ikke nødvendigvis *maksimale*, nytteeffekter (Christensen m. fl. 2015: 37). Som nevnt preges mange offentlige organisasjoner av komplekse, og ofte motstridende mål, og dette bidrar til at aktørene ofte ikke kan velge optimale løsninger. De løsningene som velges blir derfor ofte bare tilfredsstillende. Den rasjonelle handlingslogikken ligger likevel også til grunn ved begrenset rasjonalitet. Aktørene vurderer de alternativene som er tilgjengelige og fatter beslutninger på grunnlag av den informasjonen de har om hva som vil gi størst mulig måloppnåelse. Simon (1965) skiller her mellom the «economic man» som styres av egeninteressen og har full oversikt over alternativer og potensielle konsekvenser, og the «administrative man» som baserer handlingene sine på de strukturelle rammene i organisasjonen, og som har en ufullstendig oversikt over løsningsalternativer og

konsekvenser. Den formelle organisasjonsstrukturen kan fungere som en «kanal» og legger altså føringer for aktørenes fokus og forståelse av situasjonen. Dette kan komme til uttrykk ved at individer i sterkt spesialiserte enheter har et snevrere fokus og dermed innsikt i færre alternativer, løsninger og konsekvenser. Nedenfor redegjøres det nærmere for betydningen av en slik formell organisasjonsstruktur.

### **2.2.3 Formell normativ struktur**

I instrumentell teori er organisasjonsstrukturen viktig for å forstå hvordan beslutningsprosesser foregår. Egeberg (1989) har utviklet en instrumentell virkemiddelmodell for beslutningsatferd i offentlige organisasjoner. Han hevder at det er tre ting som påvirker den faktiske beslutningsatferden, blant annet ved beslutninger om reorganisering: formell normativ organisasjonsstruktur, fysisk struktur og organisasjonsdemografi (Egeberg 1989: 17). I denne studien er det den formelle normative strukturen som vil vies mest oppmerksomhet. Fysisk struktur dreier seg blant annet om størrelse og fysisk lokalisering, og den fysiske lokaliseringen vil være negativt korrelert med grad av kontakt og koordinering innad i departementene (Egeberg 2012: 160). Organisasjonsdemografi handler om sammensetninger av individene i organisasjonen hva gjelder utdanning, sosial bakgrunn, kjønn, alder og andre demografiske faktorer (Egeberg 1989: 17). Denne studien vil ikke gå nærmere inn på organisasjonsdemografi som forklaringsfaktor for opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Formell struktur vil si «et sett av relativt stabile, upersonlige og offisielle normer» (ibid: 18). Strukturen kommer til uttrykk ved for eksempel organisasjonskart eller stillingsinstruksjoner, og det er nettopp denne formelle, normative strukturen som er redskapet når organisasjonen skal brukes til å nå bestemte mål. Hvordan slike strukturer er utformet varierer, blant annet med hensyn til grad av spesialisering, hvilket spesialiseringsprinsipp som er lagt til grunn og ulike former for koordinering (ibid: 75).

Spesialisering som organisasjonsteoretisk konsept referer til «definisjonen av hvilke oppgaver eller relasjoner som kan grupperes og koordineres og hvilke som kan separeres» (Bouckaert m. fl. 2010b: 26). I denne konteksten definerer vi spesialisering som det som skjer når nye enheter blir til, altså opprettelsen av nye offentlige organisasjoner med spesifikke mål og oppgaver (ibid). Den videre beskrivelsen er derfor rettet mot dette aspektet ved spesialisering, og går ikke inn på at spesialisering også kan uttrykke forholdet mellom ulike enheter innad i, eller mellom organisasjoner.

Det skilles mellom to typer spesialisering, horisontal og vertikal. Horisontal spesialisering uttrykker hvordan ulike oppgaver og utfordringer kan være delt opp på det samme hierarkiske nivået, og på den måten hvordan de er forbundet eller koblet fra hverandre (Christensen m.fl. 2015: 39, Egeberg 2012: 161). Dette kommer til uttrykk gjennom oppsplitting av organisasjoner på samme hierarkiske nivå, der de får nye oppgaver å forholde seg til (Bouckaert m. fl. 2010b: 26). Den amerikanske statsviteren Luther Gulick (1937) skiller mellom fire ulike måter oppgaver kan spesialiseres horisontalt på, og det er utfra formål eller sektor, prosess, klientell og geografi (Egeberg 2012: 159). Å spesialisere utfra et formålsprinsipp handler om at sakene deles opp ut fra formålet med oppgaven eller utfra sektoren oppgaven tilhører, for eksempel at alle oppgaver som har med e-helse å gjøre, herunder samhandling med andre enheter, IKT-løsninger og iverksetting av politikk, organiseres i et eget e-helsedirektorat. Prosessprinsippet innebærer at oppgaver deles opp utfra hvilken fremgangsmåte som benyttes, for eksempel ved at det i et departement kan være egne budsjettavdelinger, en ny IT-avdeling eller avdelinger som jobber med juridiske saker. Dette er imidlertid en løsning som ikke kan brukes som et eget organiseringsprinsipp i alle tilfeller, ettersom slike oppgaver ikke er mål i seg selv. Organisering utfra klientellprinsippet vil si at en enhet er ansvarlig for én del av befolkningen, for eksempel barn, uføretrygdede, innvandrere eller pasienter. Geografiprinsippet dreier seg om organisering ut fra lokale aspekter, der sentraliserte organisasjoner ikke vil kunne ivareta de lokale hensynene.

Vertikal spesialisering vil si differensiering av ansvar mellom ulike hierarkiske nivåer, og denne typen spesialisering uttrykker den intenderte arbeidsdelingen på tvers av hierarkiske nivåer innad i, eller mellom, organisasjoner (Bouckaert m. fl. 2010b: 26, Egeberg 2012: 163). Dette kan komme til uttrykk ved at det opprettes nye direktorater eller etater med større grad av strukturell frihet og autonomi. Hvis det er snakk om despesialisering, kan dette skje vertikalt enten ved at enheter innlemmes i organisasjoner på et høyere hierarkisk nivå, eller ved at den underliggende enheten får mindre autonomi gjennom organisatorisk duplikasjon. Organisatorisk duplikasjon handler om overlappende enheter i overordnet og underliggende enheter (Egeberg 1989: 96). Dette vil si at det finnes enheter i den overordnede organisasjonen, for eksempel en avdeling, som har delvis overlappende oppgaver som et underliggende organ. Dette innebærer økt kapasitet og mer kontroll på høyere nivå og mindre autonomi på lavere nivå. Et eksempel kan være E-helseavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet som har overordnet kapasitet på e-helsefeltet, og som har delvis overlappende oppgaver som Direktoratet for e-helse. Egeberg peker videre på at debatten om direktoraters organisasjonsmessige plassering illustrerer instrumentell organisasjonstenkning

(ibid: 77). Hvis etatsledelsen er organisert innenfor departementet, får feltet økt politisk styring, mens dersom ledelsen organiseres i et direktorat utenfor departementet vil normer som faglig uavhengighet og brukerinnflytelse vektlegges i større grad (ibid).

Spesialiseringen kan videre være inter- eller intra-organisatorisk, som viser om spesialiseringen foregår på *tværs av* ulike enheter eller *innad* i en enhet. Tabellen nedenfor illustrerer horisontal og vertikal intra- og inter-organisatorisk spesialisering og despesialisering.

	<b>Horisontal</b>	<b>Vertikal</b>
<b>Inter-organisatorisk</b>	<p><i>Spesialisering:</i> Økt strukturell spesialisering, deler opp eksisterende enheter på samme hierarkiske nivå, eller skiller ut deler av enheten.</p> <p><i>Despesialisering:</i> Sammenslåinger av enheter på samme hierarkiske nivå, f.eks. etater, direktorater, eller at enheter innlemmes i en eksisterende enhet.</p>	<p><i>Spesialisering:</i> Økt strukturell frihet for direktorater, etater eller tilsyn f.eks. ved at de skilles ut fra departementet.</p> <p><i>Despesialisering:</i> Organisasjonsenheter (re)integreres i enheter høyere opp i hierarkiet eller «organisatorisk duplikasjon»</p>
<b>Intra-organisatorisk</b>	<p><i>Spesialisering:</i> Økt intern differensiering Deler opp interne enheter i flere funksjoner, f. eks. dele opp en avdeling i to separate seksjoner.</p> <p><i>Despesialisering:</i> Slår sammen interne enheter, eller innlemmer en enhet i en annen på samme hierarkiske nivå innad i organisasjonen.</p>	<p><i>Spesialisering:</i> Økt intern differensiering, f.eks. at en seksjon flyttes vertikalt og blir gjort om til en egen avdeling.</p> <p><i>Despesialisering:</i> Interne enheter (re)integreres i enheter høyere opp i hierarkiet innad i organisasjonen.</p>

Tabell 1: Ulike typer inter- og intra-organisatorisk endring. Kilder: Bach og Jann (2010: 454), Egeberg (2012: 163) og Lægreid m. fl. (2003: 7-8).

På bakgrunn av denne beskrivelsen av ulike typer spesialisering, fremstår opprettelsen av Direktoratet for e-helse som en inter-organisatorisk horisontal spesialisering. Dette er fordi Helsedirektoratet ble splittet opp ved at Divisjon for e-helse ble skilt ut og gjort om til et direktorat. Det er likevel flere spesialiseringsprinsipper som kommer til syne gjennom opprettelsen av Direktoratet for e-helse, noe som vises i analysekapittelet.

## 2.2.4 To varianter av instrumentell teori

Vi kan dele instrumentell teori i to hovedvarianter, en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant (Christensen m. fl. 2015). Vi ser oftest den hierarkiske varianten, der rasjonelt design, kontroll og homogenitet blant politisk og administrativ ledelse er sentrale aspekter (Christensen 1994: 23). I denne varianten av instrumentell teori er den formelle organisasjonsstrukturen viktig, og denne sier blant annet noe om hvem som har rett og/eller plikt til å treffe beslutninger (Egeberg 1989: 75). I en hierarkisk variant av instrumentell teori antas det altså at det er politisk og administrativ ledelse som har beslutningsrettigheter, og endringsprosessene er derfor hierarkisk styrt. Det er ledelsen som fastsetter mål og virkemidler, og organisasjonen anses som enhetlig.

En forhandlingsvariant av instrumentell teori oppfatter organisasjoner som koalisjoner som består av ulike enheter, der individer og grupper innenfor organisasjonen kan være opptatt av ulike og delvis motstridene mål (Christensen m. fl. 2015: 45). I stedet for at aktørene har felles interesser, preges beslutningsprosesser av konflikter, maktkamp og politikk. Aktørene, som er begrenset rasjonelle, er gruppert i mindre grupper med delvis motstridende mål og interesser. På den måten er det avgjørende å etablere vinnende koalisjoner, og det er den dominerende koalisjonen som har mest innflytelse i beslutningsprosesser. Beslutninger og organisering er derfor hovedsakelig påvirket av den dominerende koalisjonens interesser og synspunkter (ibid).

## 2.2.5 Forventninger

Ut fra instrumentell teori er det interessant å undersøke hvordan en rasjonell handlingslogikk og formell normativ struktur har hatt betydning for opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Med utgangspunkt i en hierarkisk variant av instrumentell teori, ligger følgende forventninger til grunn for den videre analysen av opprettelsen av Direktoratet for e-helse:

- IKT-utviklingen i helsesektoren bærer preg av en lang rekke med formålsrasjonelle beslutninger
- Ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet tok initiativ til å opprette Direktoratet for e-helse for å løse sentrale utfordringer på e-helsefeltet
- Det var stor enighet blant aktørene om at det var behov for et eget direktorat for e-helse

- Løsningene som ble presentert var bygget på rasjonelle vurderinger av mulige konsekvenser

Ut fra en forhandlingsvariant av instrumentell teori, forventes det at følgende empiriske funn vil være gjeldende for den videre analysen:

- Beslutningsprosessen var preget av at aktørene hadde ulike interesser og synspunkter knyttet til løsningsdefineringen
- Opprettelsen av Direktoratet for e-helse var et kompromiss mellom de ulike aktørene

## 2.3 Institusjonell teori <sup>1</sup>

### 2.3.1 Introduksjon

Vi kan se «institusjonell teori» som en samlebetegnelse for en rekke ulike teorier som, i motsetning til instrumentelle teorier, ser på organisasjoner som mer enn bare et virkemiddel for måloppnåelse. Innenfor disse teoriene anses uformelle normer, tradisjoner, verdier, etablerte regler og sosiale strukturer som viktige aspekter som påvirker beslutningsatferden i organisasjoner. Christensen med flere (2015) deler inn institusjonell teori i to overordnede perspektiver, kulturperspektivet og myteperspektivet. I teorier som faller innunder kulturperspektivet, er uformelle normer og verdier som vokser frem over tid, sentralt for atferd. Det pekes på at endringer skjer som en gradvis, evolusjonær prosess der det unike i hver organisasjon påvirker endringsprosessen. Myteteorier har en litt annen tilnærming, der teoriene er mer opptatt av at organisasjoner blir likere hverandre og at endringer skjer ved at organisasjoner tilpasser seg ytre omgivelser, der disse omgivelsene er mer skiftende (ibid: 75). Således kan skilles ved en enkel illustrasjon; kulturperspektivet er teorier om det *ulike*, mens myteperspektivet er teorier om det *like*. Denne inndelingen vil også benyttes i den videre fremstillingen av disse teoriene.

### 2.3.2 Handlingslogikk i institusjonell teori

Mens konsekvenslogikken er den rådende handlingslogikken i de instrumentelle teoriene, ligger en litt annen tankegang til grunn for handlingslogikk i institusjonell teori. Denne type teori bygger heller på en logikk som March og Olsen kaller logikken om *passende* atferd

---

<sup>1</sup> Deler av dette kapittelet er basert på semesteroppgave i STV4407 – Institusjonell teori, høsten 2016 (Støa 2016)



(March og Olsen 2011: 1). Ut fra logikken om det passende, handler man ikke ut fra mulige konsekvenser av ulike handlingsalternativer eller egeninteresse, men ut fra hva som anses som passende i en gitt situasjon. Regler, enten uformelle eller formelle, følges fordi de anses som naturlige, forventede og legitime (ibid). I offentlige reorganiseringsprosesser kan dette komme til syne ved at konsekvenser av ulike løsninger ikke utredes godt nok og at de forventede resultatene lar vente på seg.

Fra et stivhengighetssyn kan denne logikken komme til syne ved at aktørene baserer sine handlinger på erfaringer, hva som har fungert tidligere og hva som anses som det «naturlige» å gjøre i en gitt situasjon. Ut fra myteteoriene kan dette trekke i en litt annen retning, der handlingene baserer seg på hva omgivelsene forventer av handlinger, herunder hvilke handlingsalternativer som anses som legitime. Dette kan knyttes til en forventning fra befolkningen eller Stortinget, om at Helse- og omsorgsdepartementet legger mer vekt på digitalisering og styring av IKT, og at det å opprette et eget direktorat er et legitimt svar på disse forventningene. Det kan også tenkes at aktørene selv ser e-helse som et viktig virkemiddel, og i lys av at feltet spesialiseres i økende grad vil det å opprette et eget e-helsedirektorat oppfattes som et «naturlig» og passende steg videre.

### **2.3.3 Kulturperspektivet**

#### **Organisasjonskultur og institusjonalisering**

De formelle strukturene i en organisasjon skaper rammer for arbeidsdeling, oppgaver og informasjonsflyt, og legger føringer for hvordan prosesser skal foregå og for hvem som har rett og plikt til å fatte beslutninger. Ifølge Selznick (1997: 20) er imidlertid dette tekniske, formelle systemet kun en *del* av det som foregår i praksis, den formelle beslutningsstrukturen aldri vil stemme helt overens med atferden i organisasjoner. En viktig del av en organisasjon er dens organisasjonskultur – en organisasjons uformelle normer og verdier som vokser frem over tid, og som får betydning for atferd og beslutninger i organisasjonen (Christensen m. fl. 2015: 52). Organisasjonskulturen er det som ifølge Selznick skiller institusjoner fra organisasjoner, der han betegner organisasjoner kun som et «hensiktsmessig redskap som er utformet for å gjøre en jobb» (Selznick 1997: 19). Denne forståelsen samsvarer med instrumentelle teories syn på organisasjoner der de kun er et instrument for måloppnåelse. Institusjoner er på sin side et «naturlig produkt av sosiale behov og påtrykk» og hans institusjonsbegrep innebærer at institusjoner er noe mer enn kun et instrument for måloppnåelse (ibid: 20). Han fremhever altså betydningen av *menneskene* i organisasjonen og

hva de bringer med seg inn, som får betydning for den uformelle strukturen (ibid). Denne prosessen, der den formelle organisasjonen gradvis fylles med uformelle normer og verdier og tilpasser seg indre og ytre krav, kaller han for en institusjonaliseringsprosess. I det ligger det blant annet at endringer vil skje som en gradvis og «evolusjonær» prosess i takt med både indre og ytre press. Medlemmene i organisasjonen kan føle et personlig tap ved endringer fordi institusjonens identitet blir krenket (Selznick 1997). Nye mønstre vokser dermed sakte frem, mens gamle oppløses i en naturlig utviklingsprosess. Krasner (1988) er inne på mange av de samme tankene som Selznick hva gjelder institusjonalisering, og han definerer begrepet som «tendensen til at atferdsmønstre, normer eller formelle strukturer vedvarer over tid» (Krasner 1988: 74).

### **Historisk institusjonalisme og stivhengighet**

Historisk institusjonalisme bygger på tanken om stivhengighet. I dette ligger det at valg gjort i en institusjons formative år gjerne vedvarer og legger føringer for fremtidig utvikling og endring (Krasner 1988: 67, Peters 2012: 70). Peters (2012) viser at de valg som blir tatt når en organisasjon opprettes eller et politisk program initieres, vil ha stor betydning for valgene som tas senere. Organisasjonen eller policyen legger seg på en «sti» som så følges i den videre utviklingen, noe vil fungere som en treghet ved at de beslutninger som fattes senere, baserer seg på beslutningene som ble tatt i den formerende fasen. Denne stivhengigheten gjør at andre handlingsalternativer blir mindre sannsynlige over tid. Peters argumenterer videre for at stien kan endres, men at det vil kreve stort politisk press for å få en endring i utviklingen (Peters 2012: 70). Når politiske og administrative ledere skal reorganisere institusjoner eller implementere reformer, blir de således begrenset av et kulturelt rammeverk (Thelen 1999: 386). I denne sammenhengen kan stivhengigheten komme til syne ved at IKT-utviklingen i helsesektoren har fulgt en «sti» der det har skjedd små, men stadige endringer, og at dagens strukturer og arbeidsmåter er preget av valgene som ble tatt da IKT ble introdusert som et verktøy og virkemiddel i helsesektoren.

Selv om organisasjoner kan være bundet av stivhengighet, kan de endres. Streeck og Thelen (2005) retter kritikk mot et endimensjonalt syn på institusjonell endring i eksisterende teori. Den ene typen det rettes kritikk mot, er avbrutt likevektsteori. I denne teorien, og annen litteratur som bygger på dette, dras det et skarpt skille mellom lange perioder med institusjonell likevekt, der disse periodene avbrytes av et eksogent sjokk der det kan skje mer eller mindre radikale reorganiseringer (Streeck og Thelen 2005: 1). Det eksogene sjokket avbryter altså likevekten, og impliserer at institusjoner enten holder seg stabile, eller endres

radikalt og plutselig. Den andre typen endring som har preget litteraturen, er institusjonell endring som inkrementalisme, der eksisterende mønstre opprettholdes over tid. Her kommer altså Streeck og Thelen på banen, med en videreutviklet modell der det vises at endring ikke trenger å skje brått for å transformere en institusjon. Figuren under viser fire typer endring, som skilles fra hverandre med hensyn til resultatet av endringen og hvordan endringsprosessen foregikk. Endringsprosessen kan enten være brå eller inkrementell, og resultatene blir enten kontinuitet eller ikke-kontinuitet, altså at institusjonen endres på en slik måte at den ikke fortsetter som før. Nedenfor vil det redegjøres nærmere for det som ligger i gradvis transformasjon. I dette ligger det at en institusjon endres gradvis, men betydelig.

		Resultatet av endring	
		Kontinuitet	Ikke-kontinuitet
Endrings- prosess	Inkrementell	Reproduksjon gjennom tilpasning - inkrementalisme	<i>Gradvis transformasjon</i>
	Brå	Overlevelse og tilbakevending	Sammenbrudd og erstatning - avbrutt likevekt

Tabell 2: Ulike typer institusjonell endring: prosess og resultat. Kilde: Streeck og Thelen (2005: 9).

Streeck og Thelen fremhever at endringer kan være både inkrementelle og transformative, og viser til fem ulike måter institusjoner kan endres gradvis, men likevel transformativt på. Dette skjer gjennom erstatning (displacement), sedimentering (layering), driv/flyt (drift), konvertering (conversion) eller utmattelse (exhaustion) (Streeck og Thelen 2005: 19).

Erstatning vil si at det eksisterer flere ulike institusjoner på samme tid, der disse er etablert på ulike tidspunkter. Over tid vil mindre institusjoner få økt relativ betydning, slik at de etter hvert erstatter dominerende institusjoner (Streeck og Thelen 2005: 31). Sedimentering eller layering innebærer at nye elementer legges til eksisterende institusjoner, og dette endrer gradvis institusjonens struktur. Denne typen endring betyr at de nye elementene ikke umiddelbart utfordrer de eksisterende strukturene, men «lever» side om side. Over tid kan de nye elementene vokse raskere og få støtte på bekostning av det gamle, og på denne måten gradvis transformere institusjonen. Driv, flyt eller drift vil si at en institusjons omgivelser er skiftende, og at institusjoner ikke opprettholdes automatisk. Dette skjer grunnet manglende «vedlikehold» av institusjonen, og den driver vekk fra opprinnelig betydning og mål. Endring gjennom konvertering vil si at en eksisterende institusjon tas i bruk på nye måter, og man legger nye formål til gamle strukturer. Man refortolker altså en institusjons formål og funksjon. Den siste inkrementelle, men transformerende endringstypen det pekes på, er

utmattelse eller exhaustion. Dette innebærer at institusjonen gradvis faller sammen og til slutt «utsletter» seg selv (ibid).

### **Forventninger**

Ut fra aspektene som knyttes til kulturperspektivet, der stivhengighet, passenhetslogikk og institusjonalisering er viktige begreper, ligger følgende forventninger til grunn for den videre analysen:

- IKT-utviklingen i helsesektoren er preget av valgene som ble tatt da IKT ble introdusert i sektoren, noe som har ført til en treg utvikling
- Organiseringen av e-helsefeltet på nasjonalt nivå har gjennomgått gradvise, men omfattende endringer
- Departementet opprettet Direktoratet for e-helse fordi det ble ansett som et naturlig steg videre i lys av en stadig mer spesialisert organisering av e-helsefeltet
- Opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et resultat av et gradvis behov for nasjonal styring

### **2.3.4 Myteperspektivet**

#### **Myter og isomorfi**

Myeteorier og kulturperspektivet skiller seg ved teoriens fokus på henholdsvis det like og det ulike ved organisasjoner. I myteperspektivet er det makroomgivelsene, og ikke organisasjonens distinkte historie og kultur, som påvirker organisasjoner og dermed beslutningsatferd i endringsprosesser. Viktige aspekter i disse teoriene er ideen om at aktørene har en felles forståelse av den sosiale virkeligheten og at ideer om hvordan organisasjoner bør utformes, spres mellom organisasjoner og institusjoner. Meyer og Rowan (1977: 346) skiller mellom to typer påvirkning fra en institusjons omgivelser, tekniske og institusjonelle omgivelser. De tekniske omgivelsene påvirker instrumentelle oppgaver, ressurser og avhengighet til andre aktører (Christensen m. fl. 2015: 210). Påvirkning fra de institusjonelle omgivelsene handler om at organisasjoner blir likere hverandre ved at organisasjonenes formelle struktur gjenspeiler de rådende oppfatningene i omgivelsene (Meyer og Rowan 1977: 346, Berger og Luckmann 1967). Her er konseptet som Berger og Luckmann kaller «the social construction of reality» viktig, og det knytter seg til det Krasner kaller vertikal dybde når det er snakk om institusjonalisering. Dette betyr at individers identitet i organisasjonen avgjøres av deres deltakelse i den sosialt konstruerte virkeligheten (Krasner

1988: 74). I denne sammenhengen kan det for eksempel bety at helseaktørene handler ut fra passenhetslogikk ved å velge digitalisering som virkemiddel for å oppnå helsepolitiske mål, fordi det er en utbredt oppfatning om at nettopp dette er det beste virkemiddelet.

De institusjonelle omgivelsene er altså viktig i myteteorier, og disse omgivelsene kan være opphav til det som kalles institusjonaliserte eller rasjonaliserte *myter* (Christensen m. fl. 2015: 75). Dette vil si at felles normer, verdier og forståelser blir allment akseptert og får en slags regelliknende karakter. Rasjonaliserte myter har to typiske kjennetegn. Før det første presenteres de som effektive redskaper eller virkemidler som kan brukes av organisasjoner for å nå mål på en effektiv måte. Dette innebærer en slags «ikke-vitenskapelig basert tro på at en organisasjonsoppskrift er begrunnet vitenskapelig og rasjonelt» (ibid: 77). For det andre er slike myter ofte institusjonaliserte, ved at de tas for gitt som effektive og moderne måter å organisere på. Myter er altså legitimerte oppskrifter, og de spres mellom organisasjoner gjennom for eksempel reformer. Denne mytespredningen innebærer at omgivelsenes påvirkning over tid vil gjøre organisasjoner likere hverandre. Dette betegner Meyer og Rowan (1977) som institusjonell isomorfi - mer strukturell likhet mellom organisasjoner. Denne tankegangen er en klar motsetning til kulturperspektivet, der det distinkte i hver organisasjon står sentralt, og der organisasjonens uformelle normer på sikt gjør organisasjonene mer ulike.

### **Moter og reformbølger**

Hvilke myter som spres og hvilke organisasjonsoppskrifter som anses som legitime i omgivelsene varierer over tid. Således kan vi se myter som «moter», der «alle» organisasjoner i en tidsperiode ønsker å implementere bestemte elementer, før trenden gjerne snur, og nye elementer blir ansett som det rette (Christensen m. fl. 2015: 76). Slike typiske trender kan være reformbølgen New Public Management (heretter NPM) som har preget reformer og reorganiseringer offentlig sektor siden 1980-tallet. NPM er ikke én myte eller oppskrift, men heller et relativt løst konsept som omfatter ulike elementer knyttet til organisering og reform av offentlig sektor (Christensen og Lægreid 2007: 17). Ulike NPM-idéer har spredt seg internasjonalt og de har direkte inspirert mange reformer i mange land (Pollitt og Bouckaert 2011: 14). De fleste reformforsøkene som kan betegnes som NPM-reformer har hatt liknende hovedmål - økt effektivitet og reduksjon i offentlige utgifter, mer brukerorientering og økt ansvarliggjøring av ledelsen (Christensen og Lægreid 2007: 17). Midler for å nå disse målene er gjerne inspirert av privat sektor og innebærer blant annet sterk horisontal og vertikal spesialisering, mer konkurranseutsetting og kulturelle aspekter som fokuserer på mer

brukervennlighet. De NPM-elementene som har fått størst utbredelse i norsk offentlig sektor er mål- og resultatstyring og strukturell fristilling (Christensen m. fl. 2015: 160).

Slike moter varer ikke evig og har en tendens til å utvikles videre eller snu i en annen retning. Spesialiseringstrenden som stod sterkt i NPM-inspirerte reformer, ga ofte fragmenteringsutfordringer og har derfor i mange tilfeller måtte bli fulgt opp med et større fokus på koordinering (Bouckaert f. fl. 2010a: 5). Økt spesialisering gir altså større behov for mer koordinering for å hindre at de spesialiserte enhetene, i dette tilfellet etater og direktorater, går sin «egen vei» der politisk og administrativ ledelse får mindre kontroll. Således er det en slags dynamisk sammenheng mellom spesialisering og koordinering – lengre perioder med spesialisering etterfølges av mer fokus på koordinering (Christensen og Læg Reid 2007: 19). Dette gir grunnlag for en ny reformtrend, post-New Public Management (heretter post-NPM), der det i større grad fokuseres på å rette opp problemene og utfordringene som NPM-inspirerte reformer og reorganiseringer har medført, ved å slå sammen enheter igjen eller reintegrere vertikalt spesialiserte enheter (Bouckaert m. fl. 2010a: 5). Det fokuseres på samhandling, og det er flere tydelige eksempler på post-NPM-inspirerte reformer under dagens Solberg-regjering, for eksempel kommunereformen, nærpolitireformen, samt forslag om å slå sammen høyskoler og universiteter. Disse reformene bærer preg av mål om effektivisering gjennom færre enheter, og sammenslåing og samhandling står sentralt. I tillegg er samhandlingsreformen av 2012 et annet eksempel på en reform som peker i retning av post-NPM med sitt fokus på nettopp samhandling. Vi ser altså at sammenslåinger og andre post-NPM-elementer har stått sentralt i reformer i offentlig sektor i Norge (og andre land) de senere årene.

### **Legitimitet i omgivelsene**

Når organisasjoner stadig blir likere hverandre og adopterer de til enhver tid gjeldende mytene, impliserer dette noen konsekvenser for organisasjonene (Meyer og Rowan 1977: 348). Det er for eksempel ikke nødvendigvis effektivitets- og resultathensyn som er det sentrale i beslutninger om reorganiseringer. Det hentes isteden elementer fra omgivelsene som er eksternt legitimert, og det blir viktigere å vise at organisasjonen er med på den gjeldende «moten» av for eksempel organisasjonsstrukturer, snarere enn å vise til konkrete resultater av de elementer som implementeres. På den måten skapes det et håp knyttet til reformen eller endringen, og dette kan kompensere for manglende resultater (Brunsson 2006: 203). Brunsson (2006) fremhever viktigheten av at organisasjonene fremstår slik de ønsker utad, for på den måten å oppnå legitimitet. For en offentlig organisasjon er det for eksempel viktig å skaffe

legitimitet fra befolkningen og Stortinget, og i dette tilfellet kan legitimitet forstås som omgivelsenes tro på at Helse- og omsorgsdepartementet, gjennom å opprette Direktoratet for e-helse, er handlekraftige (Christensen m. fl. 2015: 109).

Ved at organisasjoner henter elementer som anses som legitimt ifølge de gjeldende mytene, fremstår de som moderne og fremtidsrettet, og det er akkurat det de ønsker å oppnå. På denne måten oppnår organisasjonene altså legitimitet ved å implementere og imitere organisasjonsløsninger som anses som passende i omgivelsene, samtidig som de viser at deres organisering og struktur samsvarer med de gjeldende oppfatningene om hva som er moderne (Roness 1997: 76-77). Dette illustrerer hvordan passenhetslogikken også er førende innenfor myteteoriene, ved at aktørene velger sine handlinger utfra hva som anses som moderne og dermed passende.

Det bør imidlertid settes et skille mellom elementer knyttet til den formelle strukturen og faktisk atferd (Meyer og Rowan 1977: 341). Organisasjonsoppskriftene påvirker ikke nødvendigvis den faktiske atferden innad i organisasjonen, det er først og fremst strukturen organisasjonen viser som påvirkes. Dette kan vise seg ved at det satses stort på ulike myter, uten en vitenskapelig basert begrunnelse, i dette tilfellet e-helse som konsept og helsepolitisk virkemiddel.

### **Forventninger**

Følgende teoretiske forventninger er avledet fra myteperspektivet og ligger til grunn for den videre analysen:

- E-helse er en myte som spres mellom land og fører til institusjonell isomorfi
- Helse- og omsorgsdepartementet opprettet Direktoratet for e-helse for å vise handlekraft og endringsvilje
- Helse- og omsorgsdepartementet opprettet Direktoratet for e-helse fordi det ble ansett som en legitim løsning på utfordringene sektoren står overfor på e-helsefeltet

# 3 Metode

## 3.1 Introduksjon

I dette kapitlet presenteres oppgavens metodologiske tilnærming. Først vil det redegjøres for oppgavens forskningsdesign, der casestudiet presenteres og diskuteres i lys av denne studien. Deretter følger en presentasjon av oppgavens datainnsamlingsmetoder, før studiens reliabilitet og validitet vurderes avslutningsvis. Som nevnt innledningsvis bygger denne studien på en forskningsmetodisk tilnærming som kombinerer dokumentstudier og intervjuer. Hovedmaterialet er offentlige dokumenter, og disse dokumentene vil suppleres med informasjon fra intervjuer av eliteinformanter.

Studien har blitt meldt inn til, og godkjent av, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Personvern hensyn og andre formaliteter knyttet til innsamling og behandling av data har blitt håndtert i henhold til NSDs retningslinjer.

## 3.2 Forskningsdesign

### 3.2.1 Studiens formål

Ved utforming av forskningsdesign og valg metode, er det viktigste spørsmålet alltid hva formålet med studien er (Aberbach & Rockman 2002: 673). Formålet med denne studien er å få en større forståelse for IKT-utviklingen i helsesektoren og å få innsikt i hvilke faktorer som preget beslutningsprosessen knyttet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse. For å få til dette er det brukt en kvalitativ tilnærming, der offentlige dokumenter og intervjuer har blitt brukt for å samle inn nødvendig og tilstrekkelig datagrunnlag. I motsetning til en kvantitativ undersøkelse, som fokuserer på data basert på tall og brede forklaringer av statistiske fenomen, vil en kvalitativ undersøkelse avdekke andre mekanismer ved å fokusere på dybdekunnskap. Således vil en casestudie av opprettelsen av Direktoratet for e-helse kunne avdekke viktige mekanismer som var sentrale i beslutningsprosessen knyttet til reorganiseringen. Et slikt forskningsdesign er valgt for å komme tettere på hva som preget aktørene i beslutningsprosessen, slik at vi til slutt kan sitte igjen med forklaringer på hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet valgte å opprette Direktoratet for e-helse.

Denne studien har ikke som hovedformål å generalisere. Likevel tar studien sikte på kunne bidra til økt forståelse av hva som preger beslutningsprosesser knyttet til



reorganiseringer i sentralforvaltningen, og dermed kunne bruke funnene fra denne casestudien til å si noe mer generelt om beslutningsatferd i slike prosesser. Reformen og reorganiseringer er svært vanlig i offentlig sektor, det skjer stadig strukturelle endringer i departementer, direktorater og etater. Det å få en større forståelse av hva som påvirker beslutningstakere i slike prosesser er derfor teoretisk interessant og samfunnsmessig viktig, og noe vi bør etterstrebe å øke vår kunnskap om.

### 3.2.2 Casestudiet

Gerring (2007: 20) definerer casestudiet som «det intensive studiet av en enkelt case, der formålet med studien er – i det minste delvis – å belyse en større klasse av caser». Han argumenterer videre for at en case er et tilfelle eller et eksempel av *noe*, og i det ligger det at objektet vi studerer er en representant for en klasse, at det hører hjemme i et klart definert univers. Ut ifra en slik forståelse er det derfor helt sentralt å stille spørsmålet «hva er dette en case av?» (Levy 2008: 2). I denne studien er opprettelsen av Direktoratet for e-helse en case av reorganiseringer i sentralforvaltningen. Mer spesifikt er det et tilfelle av en oppsplitting av et direktorat. Videre peker Gerring (2007: 79–80) på at casestudiet er en studie av både det generelle og det spesifikke. På den ene siden ønsker jeg å gå i dybden av prosessen rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse og finne forklaringer på hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet vedtok å opprette et nytt direktorat. På den andre siden er målet å bidra til mer overordnet forskning på hva som påvirker beslutningsprosesser tilknyttet reorganiseringer i sentralforvaltningen. Samtidig vil jeg knytte de empiriske funnene fra denne undersøkelsen opp mot bredere teoretiske forventninger om hva som preger slike beslutninger. Dette betyr at analysen gjennomføres som en kongruensanalyse.

Kongruensanalyse er en tilnærming som fokuserer på samsvar – eventuelt mangel på samsvar – mellom empiriske funn og konkrete forventninger til funnene dedusert fra teorier (Blatter og Blume 2008: 319). En forutsetning for å kunne gjøre en slik analyse er at man har en eller flere teoretiske modeller man kan avlede empiriske implikasjoner fra. Dette gjøres deduktivt ved i forkant å presentere en rekke forventninger om hvilke empiriske observasjoner som - ifølge teoriene - vil vise seg i studiet av opprettelsen av Direktoratet for e-helse (ibid: 325). Dette skal så gi grunnlag for å trekke konklusjoner om ulike teories relevans eller relative forklaringskraft (ibid: 336). I avslutningskapittelet vil det derfor settes opp en tabell som viser de ulike teoriens forklaringskraft på ulike aspekter knyttet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

Kongruensanalyse krever bruk av et mangfold av teorier, noe som gjør denne tilnærmingen relevant i studier av reformer og reorganisering i offentlig sektor, særlig ved bruk av organisasjonsteori. Som redegjort for i forrige kapittel, ser vi at organisasjonsteorien kan deles inn i ulike perspektiver, der konkrete forventninger til funn i analysen av opprettelsen av Direktoratet for e-helse er lagt frem. De teoretiske perspektivene har mye å bidra med i analyse av slike prosesser, og de har en ulik forståelse av både organisasjoner, handlingslogikk og reorganiseringsprosesser. Dette gjør organisasjonsteori velegnet til kongruensanalyse.

### **Styrker og svakheter ved casestudiet**

Casestudiet er godt egnet til å forstå og forklare komplekse handlingsmønstre og prosesser (Andersen 2013: 25, Yin 2014: 12). Ved å få en dyptgående forståelse av kausalmekanismer gjennom ulike metoder for datainnsamling øker den indre validiteten, noe som er en klar fordel ved casestudiet i forhold til statistiske undersøkelser. Gjennom denne studien skal vi få en økt forståelse av prosessen rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse, og ved å få innsikt i mekanismene som var av betydning for beslutningen, skal vi forsøke å finne svar på hvorfor og på hvilket grunnlag beslutningen om opprettelsen ble tatt.

Det største problemet knyttet til casestudiet er knyttet til representativitet og generalisering, i motsetning til resultater fra statistiske undersøkelser. På tross av godt slutningsgrunnlag i den spesifikke casen, kan vi ikke si med sikkerhet at resultatene er representative for andre case i vår populasjon, noe som gir utfordringer knyttet til ytre validitet (Levy 2008). Når en bruker kongruensanalyse, er imidlertid generaliseringen tuftet på abstraksjon, der man trekker konklusjoner om ulike teories relative betydning basert på graden av samsvar mellom de teoretiske forventningene og de empiriske funnene fra casen (Blatter og Blume 2008). Dette betyr at generalisering til resten av populasjonen ikke er hovedformålet med denne studien, men heller å teste teoriene opp mot de empiriske funnene og dermed svekke eller styrke teoriens gyldighet. Videre har casestudiet en svakhet knyttet til reliabilitet, altså etterprøvbarehet av det empiriske grunnlaget og analysen. Likevel er det en del grep som kan tas for å øke reliabiliteten, noe som diskuteres nærmere senere i kapitlet.

### **Valg av case**

Tilfeldig utvalg står sentralt i de fleste statistiske undersøkelser. I liten-N-undersøkelser er det imidlertid bred konsensus om at tilfeldig utvelging skaper store skjevheter, og at denne type studier krever en teoriorientert utvelging av ikke-tilfeldige case (Levy 2008: 8, Keohane, King

og Verba 1994: 124-128, Gerring 2007: 87-88). Dette er særlig viktig når det gjennomføres en kongruensanalyse, der man velger studieobjektet utfra casens «sannsynlighet» for å møte forventningene til den dominerende teorien man bruker til å forklare de empiriske funnene (Blatter og Blume 2008: 336). Det gjennomføres altså en strategisk utvelgning, med systematiske vurderinger av hva som vil være mest interessant og relevant ut fra teoretiske og analytiske formål (Grønmo 2016: 103).

Valget av opprettelsen av Direktoratet for e-helse som case er derfor ikke tilfeldig, og er gjort av flere årsaker. For det første gjennomføres det en kongruensanalyse, og det var derfor sentralt å finne et case som kan analyseres ut fra et velutviklet teoretisk rammeverk. Valget ble derfor gjort basert på hva som typisk kan forklares og tolkes gjennom bruk av organisasjonsteori. Organisasjonsteori har sine styrker ved at de har ulike syn på hvordan offentlige organisasjoner fungerer, og hva som preger reformer og organisasjonsendringer. Med utgangspunkt i at den hierarkiske varianten av instrumentell teori anses som den dominerende teorien i denne studien, var det sentralt å studere en reorganisering med tydelige trekk av hierarkisk styring.

For det andre er formålet med denne oppgaven å si noe om utvikling, prosess og beslutningsgrunnlag. For å sikre at informantene fremdeles har prosessen i friskt minnet og kan dele så korrekt informasjon som mulig vedrørende hva som preget beslutningsprosessen, var det viktig å finne en relativt nylig reorganisering. For det tredje skal denne oppgaven ha en viss relevans utover denne casen, og det var derfor sentralt å finne en case som er unik, men som samtidig er godt plassert innenfor et teoretisk univers. Det skjer stadig endringer i sentralforvaltningen, og at direktorater og etater slås sammen, splittes opp, legges ned og opprettes er veldig vanlig. Opprettelsen av Direktoratet for e-helse er på bakgrunn av disse betraktningene en godt egnet case utfra temaet og formålet med denne studien.

En siste årsak er at opprettelsen av Direktoratet for e-helse er en interessant case i seg selv av to årsaker. Å kunne få større innsikt i sammenhengen mellom helse og digitalisering, og å se hvordan IKT i økende grad kan brukes til å tilby offentlige tjenester på helt andre måter, er meget interessant. Det organisatoriske er også interessant, da det er en noe utypisk case sett i sammenheng med de reorganiseringene som har skjedd de siste årene, både i helsesektoren og i offentlig sektor mer generelt. Vi har allerede vært inne på at de senere årene har vært en rekke reformer der det å slå sammen enheter har vært i fokus. Samtidig som Direktoratet for e-helse ble opprettet ble en rekke enheter innlemmet i Helsedirektoratet. Dette er mer i overensstemmelse med regjeringens effektiviserings- og avbyråkratiseringsreform og de større reformtrendene som har preget offentlig sektor de siste årene. At Direktoratet for e-

helse ble opprettet kan dermed virke overraskende, og det kan være interessant å studere hvorfor akkurat e-helse ble sett på som et så viktig felt at det måtte få et eget direktorat.

## **3.3 Datainnsamling**

### **3.3.1 Dokumentanalyse**

Hovedmaterialet i denne studien er offentlige dokumenter som omhandler e-helse. De mest sentrale kildene har blant annet vært stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal», nasjonale strategier og handlingsplaner, samt utredningen av «Én innbygger – én journal». Disse dokumentene har vært gjenstand systematisk gjennomgang, og hensikten med å gjennomgå innholdet i ulike relevante dokumenter, er å finne frem til relevant informasjon og viktige sammenhenger knyttet til fenomenet som studeres (Grønmo 2016: 175). De aktuelle dokumentene har derfor blitt studert systematisk på jakt etter informasjon som kan belyse temaet, og relevant informasjon har blitt gjengitt i den empiriske beskrivelsen. Disse dokumentene har blitt sett i sammenheng med hverandre, og har gitt en god forståelse av aktører, utfordringsbildet og problemdefinerings, samt visjoner og målsettinger i e-helsearbeidet.

Bruk av offentlige dokumenter innebærer at dataene er tilgjengelig for andre, noe som er en klar fordel ved å bruke dokumenter som datagrunnlag (Yin 2014: 106). Videre kan dokumentene være både spesifikke og brede, ved at de spesifikt går inn på detaljer rundt det vi studerer eller ved at de dekker en lang tidshorisont og dermed gir oss bred innsikt i fenomenet (ibid). Dokumentene som er brukt er både spesifikke og brede. Det spesifikke finnes for eksempel i handlingsplanene, som relativt detaljert beskriver strategiene for e-helse, samt i «Én innbygger – én journal» og utredningen av denne stortingsmeldingen. I de to sistnevnte dokumentene finnes riktignok også mer generell informasjon og kartlegging. Utredningen går blant annet gjennom den historiske utviklingen av IKT i helsesektoren slik at vi får en god oversikt over utvikling og viktige hendelser.

Utfordringer knyttet til bruk av dokumenter som datagrunnlag, er blant annet at det kan være vanskelig å finne dokumentene og at det blir en utvalgsskjevhet ved at en ikke velger ut de relevante dokumentene (Yin 2014: 106). Utfordringen knyttet til tilgjengeligheten av dokumentene er ikke relevant for denne studien. Alle dokumentene som er brukt er offentlige dokumenter som er fritt tilgjengelig fra regjeringens og Direktoratet for e-helse sine nettsider. Videre kan det tenkes å være en viss utvalgsskjevhet ved at noen dokumenter er

utelatt. Det kan være at det eksisterer dokumenter jeg ikke har kjennskap til, og som kan inneholde relevant informasjon, eller at det har blitt gjort vurderinger på feil grunnlag i valget om å utelate visse dokumenter. Likevel vurderes det skriftlige datagrunnlaget til å være tilstrekkelig til denne studiens formål, da de har gitt en meget god innsikt i IKT-utviklingen i helsesektoren, de utfordringer sektoren står ovenfor på e-helsefeltet, behovet for en sterkere nasjonal styring og organisering, samt mål og visjoner i e-helsearbeidet. Disse aspektene er sentrale i forståelsen av behovet for et eget e-helsedirektorat. Vurderingene av de ulike dokumentenes relevans er også delvis gjort på grunnlag av vurderinger gjort av Direktoratet for e-helse. På sine nettsider har de samlet relevante dokumenter innenfor strategi, handlingsplan, utredninger og målvisjoner, noe som underbygger mine egne vurderinger av hvilke dokumenter som er relevante i denne sammenheng. Det kan imidlertid være en utfordring at dokumentene ikke inneholder viktig og relevant informasjon knyttet til selve prosessen rundt beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. En hensiktsmessig løsning på dette problemet er derfor å supplere de skriftlige kildene med intervjuer av sentrale personer, for på den måten å få et større innblikk i hva som preget beslutningene som ble tatt.

### **3.3.2 Intervjuer**

Intervjuer er en veldig vanlig metode i kvalitative undersøkelser, og vil være viktig dersom en trenger informasjon om hva en gruppe mennesker tenker, hva de har gjort eller hva de planlegger å gjøre (Aberbach og Rockman 2002: 673). I denne undersøkelsen var det viktig å få innsikt i prosessen utover det som finnes i offentlige dokumenter. Mens dokumentene beskriver *hva* som har skjedd, kan man få større innsikt i *hvordan* og *hvorfor* ved å intervjuer personer som deltok i prosessen. En kan rette spørsmålene direkte mot akkurat det en ønsker svar på, og stille oppfølgingsspørsmål som vil være relevante for å besvare problemstillingen (Yin 2014: 106). I tillegg kan man få informasjon om for eksempel interne strider og uenigheter knyttet til prosessen, og hvilke løsningsalternativer som ble diskutert i beslutningsprosessen, noe en ikke får innsikt i gjennom dokumenter.

#### **Eliteintervjuer og valg av informanter**

Vi skiller gjerne mellom eliter og ikke-eliter når det gjelder informanter. Definisjonen av «eliter» er det ikke fullstendig konsensus om, men i statsvitenskapen anser man gjerne elitepersoner som innehavere av institusjonell autoritet (Rockman 2011: 1). Dette kan være

ledere eller eksperter på det feltet studien omhandler, og gjerne personer som besitter sentrale stillinger med mye makt (Kvale og Brinkmann 2009: 158).

I denne studien ble det vektlagt å få tak i elitepersoner som kunne gi utfyllende informasjon om prosessen rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Informantene er såkalte nøkkelinformanter, som vil si at de er «personer som antas å ha særlig god oversikt over og innsikt i et spørsmål forskeren ønsker å få belyst» (Andersen 2006: 279). På bakgrunn av deres kjennskap og tilknytning til prosessen, er derfor departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet intervjuet, sammen med tre personer i E-helseavdelingen i departementet. Disse tre er ekspedisjonssjefen, en underdirektør og en seniorrådgiver med ansvar for etatsstyringen av Direktoratet for e-helse. Disse personene kan regnes som eksperter på feltet, både ved deres involvering og kjennskap til prosessen, samt deres unike innsikt i behovet for et eget e-helsedirektorat. De er altså ikke plukket ut tilfeldig med det formål at de skal representere en større populasjon slik som er vanlig innenfor kvantitative studier, men heller valgt ut fordi de har en unik innsikt i prosessen som studeres. Utvelgingen skjedde basert på min egen og Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av hvem som vil kunne bidra med relevant og innsiktsfull informasjon om opprettelsen av Direktoratet for e-helse. For å få tilgang til informantene ble departementet kontaktet i desember 2016 med en kort beskrivelse av studien min og en forespørsel om å få komme i kontakt med departementsråden, ekspedisjonssjefen i E-helseavdelingen og andre sentrale personer for å gjennomføre intervjuer. Jeg fikk raskt svar om at de ønsket å stille til intervjuer, og gjennom kontaktpersonen som ble «oppnevnt» ble det avtalt å gjennomføre alle intervjuene på samme dag. Jeg dro derfor til Helse- og omsorgsdepartementets lokaler og gjennomførte intervjuene, som hadde en varighet på mellom 35 og 55 minutter. Da formålet med studien er å få innsikt i beslutningsgrunnlaget i *departementet* ble det ikke gjennomført intervjuer i Direktoratet for e-helse. Å gjennomføre intervjuer i Direktoratet for e-helse kunne riktignok ha gitt en enda dypere forståelse for behovet for dette direktoratet, og ikke minst tilføyd andre verdifulle synspunkter. Likevel vurderes de tre gjennomførte intervjuene i departementet som tilstrekkelig for å besvare problemstillingen.

### **Gjennomføring av semi-strukturerte intervjuer**

I kvalitativ forskning brukes oftest to typer intervjuer, semi-strukturerte intervjuer og ustrukturerte intervjuer (Bryman 2012: 469). Ustrukturerte intervjuer følger ikke en bestemt rekkefølge av temaer, spørsmål eller lignende, og intervjuet kan gjerne minne mer om en samtale. Semi-strukturerte intervjuer har på den andre siden et mer strukturert oppsett, gjerne i

form av en intervjuguide med mer eller mindre spesifikke temaer der spørsmålene stilles på omtrent samme måte til respondentene (ibid: 471).

I denne studien er det gjennomført semi-strukturerte intervjuer av flere grunner. For det første hadde jeg en klar forventning om hva jeg trengte svar på, og dermed var det viktig å formulere spørsmål som fanget opp disse aspektene. Spørsmålene ble derfor formulert med utgangspunkt i de teoretiske perspektivene, slik at svarene skulle være til hjelp for å svare på problemstillingen (Bryman 2012: 473). På den andre siden var det viktig at spørsmålene var såpass åpne at intervjupersonene kunne komme inn på andre aspekter, eller selv tolke spørsmålet og trekke frem det de anså som viktig. Det var derfor en viss åpenhet i de spørsmålene som ble stilt, og ved selve gjennomføringen ble ikke den fastsatte rekkefølgen fulgt slavisk. Selv om det kunne ha vært hensiktsmessig å følge den fastsatte rekkefølgen i intervjuguiden, var intervjuene meget fruktbare, og respondentene ga utdypende svar som førte til flere interessante refleksjoner. Dette veide opp for de eventuelle ulempene ved at det ble et avvik i rekkefølgen og i noen grad også spørsmålene. Likevel ble ett av intervjuene noe mindre strukturert enn de andre, blant annet fordi det var to intervjupersoner som ble intervjuet samtidig, og fordi intervjuet ikke foregikk på et stille kontor, men i midten av et kontorlandskap. Dette påvirket samtalen i relativt stor grad, kanskje aller mest fordi dette var overraskende på en uerfaren intervjuer. Dette gjorde at samtalen ble vinklet på litt andre måter enn hva som var tiltenkt, og det ble derfor et noe større avvik fra intervjuguiden enn i de to andre intervjuene. Likevel kom det frem mye nyttig informasjon i dette intervjuet, og det ble trukket frem interessante aspekter som ikke hadde blitt vurdert på forhånd. Oppsummert vurderes derfor intervjuene som gode, da de ga nyttige og verdifulle svar på de spørsmålene som ble stilt, og fordi de ga et godt innblikk i aspekter som ikke hadde blitt vurdert på forhånd.

### **3.4 Validitet**

Validitet og reliabilitet er begreper vi tradisjonelt finner i kvantitativ forskning, men som ikke alltid vært like sentralt innen kvalitativ forskning (Morse m. fl. 2002). Flere forskere har imidlertid pekt på viktigheten av at disse begrepene også skal vurderes i kvalitativ forskning (Golafshani 2003: 597, Morse m. fl. 2002: 13). Kort sagt handler validitet om datamaterialets relevans eller gyldighet for å besvare problemstillingen (Grønmo 2016: 241, Hellevik 2002: 183). Cook og Campbell har utarbeidet et validitetssystem for kvantitative undersøkelser, der det skilles mellom fire typer validitet: statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og

ytre validitet (Lund 2002: 104). På tross av at dette systemet er utviklet for kausale undersøkelser innenfor den kvantitative forskningstradisjonen, kan vi bruke deler av dette rammeverket på kvalitativ forskning. Statistisk validitet faller bort, da det ikke er relevant for en ikke-statistisk studie. Indre validitet handler om hvorvidt de sammenhengene som er påvist kan tolkes som en kausal påvirkning av uavhengig variabel på den avhengige variabelen (ibid: 106). Som nevnt har casestudiet sitt fortrinn ved at den indre validiteten ofte er høy fordi vi gjennom et casestudie kan avdekke komplekse kausalmekanismer. Det kan argumenteres for at denne studien har høy indre validitet av to årsaker. For det første har det blitt gjort en grundig gjennomgang av relevante dokumenter som gir innblikk i ulike aspekter knyttet til denne prosessen, og for det andre har disse dokumentene blitt supplert med semi-strukturerte intervjuer av eliteinformanter. Disse to metodene for datainnsamling har bidratt til å utdype forståelsen av casen, og særlig informasjonen fra intervjuene har gitt et godt grunnlag for de slutningene som har blitt trukket vedrørende årsaken til at Helse- og omsorgsdepartementet valgte å opprette Direktoratet for e-helse.

Begrepsvaliditet defineres av Cook og Campbell som at de relevante begreper som skal måles, faktisk blir målt (Lund 2002: 105). Dette forutsetter gode operasjonaliseringer av teoretiske konsepter, og vi kan se dette i sammenheng med Helleviks definisjonsmessige validitet (Hellevik 2002: 51). Han peker på at det må være samsvar mellom de teoretiske begrepene som er førende for formuleringen av problemstillinger og tolking av resultater, og arbeidet med innsamling og behandling av data. Begrepsbruken skal altså samsvare på disse to planene, og høy definisjonsmessig validitet uttrykker godt samsvar mellom disse begrepene. I denne studien vil begrepsvaliditet komme til uttrykk ved at det empiriske datagrunnlaget er tilstrekkelig for å svare på problemstillingen, som på sin side er formulert teoretisk, og vet at de ulike teoretiske begrepene er operasjonalisert godt nok slik at de kan brukes i analysen av datamaterialet og til å trekke gyldige slutninger. Begrepsvaliditeten er forsøkt ivare tatt gjennom grundige operasjonaliseringer av de ulike teoriene, blant annet gjennom presise teoretiske forventninger til de empiriske funnene. Videre ble intervjuguiden utformet på bakgrunn av teorien, ved at spørsmålene ble stilt ut fra de teoretiske forventningene, slik at intervjumaterialet skulle bli så relevant for å besvare problemstillingen som mulig.

Den siste validitetstypen i Cook og Campbells system er den ytre validiteten, og denne handler om generalisering til populasjonen (Lund 2002: 107). Det er her casestudiet har sin største ulempe, da vi ikke kan trekke sikre slutninger i universets populasjon ut fra funn i en enkeltcase. Universell gyldighet og generalisering er ikke hovedmålet med denne studien, og



således er det ikke den ytre validiteten som er viktigst å ivareta her. Ved at det gjennomføres en kongruensanalyse, knytter konklusjonene seg først og fremst til slutninger om de ulike teoriens relevans i møte med det empiriske grunnlaget (Blatter og Blume 2008: 336). Likevel benyttes det et sett velutviklede teorier og metoder som er brukt av andre forskere i studier av reorganiseringsprosesser i offentlig forvaltning, og implikasjonene fra disse teoriene testes i denne studien ut på et nytt datagrunnlag. Denne studien er derfor et bidrag til den brede forskningen på offentlig forvaltning og reorganiseringsprosesser, noe som gir studien en viss relevans utover denne casen. Studien gir blant annet gir innsikt i beslutningsatferden i denne prosessen, og dette kan tenkes å være gjeldene også i liknende reorganiseringsprosesser.

### **3.5 Reliabilitet**

Høy validitet forutsetter høy reliabilitet (Hellevik 2002: 53). Reliabilitet handler om pålitelighet og nøyaktighet, og vi kan vurdere god reliabilitet på bakgrunn av i hvilken grad en får de samme resultater når en studie gjentas med samme prosedyre, forutsetning og metode (Keohane m. fl. 1994: 25). Reliabilitet dreier seg altså om etterprøvbarehet, som handler om at studien skal være repliserbar. En forutsetning for dette er at det er stor grad av gjennomsiktighet knyttet til gjennomføring og valg tatt underveis. Ved at jeg har vært tydelig på disse valgene og viser hvilken fremgangsmåte som har blitt brukt til å skaffe datagrunnlaget, og i tillegg er åpen om kildene som er brukt – både dokumenter og informanter, styrkes studiens reliabilitet.

Dokumentene som er brukt i studien er offentlig tilgjengelige dokumenter, og det er derfor mest relevant å vurdere reliabiliteten i intervjuene. Ved at det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer, der informantene ble stilt omtrent samme spørsmål, kunne svarene sammenliknes. Selv om det var noe avvik fra intervjuguiden spesielt i det ene intervjuet, og det ble trukket inn en del andre aspekter, kom vi likevel inn på det som var mest sentralt, og svarene på de viktigste spørsmålene var derfor i stor grad sammenliknbare på tvers av intervjuene. Det var stor grad av samsvar mellom intervjupersonenes oppfatning av utfordringer, behov og løsninger, noe som styrker påliteligheten i studien.

For å etterstrebe god reliabilitet ble det brukt lydopptak under samtlige intervjuer, og intervjuene ble transkribert like etter. Dette sikrer pålitelighet og nøyaktighet i den dataen som brukes, fordi det gjør det mulig å lytte til intervjuene i etterkant og å lese gjennom det flere ganger. Andre fordeler med dette er at det tillater en grundigere gjennomgang av hva intervjupersonene har sagt, og at en ikke er begrenset av (selektiv) hukommelse (Bryman

2012: 482). De sitater som er brukt er godkjent av intervjupersonen, og intervjupersonen fikk tilsendt konteksten sitatet er plassert i, for å sikre riktig tolkning av det personen har sagt. Dette styrker også reliabiliteten. Oppsummert vurderes reliabiliteten i denne studien til å være god.

# 4 Empiri

## 4.1 Introduksjon

Dette kapittelet beskriver ulike aspekter som er viktige for å kunne forstå hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet valgte å opprette Direktoratet for e-helse, og vil besvare studiens deskriptive problemstillinger. Først blir det et kort historisk tilbakeblikk der det redegjøres for utviklingen av IKT i helsesektoren. Deretter beskrives den nasjonale styringen av e-helsefeltet gjennom nasjonale handlingsplaner og strategier. Dette følges av en beskrivelse av hvordan e-helsefeltet har utviklet seg med hensyn til strukturell organisering, før det redegjøres for sentrale utfordringer knyttet til IKT i helsesektoren. Deretter vil internasjonale e-helseerfaringer beskrives for å sette den norske utviklingen i en internasjonal kontekst. Til slutt vil aspektene som informantene trakk frem vedrørende prosessen som ledet frem til opprettelsen av Direktoratet for e-helse redegjøres for.

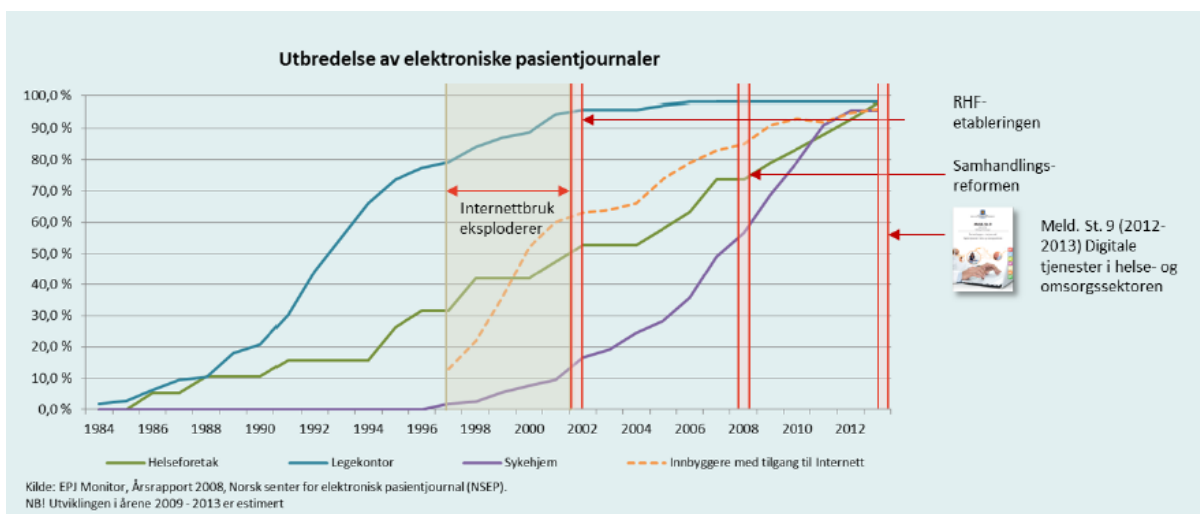
## 4.2 Historisk utvikling av IKT i helsesektoren

IKT ble tatt i bruk i helsesektoren på 1980-tallet og på denne tiden handlet digitaliseringsprosessen om å erstatte papirjournalen, og IKT var «begrenset til å være et dokumentasjonsverktøy» (Helsedirektoratet 2014a: 4). Sammenlikner vi oss med andre land var vi tidlig ute med å ta i bruk IKT i helsesektoren, og i dag er utbredelsen av elektroniske pasientjournaler relativt god i alle deler av sektoren (ibid). De siste 5-10 årene har utviklingen blomstret internasjonalt, og vi ser at IKT kan bli brukt på helt andre måter enn bare å erstatte papirjournalen. Der IKT tidligere ble sett på som en støttefunksjon med det formål å holde dokumentasjon og helseopplysninger à jour, ser vi nå at IKT kan bli en avgjørende forutsetning for å kunne levere helsetjenester som både er trygge og av høyest mulig kvalitet (ibid). E-helse er således ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å få til ønskede endringer i helse- og omsorgssektoren. Velfungerende e-helseløsninger kan derfor være avgjørende for helsepolitisk måloppnåelse på flere områder (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b).

På tross av at Norge var tidlig ute med å ta i bruk IKT i helsesektoren og har fått god utbredelse av EPJ, henger vi nå etter de ledende miljøene når det gjelder bruk av mer avanserte IKT-løsninger (Helsedirektoratet 2014a: 4). En konsekvens av dette er at det kan

være vanskelig å garantere for høy pasientsikkerhet, da tjenestekvaliteten ikke kan opprettholdes og videreutvikles. Dette vil utdypes nærmere i kapittel 4.4.

Ifølge utredningen av «Én innbygger – én journal» har IKT-utviklingen i norsk helsesektor foregått i fire faser (Helsedirektoratet 2014a: 22). Frem til 1996 lå fokuset på å ta i bruk elektroniske pasientjournaler (EPJ). Det ble tatt utgangspunkt i lokale behov, der hver enhet selv utformet rutiner for å erstatte papirjournalene med EPJ, og det var lite fokus på samhandling mellom enheter. I neste fase, som pågikk i årene 1996-2002, eksploderte bruken av internett. Mot slutten av denne perioden hadde nesten 65% av befolkningen tilgang til internett og over 95% av fastlegene hadde tatt i bruk EPJ. Det gikk imidlertid relativt sakte på sykehus og helseforetak, kun 50% av sykehusene brukte EPJ, og papirjournalene var enda ikke erstattet. I denne perioden økte fokuset på samhandling mellom enheter, og man utviklet tjenester for meldingsbasert samhandling. I perioden 2002-2008 ble de regionale helseforetakene (RHF) etablert, og eierskapet til offentlige sykehus ble flyttet fra fylkeskommunalt til statlig nivå. I 2004 ble statsforetaket Norsk Helsenett etablert, og dette var for å sikre en «enhetlig utvikling og sterkere gjennomføringsevne knyttet til samhandling» (ibid: 23). Norsk Helsenett sitt oppdrag er å levere nasjonal IKT-infrastruktur som skal være sikker, robust og hensiktsmessig (Norsk Helsenett u.d.). Denne perioden preges videre av intern konsolidering av IKT i de regionale helseforetakene, og ved slutten av perioden hadde hele 98% av fastlegene tatt i bruk EPJ, mens omtrent 25% av helseforetakene fremdeles ikke hadde erstattet papirjournalene (Helsedirektoratet 2014a: 23). Figuren under illustrerer utviklingen i bruk av elektroniske pasientjournaler på legekontor, helseforetak og sykehjem, og viser samtidig utviklingen i antall innbyggere som har tilgang til internett.



Figur 1: Utbredelse av elektroniske pasientjournaler. Kilde: Helsedirektoratet 2014a: 22.

Utredningen av «Én innbygger – én journal» skisserer en siste periode fra 2008-2013. Utviklingen har imidlertid fortsatt i samme retning og med samme fokus mellom 2013 og til i dag, og det legges derfor videre til grunn av vi fremdeles befinner oss i denne fasen. Her legges fokus på å løse manglende samhandling, både horisontalt og vertikalt (mellom primær- og spesialisthelsetjenesten), og dette kommer tydelig frem i samhandlingsreformen som ble lagt frem som et styringsdokument i 2008 og senere implementert fra 1. januar 2012. Med denne reformen skal samhandlingen i helsesektoren forbedres og helsetilbudet skal bli bedre og mer helhetlig (Helsedirektoratet 2017). Målet med reformen er «bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte», og strategiene som skal brukes er å forebygge fremfor bare å reparere, pasienter skal få hjelp tidlig og tjenester skal flyttes nærmere der folk bor (Helsedirektoratet 2017, Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Ulike ledd og enheter i sektoren skal jobbe bedre sammen, det skal bli en sterkere brukermedvirkning fra pasientene, og kommunene får et større ansvar for tjenestene. Et mer koordinert og helhetlig helsetjenestetilbud skaper behov for IKT-støtte på tvers av enheter og forvaltningsnivåer, og dagens e-helsearbeid fokuserer blant annet på å legge til rette for løsninger og IKT-tiltak som kan understøttes både av dagens, og fremtidige behov for informasjonsdeling (Helsedirektoratet 2014b). Med utgangspunkt i det store antallet pasienter som er avhengig av en fungerende samhandling mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten, forstår vi at velfungerende IKT-løsninger som legger til rette for sikker og effektiv informasjonsutveksling må være på plass for å nå viktige helsepolitiske mål om pasientsikkerhet, brukeren i sentrum og en bedre og mer helhetlig helsetjeneste.

For å oppsummere ser vi at digitalisering i stor grad har preget helsesektoren helt siden EPJ ble tatt i bruk på legekontorer på 1980-tallet. Ved hjelp av figur 1 ser vi at bruk av EPJ utviklet seg relativt jevnt gjennom hele perioden for helseforetakene, mens vi ser en kortere og raskere utvikling hos legekantorene og sykehjemmene, der bruken fikk en rask oppgang fra henholdsvis rundt 1990 og rundt 2003. Den generelle utviklingen viser uansett en tydelig overgang til digitale løsninger i hele sektoren, der fokuset i første omgang var på lokal implementering av IKT-løsninger. Etter hvert skiftet fokuset over til samhandling og man begynte å se på de muligheter som ligger i IKT som helsepolitisk virkemiddel. Dette henger også sammen med IKT-utviklingen i resten av samfunnet, der digitalisering og elektroniske tjenester i større og større grad tas i bruk i alle sektorer.

## 4.3 Nasjonal styring og organisering av IKT-utviklingen

### 4.3.1 Nasjonale strategier og handlingsplaner

Frem til 1996 var den nasjonale styringen av IKT i helse- og omsorgssektoren begrenset (Helsedirektoratet 2014a: 23). I oktober 1996 ble den aller første handlingsplanen for IKT i sektoren lagt frem (Sosial- og helsedepartementet 1996). Handlingsplanen fikk navnet «Mer helse for hver bIT» (1997-2000) og fem hovedmål ble satt på agendaen i denne handlingsplanen: «å øke helsepersonellens kompetanse for bedre diagnoser og behandling», «å forenkle rutiner for ajourføring og lagring av informasjon for å få bedre tid til pasienten», «bedre kommunikasjon mellom ulike ledd for å få bedre koordinering og samhandling», «å fremme god informasjon til pasienten» for å gi pasienten mer makt, og «å ivareta fullgod informasjonssikkerhet for å ivareta forsvarlig og effektiv pasientbehandling og et sterkt personvern» (ibid).

Ut ifra disse målene kan vi se at det var et fokus på å institusjonalisere IKT som et verktøy i hverdagen for helsepersonell, og for å sikre en bedre helsetjeneste. Som tidligere nevnt eksploderte internettbruken i denne perioden, og det var viktig for helsesektoren å få på plass trygge og sikre rutiner for informasjonssikkerhet og det generelle IKT-arbeidet. «Foreløpig er det ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan IT bør og kan anvendes i den daglige, praktiske virksomheten i helsesektoren», står det skrevet i handlingsplanen, og det er nettopp dette som preger denne periodens fokus når det gjelder IKT. Man så at IKT kunne utnyttes som et sentralt virkemiddel i sektorens utvikling, og at det kunne gjøre helsetjenesten mer effektiv, blant annet ved at helsepersonell brukte mye tid på rent faktisk å lete etter papirjournalene, noe elektroniske pasientjournaler kunne hindre. En viss skepsis var likevel å skimte: «det er dog en utfordring å sikre at helsepersonellet alltid er mer opptatt av pasienten enn av PC-en» (Sosial- og helsedepartementet 1996). Allerede i denne handlingsplanen pekes det på at befolkningen har en økende grad av modenhet når det gjelder IKT. Dette gir økt bruk av, og forventninger til IKT også i helsesektoren (ibid).

Samhandling fremheves som et av hovedmålene i «Mer helse for hver bIT» og det pekes på at «samhandling i alle deler av helsesektoren, med pasienten i fokus, er et viktig helsepolitisk mål» og at hvordan sektoren forvalter informasjon «vil ha stor betydning for sektorens evne til utvikling og omstilling i tiden som kommer» (Sosial- og helsedepartementet 1996). Likevel er det *kommunikasjon* som står sentralt i samhandlingen, ikke nødvendigvis det vi i dag anser som samhandling, der det handler mer om at aktørene skal samarbeide

snarere enn bare å utveksle informasjon. I perioden der denne handlingsplanen ble lagt frem, var det fremdeles opp til hver enkelt enhet å få på plass tilfredsstillende IKT-løsninger, det var altså fokus på lokal implementering fremfor nasjonale løsninger (ibid). Samhandling ut fra dagens betydning var derfor ikke i fokus i den første handlingsplanen, noe som fremstår som ganske naturlig med tanke på at det å sikre fungerende og sikre IKT-løsninger vil være hovedfokuset i første omgang. Det er likevel viktig å merke seg at samhandling settes på agendaen allerede i denne første handlingsplanen, da samhandling har blitt viktigere og viktigere i den videre utviklingen. De påfølgende handlingsplanene har for eksempel kort sagt én fellesnevner: samhandling. Slik sett kan det argumenteres for at «Mer helse for hver bIT» har satt føringer for den videre utviklingen av IKT i helse- og omsorgssektoren.

Etter «Mer helse for hver bIT» har det blitt gitt ut fem handlingsplaner, Si @! (2001-2003), S@mspill 2007 (2004-2007), Samspill 2.0 (2008-2013), og de to seneste handlingsplanene med noe mindre spennende navn – «Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014-2016» og «Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022». Disse planene skisserer ulike tiltak som skal sørge for bedre elektronisk samhandling på tvers av aktører og forvaltningsnivåer i sektoren (Helsedirektoratet 2014a).



Figur 2: Nasjonale handlingsplaner.

I handlingsplanen «Si @!» i perioden 2001-2003 fokuseres det sterkere på elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, og de målene og tiltakene som skisseres skal «stimulere til elektronisk samhandling som styrker og effektiviserer samarbeidet internt i sektoren, bedrer kontakten med brukerne, og styrker kvaliteten på tjenestene» (Helsedirektoratet 2014a: 23). Det fokuseres ikke på IKT-utviklingen i de enkelte enhetene i sektoren, fokuset er heller på samhandling mellom disse enhetene. Målene som skisseres er blant annet at et nasjonalt helsenett skal legge grunnlaget for elektronisk samhandling mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasient. I tillegg skal elektronisk samhandling i en mye bredere skala realiseres, og det blir økt pasientfokus (ibid: 23).

Neste strategiplan, «S@mspill 2007» i perioden 2004-2007, hadde en visjon om et helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid (Helsedirektoratet 2014a: 24). Dette skulle gjøres ved konsentrasjon på to hovedsatsinger, styrking av informasjonsflyten i sektoren og å inkludere nye aktører i det elektroniske samarbeidet (Helsedepartementet og Sosialdepartementet 2004). Å kunne styrke informasjonsflyten

forutsetter kontinuerlig arbeid med informasjonsstruktur, informasjonssikkerhet, EPJ og meldingsutveksling, noe som er avgjørende for elektronisk samarbeid på tvers av aktører og forvaltningsnivåer (ibid: 3). Inkludering av nye aktører handlet om at det elektroniske samarbeidet i hovedsak var mellom helseforetak, legekontorer og trygdeetaten, og at helt sentrale aktører som pasienter og den kommunale helsetjenesten måtte inkluderes tettere i samarbeidet. Noen av målene som skal nås i denne perioden og som skisseres i strategiplanen er å fullføre innføringen av EPJ i alle helseforetakene, konsolidere utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling og å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene ved å gi helsepersonell enkel tilgang til informasjon og kunnskap (Helsedirektoratet 2014a: 24).

I 2008 ble planen «Samspill 2.0» lansert for perioden 2008-2013, der visjonen om et helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samhandling ble videreført fra «S@mspill 2007». Strategien bærer preg av at målene i foregående strategier bare delvis var nådd, og fokuset var derfor å realisere disse målene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008: 8). Det pekes på at videreutvikling også er viktig, men denne skal skje gradvis, og nye tjenester skal ikke prioriteres før de kortsiktige målene er realisert. Strategien bygger på tre viktige pilarer: «realisering og konsolidering fremfor helt nye visjonære mål», «strammere styring og forpliktende deltakelse» og «sterk lokal forankring». Strategiplanen peker på at den nasjonale styringen av IKT-feltet både generelt og i helse- og omsorgssektoren gjerne har basert seg på «myke» virkemidler, slik som anbefalinger fremfor krav. Det kommer frem at dette fokuset må skiftes, og at det er tid for «tydeligere styring i ønsket retning» (ibid: 23). Her nevnes flere gjennomføringsstrategier, for eksempel i form av krav eller mer tydelighet fra nasjonale myndigheter knyttet til mål om mer koordinering og samordning på viktige områder.

Enkelte av tiltakene i «Samspill 2.0» videreføres i planen «Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014-2016)». Noen av målene som gjelder for perioden 2014-2016 er som følger:

- Etablering av porteføljestyring av alle nasjonale e-helsetiltak
- Hver enkelt pasient skal ha anledning til å involveres i prosesser og beslutninger om egen helse
- Helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger
- IKT skal utnyttes for å sikre en fremtidsrettet helse- og omsorgssektor

Disse målene skal bidra til å sikre en felles, helhetlig, koordinert og forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet 2014b: 3). Det legges stor vekt på felles målbilder og at IKT-utviklingen i sektoren skal bli mer sammenhengende, blant annet ved at



alle sektorovergrepene tiltak skal behandles nasjonalt. Det har vært en manglende felles styringslinje på IKT-feltet i sektoren, og for å bøte på dette har det blitt opprettet flere nasjonale arenaer, for eksempel E-helsegruppen og Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (ibid: 10). Videre pekes det på at digitale løsninger vil bidra til oppnåelse av helsepolitiske mål som kvalitet, brukeren i sentrum og effektiv ressursbruk. Spesielt i kombinasjon med en kontinuerlig utvikling og kompetanseheving, ser vi at e-helse fremdeles ikke anses som et mål i seg selv, men et virkemiddel på veien mot pasientenes helsetjeneste.

I april 2017 ble den nyeste handlingsplanen for e-helse, «Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022», lansert. Planen beskriver tiltak som skal bidra til å realisere mål som er fastsatt i «Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022», og det pekes på seks strategiske områder som skal prioriteres i planperioden (Direktoratet for e-helse 2017a: 9). Fire av områdene er funksjonelle strategiske områder: 1) digitalisering av arbeidsprosesser, 2) bedre sammenheng i pasientforløp, 3) bedre bruk av helsedata og 4) helsehjelp på nye måter. Disse områdene flyter delvis over i hverandre, men det første området er knyttet til samhandling innenfor et felles IKT-system, mens det andre området handler om samhandling mellom organisasjoner som bruker ulike IKT-systemer. De to siste områdene pekes på som «grunnleggende forutsetninger for å realisere funksjonalitet på tvers i sektoren: 5) felles grunnmur for digitale tjenester og 6) nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne (ibid). Denne planen er den første som inkluderer mål og tiltak knyttet til organisering av den nasjonale styringen av e-helseområdet. Dette følger av det økte fokuset på nettopp nasjonal styring i forbindelse med opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

De nasjonale planene har mye til felles. Vi ser likevel en tydelig utvikling fra fokus på lokal konsolidering av IKT-løsninger i den aller første planen, til et mye større trykk på samhandling, felles nasjonale løsninger og en sammenhengende IKT-utvikling i de siste planene. Det har for øvrig vært stor grad av samsvar mellom mål og retning i nasjonale strategier og regionale mål og strategier, selv om det i begynnelsen var fokus på lokale snarere enn nasjonale løsninger (Helsedirektoratet 2014a: 139).

### **4.3.2 Organisering av e-helsefeltet**

Organiseringen av e-helsefeltet har over tid utviklet seg til å bli større og større, samtidig som det har blitt en økende grad av spesialisering både i Helse- og omsorgsdepartementet og i Helsedirektoratet. På departementsnivå ble den første enheten knyttet til IKT opprettet i

Sosial- og helsedepartementet i 1999, da «Seksjon for IT og forvaltning» ble opprettet som en del av administrasjonsavdelingen i departementet (NSD). Enheten var i utgangspunktet opprettet som seksjon for etatsstyring i 1995, men ble omorganisert og endret navn i 1999 (ibid). Senere, nærmere bestemt i 2014, ble «Seksjon for E-helse» nyopprettet som en del av administrasjonsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet 2014 (ibid). Seksjonens oppgaver var blant annet knyttet til oppfølging av stortingsmeldingen «Én innbygger - én journal» og utredningen av denne, eResept, IKT-infrastruktur, EPJ og meldingsutveksling. Denne enheten ble flyttet vertikalt i juni 2016, og ble gjort om til «Avdeling for e-helse». Avdelingen er blant annet ansvarlig for gjennomføringen av digitalisering i helse- og omsorgssektoren, har etatsstyringsansvaret for Direktoratet for e-helse, og er en sentral aktør når det kommer til å koordinere Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler på e-helsefeltet (Regjeringen 2017). At e-helse ble gjort om til en egen avdeling innebærer at e-helse nå blir representert i ledergruppen i departementet, noe som betyr at feltet dermed får økt oppmerksomhet (informant).

På direktoratsnivå skjedde det en tilsvarende utvikling, men som flere av informantene var inne på, var utviklingen enda tydeligere i Helsedirektoratet. Det ble bygget et større og større fagmiljø på IKT-feltet, og i 2010 ble e-helse etablert som en divisjon (Divisjon for e-helse og IT) i Helsedirektoratet (informant). Divisjonen hadde et tredelt ansvar: 1) å være fagdirektorat for Helse- og omsorgsdepartementet på IKT-politiske spørsmål, 2) ledelse og styring av nasjonale oppgaver knyttet til standarder og retningslinjer på IKT-feltet, og 3) utvikling og drift av nasjonale felleskomponenter som blant annet eResept og kjernejournal (Helsedirektoratet 2014a: 110). Med dette fikk e-helse en mer markant rolle i direktoratet.

Over tid har det vært bygget opp et bredere oppgavefelt i Helsedirektoratet, og arbeidsoppdraget til divisjonen ble utvidet til stadig å omfatte nye områder, noe som førte til at divisjonen vokste raskt fra 2010-2013 (informant). Senere ble det gjennomført en ytterligere spesialisering, ved at det ble opprettet en egen divisjon for e-helse (Helsedirektoratet 2015). Det var denne divisjonen som var utgangspunktet for opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

Etter hvert ble det et sterkere fokus på å rendyrke de ulike rollene i Helsedirektoratet, og som flere av informantene er inne på, så «forkludret» e-helse den rendyrkede helsefaglige rollen til Helsedirektoratet. E-helse vokste fort og la press på de øvrige divisjonene i direktoratet, og som en informant pekte på, så gjorde «[...] størrelsen og kontrollspennet at den divisjonen genererte mye, mye mer arbeid i Helsedirektoratet enn nesten alle de andre divisjonene til sammen». En annen informant kom inn på det samme og beskrev det som

følger: «*det [e-helse] passet ikke helt i Helsedirektoratet [...] og det er nesten grenser for hvor mye oppmerksomhet man kan be helsedirektøren ha til å drive med teknologiutvikling*».

I januar 2016 ble altså e-helsefeltet ytterligere spesialisert ved at Divisjon for e-helse i Helsedirektoratet ble skilt ut til Direktoratet for e-helse. Samtlige informanter pekte på at dette steget var et naturlig steg videre av flere grunner. For det første var det viktig å sende et signal til aktørene i helsesektoren om at e-helsefeltet har særskilt oppmerksomhet (informant), og at IKT-utviklingen skulle ligge i et myndighetsorgan i direkte linje til departementet, slik at man sikrer en god, nasjonal styring av utviklingen (informant). Videre ble det vektlagt å skille rollene, og at det var vesentlig å ha to ulike aktører med hver sine roller – Helsedirektoratet skulle ha den rendyrkede helsefaglige rollen, mens det nye direktoratet skulle jobbe mer konkret med teknologiutvikling og prosjektledelse (informant). En annen informant pekte på at opprettelsen av Direktoratet for e-helse ble sett på som et naturlig steg videre i lys av det økende omfanget og de nye oppdragene som Divisjon for e-helse hadde i Helsedirektoratet. Divisjonen hadde kommet opp i rundt 200 ansatte ved opprettelsen av det nye direktoratet, og «*da hadde vi fått et miljø som på en forsvarlig måte kunne begynne å bære ansvaret for å drive frem mer nasjonale prosesser*» (informant). E-helse har altså vært en voksende oppgave på nasjonal nivå, og den nasjonale styringen av e-helsefeltet har bestått av «*en del skritt, der opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et av de største og tydeligste i siste runde*» (informant).

Det nye Direktoratet for e-helse er altså et fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet (Direktoratet for e-helse 2017c). Direktoratets visjon er et enklere helse-Norge, og det har to hovedoppgaver: «*Å sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljøer og interesseorganisasjoner*» og «*å realisere og forvalte digitale løsninger som forbedrer og forenkler helse- og omsorgssektoren*» (ibid). Direktoratet skal være en pådriver for gode e-helseløsninger, og har blant annet ansvar for å iverksette politikk på e-helsefeltet, å sørge for fungerende nasjonale styringsmodeller, å gjennomføre nasjonale utredninger og analyse av e-helsefeltet, utarbeide og følge opp nasjonale handlingsplaner for e-helse og å ivareta tverrsektorielt og internasjonalt samarbeid på IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren (ibid).

## 4.4 utfordringer

Det mest sentrale dokumentet i dagens e-helsearbeid er Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal» som viser retningen og definerer de overordnede målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse 2016). Hovedmålene som skisseres i denne meldingen er 1) at «helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger gjennom hele behandlingsløpet», 2) at «innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester» og 3) at «data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning» (Meld. St. 9 (2012-2013): 10). Disse tre målene er det tydelige oppdraget til Direktoratet for e-helse (informant), og målene ble operasjonalisert i «Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014-2014», som var den gjeldende planen da direktoratet ble opprettet (Helsedirektoratet 2014b).

I utredningen av denne stortingsmeldingen beskrives 10 hovedutfordringer knyttet til IKT i helse- og omsorgssektoren som må adresseres for å kunne realisere målene i «Én innbygger – én journal» (Helsedirektoratet 2014a: 5). Utfordringene er av fem ulike karakterer: 1) «Utfordringer relatert til å understøtte helsepersonell med sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger», 2) «Utfordringer relatert til å gi innbyggerne tilgang til enkle og sikre digitale tjenester», 3) «Utfordringer relatert til tilgjengeliggjøring av data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning», 4) «Utfordringer i dagens arkitektur (samhandlings- og kommunikasjonsarkitektur, samt sikkerhetsarkitektur, personvern og informasjonssikkerhet)», 5) «Utfordringer i dagens organisering, styring og finansieringsmodell» (ibid: 5). Disse utfordringene har alle vært med på å skape et behov for en sterkere nasjonal styring gjennom et eget e-helsedirektorat, men den videre beskrivelsen vil fokusere mest på utfordringene knyttet til organisering og styring av IKT-utviklingen.

De utfordringer som relaterer seg til å understøtte helsepersonell med sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger handler kort sagt om ikke-optimale IKT-systemer som skaper ineffektivitet. Informasjonsstrukturene og IKT-systemene hemmer arbeidsflyt og helhetlige pasientforløp fordi viktige pasientopplysninger befinner seg i ulike systemer, noe som særlig kommer til syne når ulike enheter skal samhandle. Informasjonen er ustrukturert, og samarbeidet både på tvers av avdelinger i samme virksomhet og mellom ulike virksomheter går derfor tregt. Helsepersonell opplever derfor at det kan være umulig å få tilgang til relevante pasientopplysninger i behandlingssituasjonen, og at den samme informasjonen må registreres flere ganger i ulike systemer (Helsedirektoratet 2014a). Dette legger store begrensninger for effektivisering og rasjonalisering. Manglende muligheter for å kunne dele

pasientinformasjon både horisontalt og vertikalt skaper også dårlig kontinuitet for pasienter som må ha kontakt med flere enheter i helsetjenesten (ibid: 7). Konsekvensen er ofte at pasienten selv er informasjonsbæreren, og dette kan føre til at innbyggerne opplever ineffektive helsetjenester. Dagens EPJ lagrer ikke all relevant informasjon om pasientene, noe som også er svært utfordrende (ibid: 10). Store informasjonsmengder behandles lokalt i informasjonssystemer som ikke «snakker» med andre systemer, noe som gjør at helsepersonell er nødt til å henvende seg til flere steder for å kunne få nødvendig og tilstrekkelig pasientinformasjon. Dette er igjen tidkrevende, ineffektivt og har et stort forbedringspotensial.

Når det gjelder utfordringer som handler om å gi innbyggerne tilgang til sikre og enkle digitale tjenester, så pekes det på at det finnes få slike tjenester (Helsedirektoratet 2014b: 11). Den spredte og ustrukturerte informasjonen i IKT-systemene setter store begrensninger for videreutvikling av digitale tjenester tilpasset individer, for eksempel pasientmedvirkning og koordinering av informasjon. At pasienten kan medvirke i behandlingsløpet anses som absolutt grunnleggende for å kunne oppnå trygg pasientsikkerhet (ibid). Flere av informantene pekte på det økte fokuset på «patient empowerment», og i de nasjonale handlingsplanene helt siden 2000-tallet har nettopp dette vært på agendaen. Likevel eksisterer det ikke IKT-løsninger som gjør at pasientene selv kan holde seg oppdaterte og informerte om eget behandlingsløp, ei heller muligheter for å kunne medvirke eller ta beslutninger om valg av behandling (ibid). For helsepersonell betyr dette at de må bruke unødvendig mye tid på administrative oppgaver som enkelt kunne ha blitt gjort elektronisk av pasientene selv. Dette gjør at en viktig forutsetning for den best mulige behandlingen ikke er tilstrekkelig tilstede. Konsekvensene er at det er vanskelig å nå mål om en mer aktiv pasient- og brukerrolle, og for innbyggere kan helsetjenesten oppfattes som lite servicerettet, gammeldags og ineffektiv (ibid: 12).

Utfordringer som knytter seg til tilgjengeliggjøring av data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning dreier seg om at dagens IKT-løsninger og informasjonsstrukturer hindrer enkel og automatisk tilgjengeliggjøring av data som kan brukes til kvalitetsforbedring, styring og forskning (Helsedirektoratet 2014b: 13). Ledelse og styring av helsetjenesten baserer seg på mål- og resultatstyring og handler om måloppnåelse ut fra budsjett. I en kompleks sektor som helse- og omsorgssektoren bør også kliniske resultater, kvalitet og effektivitet i pasientbehandling også være avgjørende styringsparametere, men dette er ikke mulig slik systemene er utformet nå. At databehandlingsansvaret er delt, gjør at det «er krevende å få til et felles og koordinert løft når

det gjelder IKT-løsninger for innrapportering, analyse og bruk» (ibid). Sykehus kan ikke sammenliknes basert på resultater i ulike behandlingsopplegg fordi det ikke er mulig å skaffe dokumentasjon på ulike sykehus sine resultater, noe som fører til begrensede muligheter til å lære av hverandre.

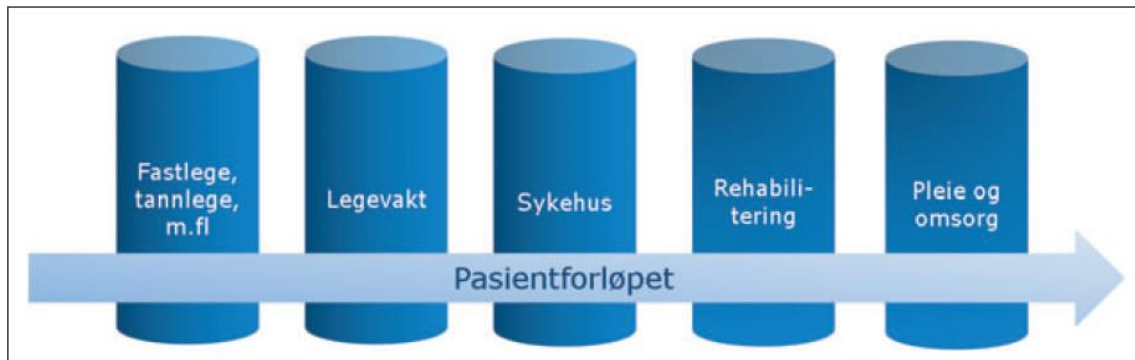
Utfordringer i samhandlings- og kommunikasjonsarkitektur, sikkerhetsarkitektur, personvern og informasjonssikkerhet dreier seg om dårlig endringsevne, og om vesentlige mangler når det gjelder å ivareta personvern og informasjonssikkerhet (Helsedirektoratet 2014b: 13). Dårlig endringsevne gjør at det er vanskelig å få til nye tjenester for deling av informasjon, IKT-løsningen støtter kun informasjonsutveksling med små datamengder. Dette betyr at større data, som for eksempel deling av bilder (røntgen eller lignende) eller fullstendige pasientjournaler, fremdeles gjøres fysisk ved at informasjonen deles via papir, CD eller lignende (ibid). Denne utfordringen har også kommet frem i media, for eksempel i Dagbladet i 2015. De publiserte en artikkel med tittelen «Én av fem fastleger mottar pasientdata på diskett», der det pekes på at mye informasjon fremdeles deles ved gammeldagse måter. Problemet kommer av de ulike IKT-systemene og de individuelle måten å føre journal på (Dagbladet 2015). Dette medfører ofte store påkjenninger for pasienter, som må vente lengre på da det er kritisk informasjon som bruker lang tid på å komme frem til mottaker.

Når det gjelder mangel på ivaretagning av personvern og informasjonssikkerhet, så legger dette begrensninger på den informasjonen som kan deles mellom virksomheter, samt mellom helsetjenesten og pasientene (Helsedirektoratet 2014b: 13). Personvern er fundamentalt for tillitt mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, og brudd på personvernrettigheter er svært alvorlig. Derfor er det viktig med IKT-verktøy som sikrer trygg behandling av personopplysninger, og dagens IKT-løsninger utnytter ikke de muligheter som ligger i teknologien (ibid). Teknologiske fremskritt gjør det mulig å gi pasienter mer selvbestemmelse, gjøre informasjon mer tilgjengelig og legger til rette for en aktiv pasientrolle. Systemene er imidlertid ikke tilpasset teknologien, og konsekvensen er at det er svært utfordrende å åpne opp for enkel og sikker informasjonsdeling uten at dette går på bekostning av, eller svekker, personvern og informasjonssikkerheten.

Det pekes også på at «ingen av dagens norske og nordiske leverandører tilbyr funksjonalitet på linje med de ledende systemene internasjonalt» og videre at «dagens norske og nordiske leverandører mangler finansiell styrke og utviklingskapasitet til å gjennomføre det funksjonelle løftet som er nødvendig for å lukke det funksjonelle gapet mellom dagens situasjon og ambisjonsnivået gitt i Meld. St. 9 (2012-2013)» (Helsedirektoratet 2014b: 18).

En av informantene trekker frem enkelte amerikanske helseorganisasjoner som ledende på dette feltet, der disse private aktørene leverer helsetjenester til *«like store eller større befolkninger som i Norge. De leverer tjenester til både primær- og spesialisthelsetjenesten og har vært sentre for utvikling av nye IKT-systemer for helsetjenester som er de beste i verden»* (informant). I Norge blir denne situasjonen ytterligere forverret fordi helse- og omsorgssektoren ikke er samordnet når det gjelder videreutvikling og bestilling av ny funksjonalitet. Det er en veldig krevende oppgave å oppgradere IKT-løsningene i sektoren, blant annet fordi teknologien over tid har utviklet til stadig å bli mer kompleks. Samtidig har arbeidsprosesser og –rutiner innarbeidet seg hos de ulike aktørene, og dette må tas hensyn til i endringsarbeidet (Helsedirektoratet 2014b: 18). Konsekvensene av dette er at helsepersonell ikke har tilgang til IKT-systemer med funksjonalitet på høyeste nivå, noe som skaper en mistillit til dagens systemer, også fordi systemene ikke gir muligheter for å innfri forventningene pasienter og samfunnet har til tjenestelevering. For samfunnet er konsekvensen høye kostnader ettersom de fleste norske leverandørene ikke har kunder utenfor Norge, noe som betyr at alle kostnader knyttet til utvikling faller på det norske markedet. Et isolert norsk marked for IKT-løsninger gjør det vanskelig å konkurrere internasjonalt fordi vi blir hengende etter de ledende internasjonale miljøene som har større økonomisk handlerom for innovasjon og utvikling. For pasientene innebærer dette lavere kvalitet på tjenestene de mottar, og det kan gi dårligere kliniske resultater enn det som kunne ha blitt oppnådd ved å bruke internasjonalt tilgjengelige IKT-systemer (ibid).

Utredningen av *«Én innbygger – én journal»* peker videre på en del utfordringer knyttet til hvordan IKT-feltet var styrt, organisert og finansiert før Direktoratet for e-helse ble opprettet (Helsedirektoratet 2014b: 15). Styringsmodellen gir lav gjennomføringsevne fordi IKT-utviklingen i sektoren er lite koordinert, og det er mangel på en tydelig, enhetlig styringsmodell med *«finansielle virkemidler som kan sikre en felles porteføljestyling på sektorovergripende IKT-tiltak»* (ibid). Dette gjør at helsetjenesten fremstår som svært fragmentert, og det blir så godt som umulig å få til kommunikasjon og utveksling av data mellom systemene og enhetene, da disse er formet som «siloeer». Som en av informantene så fint sa det: *«På 90-tallet var samordningsproblemet hovedproblemet man stod i, og det er det fortsatt [...] alle sitter i hver sin bås og har sine journalsystemer som fungerer innenfor sin verden»*. Denne mangelen på styring og samordning har også gitt finansielle konsekvenser, ved at samfunnet har blitt påført store utgifter knyttet til innkjøp og drift av ulike IKT-løsninger (Helsedirektoratet 2014b: 16).



Figur 3: Pasientforløpet illustrert som «siloer». Hver silo inneholder egne IKT-løsninger og pasientinformasjon. Kilde: Meld. St. 9 (2012-2013).

En felles organisering er i noen grad brukt som virkemiddel de siste 5 årene, for eksempel ved at Divisjon for e-helse i Helsedirektoratet har hatt ansvar for å samordne IKT-tiltak horisontalt og vertikalt i sektoren (Helsedirektoratet 2014b: 16). De har også hatt ansvaret for større implementeringsprogram som eResept, Kjernejournal og Digitale innbyggertjenester, men de har ikke hatt et utvidet mandat, ei heller virkemidler for å styre de ulike aktørene, og derfor har det vært vanskelig å stille krav til aktørene, krav som kunne ha sørget for effektiv og koordinert gjennomføring av ulike IKT-tiltak (ibid). Denne mangelen på virkemidler er en utfordring flere av informantene peker på som en viktig årsak til at helsesektoren trenger et eget direktorat for e-helse, som har myndighet og tilstrekkelig med virkemidler til å kunne samordne og koordinere de ulike aktørene i sektoren.

Videre sørger organiseringen av IKT-løsningene i sektoren for dårlig utnytting av potensialet som ligger i stordrift (Helsedirektoratet 2014b: 17). Forventninger knyttet til systemfunksjonalitet øker hos helsepersonell, men når hver enhet i helsesektoren selv er ansvarlig for egne IKT-løsninger blir det vanskelig å komme fremover og holde tritt med den raske teknologiutviklingen. Mange kommuner mangler rett og slett gjennomføringsevne til å håndtere et stort IKT-løft, gjennomsnittsverdien for antall årsverk i kommunenes IKT-avdelinger er 6,7, noe som betyr at vedlikehold og utvikling av systemene håndteres av et fåtall personer (ibid). Mange kommuner løser dette med å samarbeide med andre kommuner, men også dette impliserer et behov for mer standardisering og samhandling for å få til store funksjonelle IKT-løft. En av informantene trekker frem denne utfordringen og understreker at det er god dialog mellom departementet og KS (Kommunesektorens organisasjon) på dette feltet, og at KS har ytret et ønske om at staten skal ta ledelsen på styringen av IKT-utviklingen i sektoren for å få til bedre nasjonale løsninger. Også i årsrapporten til Direktoratet for e-helse for 2016 pekes det på at samarbeidet med kommunesektoren er



styrket og at sektoren uttrykker et tydelig ønske om samstyring på e-helseområdet (Direktoratet for e-helse 2017d: 5).

Den politiske bevisstheten rundt e-helse som politisk virkemiddel øker stadig, og med det stilles det sterkere krav til at e-helse og de investeringer dette medfører må legitimeres (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b). Det har i mange land vært et gap mellom forventede og empirisk dokumenterte nytteeffekter av e-helse, noe som har vært en utfordring for å få til store tiltak (ibid: 35). I utredningen av «Én innbygger – én journal» pekes det på at flere studier viser manglende dokumentasjon av nettopp nytteverdien i e-helseinvesteringer. Det er imidlertid viktig å merke seg at det ikke fremkommer av disse studiene at e-helse *ikke* bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet, men at det foreløpig mangler objektiv, vitenskapelig støtte for påstander om at det fungerer (ibid). Investeringer i nasjonale e-helseprosjekter kan absolutt være positivt og en god investering, men den manglende dokumentasjonen kan være en forklaring på at flere innovative prosjekter ikke får den forventede oppslutningen.

For å få oppslutning er det sentralt at alle aktørene som skal samhandle ser en klar nytte av e-helse. Ut fra intervjuene som er gjennomført, tyder det riktignok på at det er en økende grad av samstemthet rundt satsingen på e-helse, og en informant beskriver det på følgende måte: *«Alle har erkjent at det er et behov for sterkere nasjonal styring. [Det var en] aha-opplevelse etter hvert at aktørene selv erkjente at staten måtte komme på banen, ta beslutninger og ta styringen».*

#### **4.4.1 Kritikk fra Riksrevisjonen**

I sin undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i 2014, retter Riksrevisjonen kritikk mot Helse- og omsorgsdepartementet på flere områder knyttet til styringen av IKT-utviklingen. Hovedfunnene i undersøkelsen var som følger:

- Meldingsutvekslingen mellom helseforetak, kommuner og legekantor kjennetegnes fremdeles av mye bruk av papir
- Det er klare svakheter i departementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling
- Departementets virkemiddelbruk har ikke vært tilpasset mål, status og utfordringer på området

Riksrevisjonen peker på at ikke alle aktørene har tatt i bruk eller utviklet IKT-løsninger som skal erstatte papir, og at en del av den elektroniske meldingsutvekslingen som foregår

innenfor og mellom helseenheter skjer ved bruk av lokale eller regionale løsninger som ikke følger nasjonale standarder (Riksrevisjonen 2014: 8). Det rettes kritikk mot at departementet ikke har fastsatt felles krav om innhold, format og struktur for de elektroniske meldingene som skal sendes mellom de ulike helseforetakene, noe som både kompliserer sending av informasjon mellom enheter som har ulike IKT-løsninger og som svekker kvaliteten på den informasjonen som sendes. Dette kan igjen svekke pasientsikkerheten ettersom det er en økende sannsynlighet for at mottaker av den ustandardiserte meldingen ikke oppfatter innholdet korrekt (ibid).

Undersøkelsen viste videre at teknisk status blant de ulike aktørene i sektoren, og sentrale konsekvenser av tiltakene som ble skissert i handlingsplanen «Samspill 2.0» ikke ble kartlagt systematisk av departementet i forkant av planperioden 2008-2013 (Riksrevisjonen 2014: 9). Kunnskap om tekniske og organisatoriske forutsetninger hos aktørene ble i liten grad fremskaffet, og Riksrevisjonen mener derfor at Helse- og omsorgsdepartementet «ikke hadde et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å innrette egnede virkemidler for å følge opp målene» (ibid). Departementet blir også kritisert for sin styringsinformasjon om både status og utvikling på IKT-området i perioden 2008-2012, der det pekes på at departementet ikke har hatt god nok informasjon om hverken bruk av elektroniske meldingstyper eller hvorvidt den meldingsutvekslingen som foregikk, ble utført i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur.

Det siste hovedfunnet dreier seg om departementets virkemiddelbruk, og det pekes på at ambisiøse mål er avhengig av en sterkere virkemiddelbruk enn hva som har vært tilfellet (Riksrevisjonen 2014: 10). Det har ikke blitt stilt formelle krav til alle aktørene om at de skal ta i bruk elektronisk meldingsutveksling i sin samhandling, noe som innebærer at de ulike aktørene selv har hatt ansvaret og beslutningsmyndighet til å bestemme hvilke IKT-løsninger som skal tas i bruk og når disse løsningene skal innføres. Slik fragmentert ansvarsfordeling har ført til at aktørene selv velger hvorvidt de vil prioritere innføring av elektronisk meldingsutveksling, og dette gjør at løsningene blir ulike. Dette er utfordringer som også ble gjort grundig rede for i utredningen av «Én innbygger – én journal», og som samtlige informanter også pekte på. Helsedirektoratet har ikke kunne utøve ansvaret for å få aktørene til å innføre elektronisk meldingsutveksling og IKT-løsninger som samsvarer med nasjonale prioriteringer og mål, og når slike løsninger krever kostbar teknologi, indikerer denne undersøkelsen at aktørene mangler insentiver til å være tidlig ute med slike investeringer (ibid). Det er derfor behov for en sterkere virkemiddelbruk fra departementets side for å sikre mer standardiserte løsninger, raskere utvikling i innføringen av elektronisk meldingsutveksling og avvikling av rutiner som foregår på papir. Gjennom sterkere

virkemiddelbruk skal det sørges for at aktørene har tilstrekkelige insentiver til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling og andre IKT-løsninger, og Helsedirektoratet bør utvikle alle nasjonale standarder for meldingsutveksling mellom aktørene i helsetjenesten (Riksrevisjonen 2014: 12).

Informantene peker på at kritikken til Riksrevisjonen var riktig, men at den kom noe sent. Kritikken var altså riktig på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, men da saken var til behandling i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité, var målene nådd (informant). Rapporten ble derfor ansett som en bekreftelse på at det måtte skje endringer, og som en informant sa: «Den [rapporten til Riksrevisjonen] er med på å illustrere hvorfor vi trenger en sterkere statlig styring og koordinering». En annen informant var inne på det samme, og forlenget argumentet med å peke på at det å opprette Direktoratet for e-helse ble et naturlig ledd i det videre arbeidet med å løse de utfordringer som departementet selv og Riksrevisjonen identifiserte.

## 4.5 Internasjonale erfaringer

De siste 20 årene har de fleste land initiert nasjonale e-helsestrategier (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015c: 8). For eksempel ble det i Europakommisjonens første handlingsplan for e-helse (2004-2012) initiert at alle medlemslandene skulle utvikle nasjonale e-helsestrategier, og dette målet ble nådd (ibid). Flere av informantene er inne på at nettopp dette er tilfellet, og at tankesettet rundt e-helse er relativt likt rundt om i Europa, særlig når det gjelder mål, visjoner og IT-strategier.

Som et ledd i utredningen av «Én innbygger – én journal» er det gjort en analyse av e-helseerfaringer i 13 land for å sette den norske utviklingen i en internasjonal kontekst. Eksemplene som er gjenstand for analyse er hentet fra «nasjonale programmer, eller fra regioner og helsesystem der omfang og størrelse på tjenesteproduksjon er sammenlignbart med norske forhold» (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015c: 8). Det er stor variasjon i organiseringen av helsesektoren, men landene har mye til felles når det kommer til e-helseambisjoner og andre helsepolitiske målsettinger. Det pekes for eksempel på at ambisjonsnivået i de nåværende e-helsestrategier i mange land i stor grad samsvarer med de visjoner og målsettinger som løftes frem i «Én innbygger – én journal». Dette kommer også en av informantene inn på, og som han sier, så er «det her med "Én innbygger- én journal" ikke noe spesielt norsk, det er veldig internasjonalt».

E-helseprogrammene og de nasjonale strategiene har ikke kommet fordi e-helse er et mål i seg selv. Den økte satsingen på e-helse er et ledd i bredere politiske visjoner om et bedre og mer helhetlig helsesystem, økt kvalitet og pasientsikkerhet, tilgang til helsetjenester og informasjonsutveksling på tvers av organisatoriske grenser (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015c: 7). Rundt 2000 var effektivitet og kostnadsbesparelser et vanlig argument for innføring av e-helse, men i dag fokuseres det i mye større grad på at e-helse kan bidra til å nå helsepolitiske mål om økt kvalitet, pasientsikkerhet, bedre samhandling og pasienten i sentrum (ibid: 8).

#### 4.5.1 Tre faser i internasjonal e-helsestrategiutvikling

Gjennom analysen av de internasjonale erfaringene er det identifisert en fasedelt utvikling i landenes e-helsestrategier (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 8). Det viser seg å ha vært «en konsolidert utvikling i ambisjonsnivået for nasjonale e-helseprosjekter gjennom tre faser – digitalisering, informasjonsdeling, og sosioteknisk integrasjon» (ibid: 13).



Figur 4: Fasedelt utvikling i landenes e-helsestrategier de siste 30 årene. Kilde: Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b.

Perioden 1990-2000 var preget av digitalisering der papirjournaler erstattes med EPJ-systemer (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 8). De nordiske landene, Skottland og New Zealand var tidligst ute og utviklingen i disse landene var i stor grad samsvarende med denne periodens utvikling i Norge, som redegjort for ovenfor. I flere av landene så man at primærhelsetjenesten fortsatt hang etter i utvikling, implementering og utstrakt bruk av digitale løsninger (ibid). I de fleste landene ble denne perioden preget av lite koordinert og sentralstyrt IKT-utvikling, og en konsekvens av dette er at det ble utviklet informasjonssiloer der hver enhet selv utviklet IKT-systemer og –løsninger og pasientinformasjon. Det er altså ikke bare Norge som har kommet i denne situasjonen, med de utfordringer dette medfører. En implikasjon av dette vil kunne være at landene etter hvert sammenlikner seg og ser til hverandre for løsninger på nettopp denne utfordringen.

I årene 2000-2010 stod informasjonsdeling og elektronisk samhandling sentralt, ettersom de fleste enheter hadde installert EPJ-løsninger (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 8). Fokuset skiftet dermed over til det potensialet som finnes i

informasjonsutveksling mellom enheter, og mange land tok grep om den tidligere sporadiske e-helseutviklingen. Dette skjedde gjennom utarbeiding av nasjonale e-helsestrategier og etablering av nasjonale styringsstrukturer, der strategisk og operativ myndighet ofte ble delegert til direktorat eller kompetansesenter. I flere land ble arbeidet med å etablere infrastruktur for elektronisk meldingsutveksling satt i gang, og flere typer meldinger, for eksempel henvisninger og epikriser, ble digitalisert og standardisert. Dette er også tiåret der landene utviklet nasjonale e-helsearkitekturer som skulle muliggjøre digital deling av pasientopplysninger og helseinformasjon i mye større grad enn tidligere (ibid).

Det pekes på at det foreløpig siste steget i den internasjonale IKT-utviklingen er sosioteknisk integrasjon, og dette handler om å ta i bruk teknologi for å nå helsepolitiske mål om pasientsikkerhet og økt kvalitet i helsetjenestene, samt om samhandling der pasienten er i fokus (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 10). Dette innebærer at relevante pasientopplysninger og annen informasjon skal være lett tilgjengelig og data skal struktureres for å muliggjøre gjenbruk til for eksempel styring og forskning, noe som gjenspeiler to av hovedmålene i «Én innbygger – én journal». Dette medfører store og omfattende endringsprosesser i mange av landene, der integrasjon mellom teknologisk og organisatorisk utvikling står sentralt (ibid). Nå er ikke fokuset lengre utelukkende på etablering av løsninger for informasjonsdeling, men fokuset flyttes til hvordan man kan bruke IKT som et virkemiddel for å realisere helt nye måter å utøve helsetjenester på. IKT sees i større grad som *muliggjørende*. Dette poenget kommer også frem i et av intervjuene, der informanten trekker frem at IT ikke bare er et rent verktøy, men et virkemiddel som i stor grad vil endre organisering og måter å jobbe på.

Landene har gjort seg en del erfaringer knyttet til bruk av IKT-løsninger for informasjonsdeling og elektronisk samhandling og dette legger grunnlaget for videre helsetjenesteinnovasjon. Igjen kommer poenget om at e-helse ikke er et mål i seg selv, men et middel til helsepolitisk måloppnåelse, frem. Det pekes også på at behovet for et felles løft i sektoren anerkjennes, at alle aktører må delta hvis landene skal kunne komme videre og se gevinster av den elektroniske samhandlingen (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 10). Dette er også et sentralt poeng i den norske e-helseutviklingen, og som nevnt er det helt sentralt å skaffe oppslutning om den økende satstingen på e-helse. Tenkningen rundt e-helse i Europa er altså i stor grad sammenfallende, tross noe ulikhet i selve organiseringen av feltet.

## 4.6 Prosessen som ledet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse

Parallelt med den utviklingen som har skjedd på IKT-feltet i helsesektoren og de utfordringene som har vokst frem, har det blitt en økende erkjennelse av at IKT er et nyttig verktøy for å nå helsepolitiske mål, samtidig som det har blitt et stadig tydeligere behov for sterkere nasjonal styring av e-helsefeltet (informanter). Samtlige informanter peker på at prosessen som til slutt førte til opprettelsen av Direktoratet for e-helse har vært lang og gradvis, og at det startet i Helsedirektoratet for mange år siden, som da var under ledelse av dagens departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet. Det var ikke tegn til at den utfordrende situasjonen knyttet til IKT-utviklingen ville bedre seg, på tross av at handlingsplanene som ble lansert mot slutten av 90-tallet skulle forbedre IKT-systemene i helsesektoren (informant). En annen informant kommer inn på noe av det samme vedrørende digitaliseringstiltakene som har blitt implementert i sektoren: «[...] digitalisering blir viktigere. Det skjer, og det skjer feil i sektoren». Det ble derfor bred og økende erkjennelse av at noe måtte gjøres, og en av informantene trakk frem tre årsaker til at det måtte gjøres endringer. For det første fordi det var for lite IKT-kompetanse på nasjonalt nivå, og for det andre fordi det generelt var for lite oppmerksomhet knyttet til IKT i sektoren. Den tredje og kanskje viktigste årsaken trekkes frem av samtlige informanter, og er opphav til mange av de utfordringene som allerede er trukket frem. Alle aktørene i helsetjenesten er ansvarlig for å anskaffe og forvalte sine egne IKT-systemer, og det at helsesektoren består av rundt 17000 selvstendige aktører, førte til et behov for å jobbe tettere med mer sentraliserte IKT-løsninger (informant).

Samtidig som det blir økende grad av erkjennelse av at noe må gjøres, vokser e-helsefeltet i både Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, og den organisatoriske utformingen av feltet blir stadig mer spesialisert, som vist i delkapittelet om organiseringen av e-helsefeltet. Behovet for sterkere nasjonal styring økte, og det foregikk flere diskusjoner om hvordan dette skulle løses (informant). Det var imidlertid bred støtte om behovet for sterkere nasjonal styring, både politisk og ute blant de ulike helseaktørene. Informantene pekte på to alternative løsninger til å opprette Direktoratet for e-helse: å la e-helsefeltet være i Helsedirektoratet, eller å gi økt myndighet til statsforetaket Norsk Helsenett SF. Flere av informantene pekte på at det var sentralt at e-helsefeltet skulle være organisert i et *myndighetsorgan*, og at det derfor innebar en del begrensninger knyttet til en styrking

Norsk Helsenet SF. Dette alternativet ble derfor raskt utelukket, og de videre diskusjonene dreide seg derfor om hvorvidt e-helsefeltet skulle skilles ut eller beholdes i Helsedirektoratet (informanter).

Diskusjonene knyttet til hvorvidt e-helsefeltet skulle skilles ut eller beholdes i Helsedirektoratet foregikk først og fremst internt i byråkratiet (informant). Det ble argumentert for at det å skille ut IKT-delen kunne være problematisk, da dette kunne svekke den helsefaglige forankringen i den videre IKT-utviklingen (informant). Som en informant beskrev det: «*det [opprettelsen av Direktoratet for e-helse] var et naturlig steg videre, men motargumentet [...] er at hvis du flytter teknologene for seg selv, er de da godt nok forankret i det fagmiljøet de skal utvikle løsninger for?*». Likevel ble det vurdert at IKT-feltet ble for stort i Helsedirektoratet og at det tok fokuset bort fra de øvrige divisjonene (informant). Det ble derfor et behov for å trekke e-helse ut av Helsedirektoratet, men fremdeles sikre et tett samarbeid mellom det nye direktoratet og fagmiljøene. Som nevnt var det et vesentlig poeng å organisere e-helse i en direkte linje under departementet, og samtlige informanter trakk frem at det var naturlig å organisere det i et myndighetsorgan. Én pekte på at det ikke var noe annet alternativ enn å ha et eget direktorat for e-helse, «*det måtte vi ha*».

Opprettelsen av dette direktoratet strider også mot regjeringens effektiviserings- og avbyråkratiseringsreform, da en etablering av et nytt direktorat innebærer en økning i byråkratiet, snarere enn en avbyråkratisering. Likevel anses dette fagfeltet som så viktig at det skal ha særskilt oppmerksomhet i årene som kommer (informant). En av informantene peker på at departementet ikke har blitt kritisert av politiske aktører for at opprettelsen innebærer mer byråkratisering, nettopp fordi det er enighet om at det er viktig med en økt satsing og nasjonal styring av IKT-utviklingen i helsesektoren. Dette trekkes også frem av Helse- og omsorgsministeren i sin tale ved åpningen av det nye direktoratet: «*La meg gjøre det helt klart at det ligger ikke naturlig for en Høyrestatsråd å etablere nye direktorater. Men, det er med god grunn vi er her i dag*» (Høie 2016).

Beslutningsprosessen knyttet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse har altså vært gradvis, og det var en beslutning som først ble fattet internt i Helse- og omsorgsdepartementet (informant). Deretter ble forslaget lagt frem for politisk ledelse internt, før det ble presentert for regjeringen i revidert nasjonalbudsjett (Innst. 360 S (2014-2015): 132). Det var stor politisk enighet om dette grepet, og det var ingen negative mindretallsmerknader knyttet denne beslutningen (informant, Inst. 360 S (2014-2015): 133).

# 5 Analyse

## 5.1 Introduksjon

Forrige kapittel gikk gjennom det empiriske datagrunnlaget og besvarte studiens to første problemstillinger:

- 1) *Hva kjennetegner IKT-utviklingen i helsesektoren fra 1980-tallet og frem til i dag?*
- 2) *Hva kjennetegner prosessen knyttet til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse? Hvilke problemer og løsninger ble trukket frem av aktørene?*

Nå vet vi altså mye om hvordan IKT-utviklingen har foregått, hva som har kjennetegnet denne utviklingen og hvilke utfordringer dette har ført til. Vi har også fått økt kunnskap om hva som ble vektlagt ved beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse, hvilke utfordringer som trekkes frem som de mest sentrale, ulike løsningsalternativer som ble diskutert som potensielle løsninger på disse utfordringene, samt behovet for et eget e-hesledirektorat. Men hvordan kan dette forstås og forklares med utgangspunkt i organisasjonsteori?

Dette kapitlet er organisert med utgangspunkt i de teoretiske perspektivene som er beskrevet i kapittel 2. Kapitlet begynner derfor med en instrumentell analyse av IKT-utviklingen i helsesektoren, organiseringen av e-heslefeltet, samt aktørenes problem- og løsningsdefinering. Deretter følger en analyse ut fra det kulturelle perspektivet, før problemstillingene analyseres ut fra myteperspektivet. Til slutt vil selve beslutningen analyseres ut fra de tre perspektivene. Denne delen vil svare på om opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et resultat av hierarkisk styring, et gradvis økende behov for nasjonal styring eller et ønske om å oppnå legitimitet, og vil se på det dynamiske forholdet mellom perspektivenes forklaringspotensiale knyttet til beslutningen.

## 5.2 Det instrumentelle perspektivet

### 5.2.1 IKT-utviklingen

IKT-utviklingen i helsesektoren, som begynte på 1980-tallet, kjennetegnes av et sterkt fokus på lokal implementering og digitalisering av pasientjournaler de første 20 årene. Det store fokuset på lokal autonomi knyttet til valg av IKT-løsninger har etter hvert vist seg å gi store



utfordringer på e-helsefeltet. Siden slutten av 1990-tallet har utviklingen vært preget av et stort fokus på samhandling mellom aktører, og det har blitt en økende erkjennelse blant aktørene om at nasjonale myndigheter må på banen og sørge for nasjonal styring og koordinering. Sett i lys av disse utfordringene, til hvilken grad kan vi si at IKT-utviklingen har vært preget av en rasjonell konsekvenslogikk?

Det første som kan trekkes frem, er at det fremstår som rasjonelt å satse på løsninger som kan effektivisere helseforvaltningen. Da IKT ble introdusert i sektoren ble det sett på som et dokumentasjonsverktøy som kunne erstatte pasientjournalen og dermed effektivisere rutiner (Helsedirektoratet 2014a: 4). Det var opp til alle de ulike aktørene i helsesektoren å velge om, og eventuelt hvordan, de ville ta i bruk dette nye verktøyet. Det kan derfor tas utgangspunkt i at aktørene handlet etter en formålsrasjonell handlingslogikk ved at de vurderte hvorvidt de skulle ta i bruk IKT, hvilke konsekvenser dette ville føre til, og deretter tok et valg basert på den kunnskapen de hadde vedrørende hva som ville gi best mulig forventede konsekvenser og høyest grad av måloppnåelse (March og Olsen 2011: 24, March 1984: 3). Hvorvidt dette faktisk var tilfellet blant alle de ulike helseaktørene kan riktignok ikke fastslås her, og det er heller ikke formålet med denne studien. Det kan likevel argumenteres for at det var en viss grad av formålsrasjonalitet i de beslutningene som ble tatt angående IKT i helsesektoren på 1980-tallet. Når vi i etterkant ser hvilke utfordringer disse valgene har ført til, ser vi tydelig at den begrensede rasjonaliteten kommer til syne (Simon 1965). De ulike helseaktørene hadde begrenset kognitiv kapasitet, noe som førte til at samarbeid i IKT-implementeringen ikke ble vurdert som en potensiell løsning (Egeberg 1989: 20). Dermed ble heller ikke konsekvensene av dette vurdert. Christensen m. fl. (2015: 37) peker på at begrenset rasjonalitet innebærer at løsningene blir gode nok, men ikke nødvendigvis optimale, og dette kommer også til syne i denne sammenheng. At aktørene innførte IKT og på den måten tok et steg inn på «digitaliseringsstien», var en bedre løsning enn å ikke ta i bruk IKT. Men i lys av de utfordringene som har oppstått som følge av måten dette ble gjort på, ser vi at løsningene ikke er optimale. På 1980-tallet hadde man heller ikke fullstendig oversikt over betydningen av IKT og digitalisering, da dette kun var i en startfase. At de likevel tok det i bruk, med det formål å få en mer effektiv hverdag i helsetjenestene, var derfor en god nok løsning på dette tidspunktet. Utviklingen er altså preget av aktører som har fattet begrenset rasjonelle beslutninger, og forventningen om at IKT-utviklingen har bestått av en rekke formålsrasjonelle beslutninger er derfor bekreftet.

## 5.2.2 Organiseringen av e-helsefeltet

Som vist over har organiseringen av e-helsefeltet over tid blitt mer spesialisert på nasjonalt nivå. Dette fagfeltet vokste raskt i Helsedirektoratet, og i Helse- og omsorgsdepartementet kom det etter hvert egne enheter med ansvar for å følge denne utviklingen. Det har også blitt vist at det er mange ulike måter å forstå denne spesialiseringen på, og dette delkapittelet vil diskutere hva slags type spesialisering som har skjedd i helsesektoren med hensyn til e-helse, hvilke spesialiseringsprinsipper som har blitt lagt til grunn og hvilke mekanismer som kan identifiseres i opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Det at Divisjon for e-helse ble skilt ut fra Helsedirektoratet og gjort om til et eget direktorat, kan virke som en enkel horisontal spesialisering, men det kan identifiseres flere interessante spesialiseringsaspekter knyttet til dette (Bouckaert m. fl. 2010b: 26, Christensen m. fl. 2015: 39, Egeberg 2012: 161).

For det første kan vi gå tilbake til Gulick (1937) sine prinsipper for horisontal spesialisering, der det pekes på at oppgaver kan spesialiseres ut fra formål/sector, prosess, klientell eller geografi (Egeberg 2012: 159). Det nye direktoratet er spesialisert utfra et formåls- og sektorprinsipp. Det betyr at det var *formålet* med oppgavene og *sektoren* e-helseområdet tilhører som var avgjørende for den typen spesialisering som har skjedd. E-helse befinner seg innenfor helsesektoren, og således er det naturlig at det organiseres i et direktorat som befinner seg på det samme hierarkiske nivået som andre etater underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Derfor er det formålsaspektet ved dette prinsippet som er mest interessant å se nærmere på. Direktoratet for e-helse har to hovedoppgaver: «Å sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljøer og interesseorganisasjoner» og «å realisere og forvalte digitale løsninger som forbedrer og forenkler helse- og omsorgssektoren» (Direktoratet for e-helse 2017c). Formålet med disse oppgavene er å få til et «enklere helse-Norge» gjennom god nasjonal styring og koordinering, og gjennom forenkling av helsesektoren ved hjelp av digitale løsninger (ibid). Som alle informantene har pekt på, så var det nødvendig å ha et eget myndighetsorgan med ansvar for disse oppgavene for å få økt gjennomføringsevne og en tydeligere satsting på e-helseområdet. Således forstår vi at spesialiseringen der Divisjon for e-helse ble skilt ut fra Helsedirektoratet og gjort om til Direktoratet for e-helse ble bygget på formålsprinsippet for horisontal spesialisering (Gulick 1937). Det er videre en *inter-organisatorisk* horisontal spesialisering, ettersom Direktoratet for e-helse ble skilt ut av det eksisterende Helsedirektoratet. Det kan også forstås som en inter-organisatorisk *vertikal* spesialisering dersom det fokuseres på at det var en divisjon i Helsedirektoratet som ble flyttet vertikalt og gjort om til et direktorat

(Egeberg 2012: 163). Opprettelsen av Direktoratet for e-helse kan altså betegnes som både en inter-organisatorisk *vertikal* og inter-organisatorisk *horisontal* spesialisering, avhengig av hvilket aspekt man legger til grunn – oppsplittingen av Helsedirektoratet eller den vertikale flyttingen av e-helsedivisjonen i Helsedirektoratet.

Noen måneder etter opprettelsen av Direktoratet for e-helse fikk Helse- og omsorgsdepartementet en egen e-helseavdeling som blant annet jobber med etatsstyringen av direktoratet. Dette innebærer at det ble økt kapasitet på e-helseområdet også i departementet, og E-helseavdelingen i departementet og Direktoratet for e-helse har delvis overlappende oppgaver knyttet til for eksempel digitale løsninger. Dette illustrerer det Egeberg (1989: 96) kaller «organisatorisk duplikasjon» og innebærer inter-organisatorisk vertikal *despesialisering* ved at det blir økt politisk kontroll og mindre autonomi for Direktoratet for e-helse. Den økte politiske kontrollen som kommer til syne ved at e-helseområdet nå representeres i toppledergruppen i departementet strider mot de mekanismene som økt inter-organisatorisk horisontal og vertikal spesialisering innebærer. At det har blitt opprettet et eget direktorat for e-helse er et helt tydelig eksempel på en type spesialisering som i utgangspunktet fører til mer frihet, men samtidig er det altså en mekanisme som trekker i motsatt retning ved organisatorisk duplikasjon i departementet.

Opprettelsen av Direktoratet for e-helse innebar også en fysisk flytting. Helsedirektoratet er lokalisert i sentrum av Oslo, og E-helsedivisjonen som var utgangspunktet for Direktoratet for e-helse ble flyttet til Skøyen utenfor sentrum. Egeberg (2012: 160) peker på at fysisk avstand vil være negativt korrelert med grad av kontakt mellom enheter. Egeberg og Trondal (2011: 106-107) argumenterer riktignok for at koordinering mellom institusjoner i liten grad er berørt av avstanden mellom enhetene, blant annet grunnet mulighetene for å kommunisere effektivt ved hjelp av teknologi, og ikke minst på grunn av transportmulighetene. Direktoratet for e-helse befinner seg med en viss fysisk avstand fra Helse- og omsorgsdepartementet, som på lik linje med Helsedirektoratet er lokalisert i sentrum av Oslo. Ifølge Egeberg (2012) sitt argument, skal den økte avstanden mellom enhetene derfor føre til mindre kontakt mellom Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet. Dette ser imidlertid ikke ut til å være tilfellet fordi det har skjedd en organisatorisk duplikasjon. Med opprettelsen av E-helseavdelingen i departementet, som blant annet er ansvarlig for etatsstyringen av direktoratet, øker den politiske kontrollen. E-helsefeltet er nå – i kraft av å ha blitt opprettet som et eget direktorat – i direkte linje til Helse- og omsorgsministeren, og feltet er representert i departementets toppledergruppe. Da feltet var organisert som en del av Helsedirektoratet var det helsedirektøren som var øverste leder fordi

det ikke var en egen avdeling i departementet som jobbet med e-helse. Dermed har det i dette tilfellet blitt mer kontakt mellom departementet og e-helsefeltet som et resultat av opprettelsen av Direktoratet for e-helse, i strid med argumentet om at større fysisk avstand gir mindre kontakt. Dagens transport- og kommunikasjonsmuligheter muliggjør altså denne kontakten på tross av økt fysisk avstand.

### **5.2.3 Aktørenes problem- og løsningsdefinering**

Hovedutfordringen på e-helsefeltet var, og er, det store aktørmangfoldet i helsesektoren som selv har ansvar for anskaffelser, prioriteringer og driften av egne IKT-systemer. Dette har resultert i mange enkeltstående og ulike løsninger, noe som gjør at IKT-systemene i for liten grad støtter opp under at nødvendige pasientopplysninger skal følge brukeren gjennom hele pasientforløpet (Direktoratet for e-helse 2016b). Nasjonale myndigheter har ikke hatt styringsmyndighet på e-helsefeltet, og samordnings- og koordineringsproblemer har derfor vokst frem over tid.

Problemdefineringen bærer preg av instrumentell organisasjonstenkning, ved at svakheter knyttet til organisering og nasjonal styring ble trukket frem. En slik tankegang er i samsvar med den hierarkiske varianten av et instrumentelt perspektiv sitt fokus på formell organisasjonsstruktur (Christensen m. fl. 2015: 38). Som Egeberg (1989: 75) peker på, er den formelle strukturen et redskap for å nå mål, og departementets problemdefinering er tydelig instrumentell ved at problemene som defineres nettopp er av en strukturell karakter. Viktige mål nås ikke fordi de formelle strukturene setter store begrensninger for hierarkisk styring av de ulike helseaktørene. Dette medfører at departementet og Helsedirektoratet ikke har hatt virkemidler til å få alle aktørene med på et felles IKT-løft, og den formelle strukturen har dermed fungert som en hindring for måloppnåelse. Dette samsvarer i stor grad med Rønningen (2015) sine funn i en studie av elektronisk meldingsutveksling i helsevesenet. I hennes studie kommer det frem at de ulike forvaltningsnivåene, målsettingene og oppgavene i helsesektoren setter strukturelle hindringer for elektronisk samhandling, og at dette gjør det vanskelig med en enhetlig nasjonal praksis på dette området. Det samme funnet kommer frem i denne studien, der vi ser at aktørene ikke samhandler elektronisk fordi den formelle strukturen frem til nå ikke har lagt til rette for nasjonal styring.

I problemdefineringssammenheng bør det trekkes frem at dagens departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet var direktør i Helsedirektoratet da utfordringene og problemene ble løftet frem. I 2012 ble han departementsråd i Helse- og

omsorgsdepartementet, og det kan antas at problemerkjennelsen fra Helsedirektoratet ble tatt med til departementet, og at dette medførte et økt fokus på e-helse i departementet. Selv om problemdefineringen startet i Helsedirektoratet for mange år siden, kom selve initiativet til å opprette Direktoratet for e-helse fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er altså her den videre løsningsdefineringen fant sted, og forventningen om at initiativet til å opprette Direktoratet for e-helse kom fra ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet er derfor bekreftet.

Strukturelle endringer ble trukket frem som løsning på de problemene som ble definert, og dette viser at også løsningsdefineringen bærer preg av en instrumentell organisasjonstenkning. Det ble fokusert på endringer i den formelle, normative strukturen, og som beskrevet i kapittel 4.6 ble det trukket frem tre mulige løsninger: 1) å la Divisjon for e-helse bli værende i Helsedirektoratet, 2) å gi økt myndighet og en sterkere rolle til statsforetaket Norsk Helsenett SF, og 3) å opprette Direktoratet for e-helse. I den empiriske beskrivelsen kommer det tydelig frem at departementet har vurdert i hvilken grad disse tre alternativene er mulige og hvilket av alternativene som vil gi høyets grad av måloppnåelse. Alternativ 2, å gi Norsk Helsenett SF en sterkere rolle, ble imidlertid raskt utelukket da det var viktig å ha e-helseområdet organisert i et myndighetsorgan. Derfor gjensto to alternativer: Å beholde e-helse i Helsedirektoratet eller skille ut divisjonen og opprette Direktoratet for e-helse. Det foregikk, ifølge informantene, flere diskusjoner rundt hvorvidt e-helse skulle beholdes i, eller skilles ut av Helsedirektoratet. Hovedargumentet mot å opprette det nye direktoratet var at en mulig konsekvens av denne beslutningen kunne være at det ville bli for stor avstand mellom teknologene i det nye direktoratet og det helsefaglige miljøet i Helsedirektoratet. Det ble trukket frem at dette kunne føre til at den helsefaglige forankringen i IKT-løsningene ble svekket (informanter). Samtidig ble det pekt på at e-helse tok fokus bort fra de øvrige divisjonene i Helsedirektoratet, og at e-helsefeltet etter hvert ikke passet inn i direktoratet. Departementet vurderte derfor at de negative konsekvensene av å la e-helse bli værende i Helsedirektoratet ville være større enn de positive konsekvensene av å skille det ut. Samtidig ble det pekt på at det å ha et eget direktorat for e-helse og på den måten sikre sterkere nasjonal styring, ville føre med seg mange positive effekter. Det ble spesielt pekt på økt gjennomføringsevne og større muligheter for å nå viktige helsepolitiske mål. Dette viser hvordan departementet handlet etter en formålsrasjonell logikk (March 1984: 3, March og Olsen 2011: 24). Forventningen om at løsningene som ble presentert var bygget på formålsrasjonalitet er derfor bekreftet.

Samtidig kommer den begrensede rasjonaliteten til syne ved at det kun ble vurdert 3 handlingsalternativer (Simon 1965). I det ligger det at aktørene har en ufullstendig oversikt over løsningsalternativer og konsekvenser, og at beslutningene er preget av begrenset rasjonalitet. Det kan argumenteres for at departementet har vist nettopp en ufullstendig oversikt over løsningsalternativer når det kun ble diskutert 3 ulike alternativer, hvorav et av disse ble utelukket like raskt som det kom på bordet. Dette kan imidlertid også bety at det å opprette Direktoratet for e-helse er en såpass god løsning på de utfordringene som har blitt skissert, at det ikke ble ansett som nødvendig å vurdere et stort antall løsningsalternativer. Dette er riktignok en diskusjon som kan tas om noen år, når vi kan begynne å skimte effekter av opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

Videre lå det to ulike forventninger til grunn vedrørende konsensus rundt løsningene som ble trukket frem. Ut fra den hierarkiske varianten av instrumentell teori forventes det stor enighet blant aktørene om at det var et behov for et eget direktorat for e-helse, og ut fra forhandlingsvarianten var det forventet at prosessen var preget av aktører med ulike interesser og synspunkter (Christensen m. fl. 2015: 35). Her er det empiriske grunnlaget noe splittet. Det har blitt vist at det er stor enighet blant aktørene i helsesektoren om at det er et behov for økt nasjonal styring av IKT-utviklingen, for å få til bedre løsninger og økt gjennomføringsevne. Departementet har også KS i «ryggen» ved at kommunesektoren har ytret et ønske om nasjonal styring på dette området. Dette kan sies å være en unik situasjon, da det ikke kan tas for gitt at kommunesektoren selv ønsker at staten skal ta styring på områder som i stor grad angår kommunene. Videre har det vært bred politisk støtte for en økt satsing på e-helseområdet, også for opprettelsen av Direktoratet for e-helse, og som informantene kom inn på, har «alle» har erkjent behovet for sterkere nasjonal styring. Slik sett er forventningen om at det var stor enighet blant aktørene om behovet for å opprette et nytt direktorat delvis bekreftet. Dette tyder på at aktørene har enhetlige interesser, noe som samsvarer med den hierarkiske varianten (ibid). Selv om opprettelsen av et nytt direktorat strider mot regjeringens avbyråkratiseringsreform, var det altså overraskende stor konsensus rundt denne beslutningen blant politiske og administrative aktører. Dette funnet kan ses i lys av resultatene av Egeberg (1989) sin undersøkelse av effekter av organisasjonsendring i forvaltningen. Ulike typer organisasjonsendring ble undersøkt, og det var blant de organisasjonene som hadde gått gjennom *oppdelinger* han fant den største andelen som mente at resultatene av organisasjonsendringen var raskere saksbehandling og bedre ressursutnyttelse (Egeberg 1989: 87). Dette kan implisere at det er færre hensyn som må ses i sammenheng når organisasjoner skal deles opp, fordi det i slike prosesser ikke er snakk om for eksempel nedskjæringer, eller

sammenslåinger av enheter med ulik organisasjonskultur. Dette gjør slike prosesser godt egnet for hierarkisk styring. Erfaringer med tidligere endringer kan ligge til grunn for senere prosesser, slik at positive erfaringer med tidligere oppdelinger gjør at aktørene i større grad anser oppdeling som et godt alternativ, noe som minsker konflikter i beslutningsprosesser der dette vurderes igjen. Dette er i tråd med en konsekvenslogikk, der erfaringer brukes som beslutningsgrunnlag når man vurderer handlingsalternativer (March og Olsen 2011). Forventningen om stor enighet blant aktørene vedrørende behovet for Direktoratet for e-helse er riktignok bare delvis bekreftet, ettersom de ulike aktørene har støttet en økt nasjonal styring, men alle har ikke nødvendigvis vært enige i at det å opprette et nytt direktorat er den rette løsningen. Det var noe intern motstand knyttet til denne beslutningen, og det ble trukket frem en rekke potensielle negative konsekvenser av å skille ut e-helseområdet fra Helsedirektoratet. Dette viser at prosessen var preget av at aktørene hadde ulike synspunkter, men ikke nødvendigvis ulike interesser og mål. Aktørene har samlet sett hatt en interesse av at e-helseområdet organiseres og styres bedre, men synspunktene vedrørende faktiske løsninger har vært splittet. Ut fra forhandlingsvarianten av instrumentell teori lå det en forventning om at prosessen var preget av aktører med et ulikt syn og ulike interesser, og denne er derfor bare delvis er bekreftet (Christensen m. fl. 2015). Det kan derfor slås fast at det var stor enighet blant aktørene om behovet for en sterkere nasjonal styring av e-helsefeltet, men at løsningsdefineringen innebar et noe ulikt syn på hvorvidt det å opprette Direktoratet for e-helse var riktig løsning.

## **5.3 Kulturperspektivet**

### **5.3.1 IKT-utviklingen <sup>2</sup>**

Ut fra et stivhengighetssyn forventes det at IKT-utviklingen i helsesektoren er preget av de valgene som ble tatt da IKT ble introdusert i sektoren, og at dette har ført til en treg utvikling (Krasner 1988: 67, Peters 2012: 70). Den empiriske beskrivelsen viser tydelig at utviklingen er i tråd med et slikt syn. Utviklingen har vært preget av de valgene som ble tatt på 1980-tallet da helsepersonell begynte å ta i bruk elektroniske pasientjournaler. De ulike aktørene utformet på denne tiden sine egne IKT-løsninger, og parallelt med implementeringen av IKT som verktøy, ble det også utformet egne rutiner, systemer og arbeidsmåter knyttet til overgangen

---

<sup>2</sup> Deler av dette kapittelet baserer seg på semesteroppgave i STV4407 høsten 2016 (Støa 2016)

fra fysiske til elektroniske pasientjournaler. Med dette satt de ulike helseaktørene seg på hver sin «sti», som gjorde at utviklingen fortsatte på denne måten og gjorde andre handlingsalternativer mindre sannsynlige over tid (Peters 2012). IKT-utviklingen i helsesektoren bærer altså tydelig preg av stiavhengighet, ved at de valgene som ble tatt da helsepersonell begynte å ta i bruk elektroniske pasientjournaler på 1980-tallet i stor grad har hatt betydning for den videre utviklingen.

I lys av det store fokuset på lokale løsninger i kommunehelsetjenesten, kan det argumenteres for at det har vokst frem uformelle verdier og normer (Selznick 1997). Slike normer og verdier kan for eksempel være den lokale autonomien som står høyt hos kommunene i dag, og det blir derfor viktig for institusjonene å verne om denne selvråderetten. Dette kommer også frem i Rønningen (2015) sin studie, der hun konkluderer med at den kommunale autonomien har stått sterkt, og at dette har ført til at det vernes om de uformelle løsningene som er lokalt tilpasset, fremfor å etterkomme nasjonale planer. De lokale aktørene og institusjonene har altså gjennom sine valg knyttet til implementering av IKT blitt fylt med et sett av interne rutiner og verdier, noe som innebærer at det kan oppstå motstand mot endring (Selznick 1997). Dette kan tolkes som en av årsakene til at det har vært en utfordring å få til en nasjonal styring av IKT-utviklingen, nettopp fordi den kommunale helsetjenesten har vært motvillige til å gjennomføre de store IKT-løftene. Nasjonale myndigheter har dermed blitt begrenset av det kulturelle rammeverket i de kommunale helseenhetene (Thelen 1999: 386). Slik sett er det lettere for nasjonale myndigheter å styre spesialisthelsetjenesten, da sykehusene er i direkte linje til nasjonale myndigheter, i motsetning til den kommunale helsetjenesten. Det bør imidlertid trekkes frem at det ikke er grunnlag for å påstå at det har vært slik motstand mot endring i primærhelsetjenesten som et resultat av uformelle normer og verdier, da dette ikke har blitt undersøkt i denne studien. Likevel vet vi at en av de største utfordringene på IKT-feltet i helsesektoren nettopp er det store aktørmangfoldet. Med utgangspunkt i et kulturelt perspektiv er det derfor nærliggende å anta at verdier og normer hos helseaktørene har ført til motstand mot endringer på IKT-feltet, og at dette kan være en medvirkende årsak til disse utfordringene.

Som nevnt satt helseaktørene seg på ulike stier i den formerende fasen i IKT-utviklingen. Summen av disse ulike stiene har ført til en treg IKT-utvikling kjennetegnet av manglende samhandling og nasjonal styring, og dette er i tråd med et stiavhengighetssyn (Krasner 1988: 67, Peters 2012: 70). Denne tregheten fortsatte frem til siste halvdel av 1990-tallet, da myndighetene så at det var store utfordringer knyttet til samhandling og koordinering mellom helseforetakene. Det var på denne tiden, nærmere bestemt i 1996, at den



første nasjonale handlingsplanen for e-helse ble lansert. Den hadde fokus på at aktørene måtte institusjonalisere IKT som verktøy. Samtidig trakk planen frem samhandling, men her ble samhandling ansett som kommunikasjon og ikke som elektronisk samarbeid. Dette representerer uansett et brudd med den stivhengige utviklingen som på dette tidspunktet hadde foregått i nesten 20 år. Som Peters (2012) peker på, skal det mye politisk press til for å produsere endring av en utvikling. Det kan argumenteres for at det var dette som skjedde da sentrale myndigheter flyttet fokus fra lokal implementering og lokale løsninger, til elektronisk samhandling mellom aktørene. Stien skiftet altså retning på 2000-tallet, fra lokalt fokus og manglende samhandling, til et økt fokus på samhandling mellom enheter. Dette skjedde etter press fra nasjonale myndigheter gjennom den første handlingsplanen (Peters 2012: 70).

Den nye utviklingsretningen på IKT-området i helsesektoren, som kan kalles «samhandlingsstien», har i stor grad fortsatt fra den første handlingsplanen og frem til i dag. Alle de senere handlings- og strategiplanene for e-helse som har blitt lansert i etterkant har hatt det samme hovedfokuset: samhandling. Dette kommer også tydelig frem gjennom samhandlingsreformen som ble iverksatt fra 2012. Selv om hovedfokuset de siste 10 årene har vært samhandling, ser vi likevel noe endring i hva slags samhandling som har vært trukket frem, og ikke minst hvordan elektronisk samhandling kan fungere. IKT er et felt som er i kontinuerlig utvikling i alle sektorer, og det kommer stadig nye løsninger som muliggjør nye måter å samhandle på.

### **5.3.2 Organisering av e-helsefeltet**

Ut fra historisk institusjonalisme, forventes det at organiseringen av e-helsefeltet på nasjonalt nivå har gjennomgått gradvise, men omfattende endringer (Streck og Thelen 2005). Den empiriske beskrivelsen viser nettopp dette; organiseringen av e-helsefeltet har endret seg gradvis, men likevel betydelig. Dette innebærer at endringene som har skjedd har vært relativt små hver for seg, men sammen har de ført til en vesentlig endring i struktur og organisering. Over tid ser vi en utvikling i retning av en mer spesialisert organisering av e-helsefeltet på nasjonalt nivå. E-helsefeltet har vokst seg til å bli et stort satsingsområde, og opprettelsen av Direktoratet for e-helse har vært det siste store strukturelle steget i denne utviklingen.

Den utviklingen som har skjedd kan tolkes gjennom Streck og Thelen (2005) sin beskrivelse av inkrementell, transformativ endring. Vi ser tegn til at de endringene som har skjedd på e-helsefeltet innebærer en slags sedimentering eller «layering». Denne typen endring innebærer at nye elementer blir lagt til eksisterende institusjoner, og at dette endrer en

institusjons struktur over tid (Streeck og Thelen 2005: 31). Som nevnt har e-helsefeltet vært en voksende oppgave på statlig nivå, og i Helsedirektoratet ble det gradvis bygget et større og større fagmiljø innen IKT. I begynnelsen var det ikke egne enheter for IKT i Helsedirektoratet, de nye oppgavene og elementene knyttet til IKT ble lagt til de eksisterende strukturene. Den økte oppmerksomheten på IKT ble derfor ikke sett på som en «trussel» for de eksisterende strukturene. Dette illustrerer godt at endringene skjedde gjennom sedimentering, ved at de nye elementene ble lagt til, og ikke umiddelbart utfordret eksisterende strukturer. Likevel vokste e-helsefeltet raskere enn andre områder i Helsedirektoratet, og i 2010 fikk direktoratet en egen divisjon for e-helse og IT. Endring gjennom sedimentering fortsatte også i denne divisjonen ved at oppgavefeltet stadig utviklet seg. Nye oppgaver, prosjekter og myndighet ble lagt til over tid, noe som illustrerer sedimentering. Over tid kan dette altså føre til store endringer, og det var nettopp det som var tilfellet. Divisjonen ble etter hvert ytterligere spesialisert, og skiftet navn fra «Divisjon for e-helse og IT» til «Divisjon for e-helse». Denne divisjonen genererte etterhvert mye mer oppmerksomhet enn de andre divisjonene til sammen, nettopp på grunn av at divisjonen fikk et stadig bredere oppgavefelt gjennom sedimentering.

Over tid utfordret altså e-helsefeltet det etablerte, og feltet fikk støtte på bekostning av de andre divisjonene og områdene i Helsedirektoratet. Dette førte til slutt til at det ble besluttet å opprette et eget e-helsedirektorat. En av årsakene til dette, var at e-helseområdet ifølge informantene ikke helt passet i Helsedirektoratet, og når e-helsefeltet vokste til å bli så stort som det ble, så førte dette til at Helsedirektoratet delvis drev vekk fra sin opprinnelige betydning som helsefaglig myndighet. Slik sett kommer endringstypen Streeck og Thelen kaller for «drift» til syne, ved at e-helsefeltet bidro til at Helsedirektoratet ikke ble vedlikeholdt og opprettholdt slik som forventet (Streeck og Thelen 2005: 31). Dette skjedde fordi omgivelsene endret seg ved at e-helse fikk økt oppmerksomhet både internasjonalt, politisk og blant befolkningen.

Organiseringen og satsingen på e-helsefeltet har altså endret seg gradvis, men fundamentalt, og dette kan tolkes gjennom Streeck og Thelen (2005) sin beskrivelse av ulike typer inkrementell, transformativ endring. De endringene som har skjedd i Helsedirektoratet, der oppgaver og ansvar stadig ble lagt til, har altså foregått gjennom sedimentering eller «layering». Parallelt med dette har Helsedirektoratet til en viss grad drevet bort fra sin opprinnelige betydning, noe som illustrerer driv eller «drift».

### 5.3.3 Aktørenes problem- og løsningsdefinering

Vi ser at organisasjonstenkningen i departementet også har kulturelle trekk, ved at det ble fokusert på frivillighet fremfor tvang når det gjelder innføring av IKT-løsninger. Som beskrevet i kapittel 5.3.1, antas det at de ulike helseaktørene over tid har blitt fylt med uformelle normer og verdier, og at dette har ført til motstand mot endring (Selznick 1997). Selvbestemmelsesretten knyttet til IKT-løsninger har en verdi i seg selv, og dette betyr at helseinstitusjonene har gått gjennom en institusjonaliseringsprosess, i tråd med Selznick (1997: 20) sin definisjon slike prosesser. Dette gjør det vanskelig å få alle aktørene med på et felles, nasjonalt IKT-løft, fordi det kan krenke den lokale identiteten hos helseinstitusjonene. Nasjonale myndigheter har heller ikke hatt virkemidlene til å få alle aktørene med på dette, og departementet har erkjent denne utfordringen. Departementet har derfor i sin problem- og løsningsdefinering vektlagt å få KS, som representerer kommunene med på «laget».

Løsningsdefineringen i departementet har altså dreid seg om å finne virkemidler som gjør at alle helseaktørene *vil* være med på et felles, nasjonalt IKT-løft. Dette kan forstås ut fra logikken om det passende, da det kan argumenteres for at det som er passende å gjøre i denne situasjonen, er å inkludere kommunene (March og Olsen 2011:1). Ut fra en slik handlingslogikk er det altså ikke egeninteressen eller en vurdering av ulike handlingsalternativers konsekvenser som er førende for handlinger. Aktøren velger heller det handlingsalternativet som anses som passende i denne situasjonen. Slik sett ser vi at departementets organisasjonstenkning er basert på logikken om det passende. En av informantene trakk frem at dialogen mellom departementet og KS har vært god, og at KS, på vegne av kommunene, har ytret at de ønsker at staten tar styringen på dette feltet. Med KS i ryggen, ligger det derfor til rette for at det i tiden fremover ikke vil være stor motstand blant helseaktørene, blant annet fordi kommunene har blitt inkludert i prosessen knyttet til den videre utviklingen av IKT. At aktørene, som i utgangspunktet har høy grad av autonomi, ønsker å bli med, tyder altså på at aktørene oppfatter departementets handlinger som passende. Likevel kan departementets inkludering av KS og kommunene være et resultat av instrumentell organisasjonstenkning basert på konsekvenslogikk (March 1984: 3, March og Olsen 2011: 24).

Som vist i kapittel 4.4, er det svært viktig at helseaktørene ser nytten av e-helse, for å få tilstrekkelig med oppslutning rundt store IKT-løft. Det pekes også på at departementet har klart nettopp dette – å få alle aktørene til å erkjenne behovet for sterkere nasjonal styring på feltet. Dette kan altså tyde på at departementet har hatt et mål om å få alle aktørene med, og at

de har vurdert ulike måter å gjøre dette på. Da departementet og Helsedirektoratet har manglet virkemidler for å samordne sektoren på e-helsefeltet, kan det antas at organisasjonstenkningen bærer preg av en rasjonell konsekvenslogikk. Vi kan se for oss at departementet har vurdert hvilke handlingsalternativer som kan føre til økt oppslutning om nasjonal styring, og deretter hvilke konsekvenser de ulike alternativene vil ha. Tvang vil ikke være et alternativ, da kommunene har selvbestemmelsesrett vedrørende IKT-løsninger. Det mest nærliggende alternativet vil altså være å inkludere aktørene for å skape en følelse av medvirkning og bestemmelsesrett over egen situasjon.

Vi kan altså se at kulturelle faktorer har blitt vektlagt i problem- og løsningsdefineringsprosessen, men om departementets handlingslogikk har vært rasjonell eller bygget på hva som er passende, er vanskelig å si. Det kan like gjerne være en kombinasjon av begge deler – å inkludere aktørene kan være både passende og rasjonelt. Det er passende fordi helseaktørene opplever det som passende, og det kan være rasjonelt fordi det faktum at aktørene oppfatter det som passende, fører til måloppnåelse.

## **5.4 Myteperspektivet**

### **5.4.1 IKT-utviklingen**

Med utgangspunkt i forventningene ut fra et myteperspektiv, er det interessant å se på hvorvidt den norske helseforvaltningen har blitt påvirket av andre aktører – de såkalte institusjonelle omgivelsene – når det gjelder IKT-utviklingen og satsingen på e-helseområdet (Meyer og Rowan 1977: 346). I denne sammenheng er det helsesektoren i andre land, særlig i EU-land, som representerer Direktoratet for e-helse sine institusjonelle omgivelser, da helsesektoren, og dermed e-helseområdet styres av nasjonale myndigheter i de fleste land.

IKT-utviklingen har foregått relativt likt i de 13 landene som er omfattet av Helsedirektoratets utredning (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 8). Landene har gått gjennom en prosess fra digitalisering, til informasjonsdeling og så til sosioteknisk integrasjon, der fokuset ligger på å ta i bruk teknologi for å nå helsepolitiske mål om pasientsikkerhet og økt kvalitet i helsetjenestene, samt om samhandling der pasienten er i fokus (ibid: 10). At det er såpass stor likhet i hvordan IKT på helsefeltet har utviklet seg, er i tråd med Meyer og Rowan (1977) sin forståelse av hvordan organisasjoner blir likere hverandre gjennom påvirkning fra de institusjonelle omgivelsene.

Det er de institusjonelle omgivelsene som er opphav til myter, og mytene spres nettopp i disse omgivelsene. I lys av de to kjennetegnene til rasjonaliserte myter, kan e-helse betegnes som en myte. Disse kjennetegnene er 1) at det er skapt en overbevisning om at myten er et effektivt virkemiddel for å nå bestemte mål, og 2) at myten er institusjonalisert, det vil si at den tas for gitt (Christensen m. fl. 2015: 76). E-helse er ikke et mål i seg selv, men anses som et avgjørende et virkemiddel for å nå helsepolitiske mål som samhandling og pasienten i sentrum. E-helse er også i stor grad institusjonalisert, noe vi ser ved at e-helse som konsept tas for gitt i mange land. Med utgangspunkt i at e-helse er en myte, kan EU forstås som en mytespreder. Dette ser vi ved de store satsingene på e-helse gjennom felles handlingsplaner på e-helseområdet for EU-landene, tross manglende vitenskapelig dokumentasjon av nytteeffekter av e-helse i nasjonal skala (Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 2015b: 35<sup>3</sup>). Det bør imidlertid trekkes frem at selv om det foreløpig ikke er dokumenterte nytteeffekter av e-helse i nasjonal skala, så fremstår det som opplagt at e-helse vil føre til positive effekter på både kort og lang sikt. I lys av de utfordringene som er pekt på, og med utgangspunkt i viktige helseopplysninger tidvis har blitt sendt i taxi eller som brev, så fremstår digitale løsninger som et stort fremskritt. Dersom man får til fungerende nasjonale IKT-løsninger, som ivaretar informasjonssikkerheten og som effektiviserer prosesser, så vil store satsinger på e-helse med høy sannsynlighet være en god investering. Den store troen på e-helse fremstår derfor ikke som ubegrunnet, selv om vi for øyeblikket mangler vitenskapelig dokumentasjon på effektene.

#### **5.4.2 Organisering av e-helsefeltet**

Meyer og Rowan (1977) vektlegger at institusjonell isomorfi skjer ved at organisasjoner blir likere hverandre med hensyn til den *formelle strukturen*, da isomorfi nettopp betyr strukturliket. På e-helseområdet er det imidlertid visjoner, målsettinger og den generelle IKT-utviklingen som er felles blant landene. Som de empiriske funnene viser, er det store forskjeller i hvordan landene har valgt å organisere e-helseområdet, selv om flere land har delegert myndighet til enheter tilsvarende direktorater. Det kan uansett med stor sikkerhet antas at idéene rundt e-helse har spredd seg mellom landene, når det kan identifiseres såpass stor likhet mellom landene på dette området. Dette kan også illustrere det Berger og

---

<sup>3</sup> Det vises til en studie utført av Black m. fl. (2011), som peker på mangelfull dokumentasjon av nytteeffekter av investeringer i e-helse av nasjonal skala. Det er riktignok dokumentert positive nytteverdier på enkeltområder som legemiddelhåndtering, samt for tiltak på regionalt og lokalt nivå. Argumentet bygger derfor på manglende dokumentasjon av nytteverdier av *nasjonal skala*.

Luckmann (1967) betegner som «the social construction of reality». Digitalisering og e-helse anses som det naturlige og «selvsagte» valget for modernisering og utvikling av helsesektoren. Den store satsingen på e-helse i mange land tyder på at det er en utbredt forståelse i omgivelsene at digitalisering er det rette virkemiddelet i møte med utfordringene helsesektoren står overfor på e-helseområdet, og dette er i tråd med en forståelse av en sosialt konstruert virkelighet.

I kapittel 2.3.4 ble det redegjort for to ulike reformbølger som har preget offentlig sektor i mange land, New Public Management (NPM) og post-New Public Management (post-NPM) (Bouckaert m. fl. 2010a, Christensen og Lægreid 2007, Pollitt og Bouckaert 2011). Disse reformbølgene består av en rekke populære organisasjonsoppskrifter, og det kan argumenteres for at endringene som har skjedd i helseforvaltningen har blitt inspirert av disse reformbølgene, slik det forventes ut fra et myteperspektiv. På det organisatoriske planet er vertikal og horisontal spesialisering typiske NPM-elementer, mens sammenslåinger og despesialisering er typiske post-NPM-elementer. Begge reformbølgene har som mål å effektivisere offentlig sektor, men veien dit er det som skiller dem. Dette medfører at mange reformer blir hybride og inneholder elementer fra både NPM og post-NPM, noe vi ser ved de strukturelle endringene i helseforvaltningen som skjedde parallelt med opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Totalt sett ble antall etater redusert ved hjelp av sammenslåinger og reintegrering av enheter i Helsedirektoratet og Norsk Folkehelseinstitutt, og dette er typiske post-NPM-elementer (Bouckaert m. fl. 2010a: 5).

Som vi har sett, så er det reformbølgen post-NPM som er mest aktuell i dag, og mange av reformene som har skjedd de siste årene kan betegnes som nettopp post-NPM-reformer. Dette kan også sies om regjeringens effektivitets- og avbyråkratiseringsreform fra 2015, som skal «stimulere forvaltningen til å avbyråkratisere» (Prop. 1 S (2014-2015): 84). I dette ligger blant annet at det skal bli mindre byråkrati ved at antall byråkrater skal ned og det fokuseres på færre og større enheter, noe som også er typiske elementer fra post-NPM. Endringene i helseforvaltningen er et ledd i denne reformen, og det pekes på at dette er i tråd med anbefalinger fra OECD, noe som illustrerer hvordan organisasjonsoppskrifter spres mellom land. I lys av effektivitets- og avbyråkratiseringsreformen, er det derfor interessant at det opprettes et nytt direktorat, nettopp fordi dette fremstår som en økning i byråkratiet. Spesialisering er mer typisk for NPM-reformer, og var vanligere for 10-20 år siden. Opprettelsen av Direktoratet for e-helse representerer derfor et brudd med den rådende trenden av organisasjonsoppskrifter som er mest vanlig i dag, der sammenslåinger og reintegrering ofte står høyt. Opprettelsen fremstår også som et brudd med regjeringens store

fokus på mindre byråkrati. Likevel kan et nytt direktorat for e-helse på sikt gjøre helseforvaltningen mer effektiv, og på den måten kan økt byråkrativest kompensere for potensielle fremtidige nytteeffekter av denne organisatoriske endringen. Dette er i stor grad samsvarende med myteperspektivets antakelse om at e-helse er en myte som anses som et effektivt virkemiddel for å få en mer effektiv helseforvaltning, og som legger til rette for økt helsepolitisk måloppnåelse.

### **5.4.3 Aktørens problem- og løsningsdefinering**

Legitimitet er et sentralt begrep innenfor myteperspektivet, og som Brunsson (2006) peker på, er det viktig for organisasjoner å oppnå legitimitet hos omgivelsene. At en organisasjon *fremstår* som moderne og fremtidsrettet er i mange tilfeller viktigere enn å oppnå forventede resultater, nettopp fordi organisasjonene oppnår legitimitet ved å fremstå moderne. Ut fra et myteperspektiv, forventes det at problemdefineringen innebærer en erkjennelse av at man ikke fremstår som legitime, og at de løsninger som velges, må være i tråd med de normene og organisasjonsoppskriftene som er rådende i omgivelsene. Det forventes altså at departementet, gjennom å opprette Direktoratet for e-helse, oppnår legitimitet fordi satsing på e-helse anses som passende i omgivelsene (Roness 1997: 76-77).

Departementet ble kritisert av Riksrevisjonen i 2014 for sin styring av IKT-utviklingen. Det ble blant annet pekt på svakheter ved departementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling, samt en svak virkemiddelbruk i forhold til ambisjonsnivået på e-helsefeltet (Riksrevisjonen 2014). To av informantene trakk i den anledning frem at rapporten tydelig illustrerte *hvorfor* det er behov for sterkere statlig styring og koordinering. Det viser at det å opprette Direktoratet for e-helse ble sett på som en naturlig løsning på de utfordringene som ble definert av både Riksrevisjonen og departementet selv. Rapporten ble derfor et legitimerende element for den økende satsingen på e-helse og etter hvert opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Det er altså ikke bare departementet selv som ser utfordringene dette feltet står overfor og behovet for å øke ressursbruken knyttet til e-helse. Også Riksrevisjonen, som er en viktig aktør, peker på at det krever sterkere bruk av virkemidler for å nå visjoner og mål på e-helseområdet.

Selv om Riksrevisjonens rapport var med på å øke legitimiteten for den økte satsingen på e-helse, både i form av organisatoriske endringer og av finansiell karakter, ser vi at løsningsdefineringen i departementet også har dreid seg om å skaffe legitimitet blant aktører som er i nær relasjon med det nye direktoratet. Det har allerede blitt diskutert, ut fra et

kulturelt perspektiv, hvordan departementet har fokusert på å få aktørene til å erkjenne behovet for en sterkere statlig styring av e-helseutviklingen, og hvordan det anses som en passende strategi å inkludere kommunene i dette arbeidet (March og Olsen 2011: 1). Dette kan også tolkes ut fra myteperspektivet, ved å se på det som et forsøk fra departementets side på å oppnå legitimitet i sine nære institusjonelle omgivelser.

Ved å opprette Direktoratet for e-helse, viser departementet at de er med på de gjeldende motene og oppskriftene som anses som legitime i omgivelsene. E-helse kan som vist defineres som en myte, og når e-helse anses som et legitimt virkemiddel for måloppnåelse, oppnår altså departementet legitimitet ved at de velger et virkemiddel som tas for gitt som det beste virkemiddelet for helsepolitisk måloppnåelse. Som vi har vært inne på, foreligger det ikke dokumenterte nytteeffekter av e-helse i nasjonal skala, men ved å satse stort på dette feltet, fremstår departementet som fremtidsrettet, i tråd med Brunsson (2006) sitt argument. En slik organisasjonstenkning viser også hvordan logikken om det passende gjør seg gjeldende, ved at departementet satser stort på e-helse, som er et virkemiddel som anses som passende i omgivelsene (March og Olsen 2011: 1).

## **5.5 Beslutningen – hierarkisk styring, gradvis behov eller ønske om legitimitet?**

Vi kan identifisere tydelige hierarkiske trekk i beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. Initiativet kom fra ledelsen i departementet, og det kom tydelig frem i intervjuene at dette initiativet kom som et resultat av store utfordringer på e-helseområdet. Forventningen om at initiativet til å opprette Direktoratet for e-helse kom fra ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet med mål om å løse sentrale utfordringer på e-helsefeltet er derfor bekreftet. Likevel var interne diskusjoner en del av prosessen, og dermed kan det identifiseres noen forhandlingstrekk i tillegg til hierarkiske trekk. Dette kan riktignok ikke sies å ha hatt stor betydning for utfallet og beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. Beslutningen ble fattet av den sentrale ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet, og løsningen kan ikke sies å være et kompromiss mellom aktørene. Løsningen ble vedtatt fordi den administrative ledelsen ønsket det. Det var heller ikke bare ledelsen i departementet som hadde stor tro på denne løsningen. Den store støtten beslutningen fikk, både politisk og blant andre aktører, har allerede blitt vist. Forventningen ut fra en forhandlingsvariant, om at opprettelsen var et kompromiss mellom ulike aktører, er derfor ikke bekreftet. Et interessant poeng å trekke frem her er at regjeringens effektiviserings- og avbyråkratiseringsreform i



utgangspunktet skulle tilsi større grad av uenighet blant aktørene om å opprette et nytt direktorat. Et nytt direktorat fremstår som nettopp det motsatte av avbyråkratisering, dersom man legger til grunn at avbyråkratisering betyr mindre byråkrati. Det var derfor overraskende å se at støtten for et nytt direktorat og dermed støtte til en økt satsing på dette feltet, var såpass stor på tvers av de politiske partiene. Dette illustrerer den store troen på e-helse som politisk virkemiddel, og bekrefter at e-helsefeltet skal være et særskilt satsingsområde i årene som kommer, slik en av informantene pekte på. Beslutningen ser uansett i stor grad ut til å være et resultat av hierarkisk styring fra politisk og administrativ ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet.

Ut fra et kulturelt perspektiv kan det sies at den mest kulturorienterte delen, som handler om organisasjonskultur og institusjonalisering, ikke ser ut til å ha forklaringskraft for selve beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. Der kultur og institusjonalisering kommer sterkere til syne er heller i IKT-utviklingen i sektoren, der kulturen blant de ulike helseaktørene har vært en viktig forklaringsfaktor både for hvordan utviklingen har foregått, og hvorfor vi i dag står overfor store utfordringer på e-helsefeltet. I kapittel 5.1.3 har vi sett hvordan også stivhengighet i stor grad kan forklare hvordan utviklingen har foregått, og hvorfor vi i dag har et stort behov for nasjonal styring på dette feltet. Det kan derfor fastslås at *årsakene* til at det nå er behov for et nytt direktorat, i stor grad kan forstås ut fra kulturperspektivet. Slik sett er forventningen om at opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et resultat av et gradvis behov, bekreftet.

Den andre delen av kulturperspektivet, som handler om historisk institusjonalisme, kan i større grad brukes til å forklare hvorfor det ble besluttet å opprette et nytt direktorat. Kapittel 5.3.2 viser hvordan organiseringen av e-helsefeltet har endret seg gradvis, men fundamentalt, mot mer spesialisering. De strukturelle endringene som har skjedd på e-helseområdet, særlig i Helsedirektoratet, er i sterkt samsvar med Streeck og Thelen (2005) sin modell for institusjonell endring. Slik sett er det «naturlig» at det på et tidspunkt ville bli opprettet en egen enhet for e-helse, nettopp fordi dette fagfeltet har vokst på bekostning av andre enheter og generert mye mer oppmerksomhet. Dermed er også forventningen ut fra kulturperspektivet om at departementet opprettet Direktoratet for e-helse fordi det ble ansett som naturlig i lys av økt spesialisering bekreftet. Slik sett har også dette perspektivet stor forklaringskraft i tolkningen av beslutningen om å opprette det nye direktoratet, selv om det empiriske datamaterialet peker mot en ren hierarkisk styring.

Ut fra myteperspektivet forventes det at beslutningen vil bære preg av et ønske om å fremstå som moderne og legitime. I det ligger det blant annet en forventning om at

beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse ble fattet fordi det ble ansett som en legitim løsning på utfordringene helse- og omsorgssektoren stod (og står) ovenfor på IKT-området. De empiriske funnene viser helt tydelig at en økt satsing på e-helse fremstår som legitimt blant aktørene, men om beslutningen ble fattet *fordi* departementet ønsket å fremstå som legitime er tvilsomt. Det å skaffe legitimitet ved å satse på e-helse virket å være viktig for ledelsen i departementet. Det var altså et ønske fra departementets side å oppnå mer legitimitet gjennom å opprette Direktoratet for e-helse.

Når teoriene ses i sammenheng med hverandre, ser vi at de kan være komplementære i tolkningen av beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. Det var lettere for ledelsen å styre denne reorganiseringen fordi resultatet ble oppfattet som et naturlig steg videre i lys av økt satsing på e-helsefeltet, og fordi feltet over tid har blitt mer spesialisert. Med utgangspunkt i disse aspektene, samt utfordringene sektoren står ovenfor på e-helsefeltet, var det lettere å oppnå legitimitet både politisk, i befolkningen og ikke minst internt i byråkratiet. Videre kan oppfatninger om hva som er «naturlig» og passende komme av institusjonelle omgivelser, der slike oppfatninger spres mellom for eksempel organisasjoner og land. Det er mye som tyder på at den store satsingen på e-helse i Norge ikke ville ha skjedd dersom dette ikke var en pågående trend internasjonalt, og den norske utviklingen ser dermed ut til å være påvirket av utviklingen i andre land. Det er imidlertid vanskelig å knytte dette direkte til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse, da informantene tydelig pekte på at andre lands organisering ikke spilte inn på beslutningen. Der departementet har hentet inspirasjon er heller i den generelle utviklingen, ambisjoner og mål.

# 6 Avslutning

## 6.1 Oppsummering

Denne studien har analysert opprettelsen av Direktoratet for e-helse med fokus på IKT-utviklingen i helsesektoren og beslutningsprosessen. Målet med studien var å få innsikt i disse to aspektene og å finne forklaringer på hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet valgte å opprette Direktoratet for e-helse. Med utgangspunkt i tre organisasjonsteoretiske perspektiver har studien pekt på ulike aspekter som har påvirket beslutningen om å opprette det nye direktoratet. Det har blitt identifisert strukturelle, kulturelle og mytepregede trekk ved både IKT-utviklingen og beslutningsprosessen, og aktørenes problem- og løsningsdefinerings har blitt diskutert.

Videre vil dette kapittelet komme tilbake til studiens problemstillinger og besvare disse med utgangspunkt i analysen som ble gjennomført i kapittel 5. Deretter følger en diskusjon rundt teoriens forklaringskraft, samt en vurdering av deres relevans for å belyse det overordnede temaet. Til slutt vil jeg si noe om veien videre, med hensyn til videre forskning og betraktninger rundt hva som kan forventes av effekter knyttet til opprettelsen av det nye direktoratet.

## 6.2 Svar på problemstillingene

Denne studien har tatt sikte på å besvare tre problemstillinger, der de to første problemstillingene er deskriptive, mens den siste er av mer analytisk karakter:

- 1) *Hva kjennetegner IKT-utviklingen i helsesektoren fra 1980-tallet og frem til i dag?*
- 2) *Hva kjennetegner prosessen knyttet til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse? Hvilke problemer og løsninger ble trukket frem av aktørene?*
- 3) *Hvordan kan vi forstå og tolke IKT-utviklingen i helsesektoren og opprettelsen av Direktoratet for e-helse ved hjelp av ulike organisasjonsteoretiske perspektiver?*

Gjennom kapittel 4 har studiens første to problemstillinger blitt besvart, og dette delkapittelet vil oppsummere de empiriske funnene knyttet til disse problemstillingene. Det som kjennetegner IKT-utviklingen i helsesektoren er kort sagt det har vært et skifte fra digitalisering av arbeidsprosesser, til et mye større fokus på samhandling og brukerinvolvering. På 1980-tallet, da digitaliseringen i sektoren startet, dreide

digitaliseringsprosessen seg om å erstatte papirjournalen og å ta i bruk EPJ. Det var opp til hver enkelt aktør i helsesektoren å velge om og hvordan dette skulle gjøres, og dette preget IKT-utviklingen frem siste halvdel av 1990-tallet. Da ble det i større grad lagt vekt på elektronisk kommunikasjon mellom helseaktører, selv om det fremdeles var et stort fokus på å få på plass gode rutiner knyttet til IKT-bruken i hverdagen og i møte med pasientene. På starten av 2000-tallet begynte samhandling å få fotfeste hos mange aktører, og på dette tidspunktet ble også samhandling fremmet av nasjonale myndigheter gjennom handlingsplanen «Si @!». Samhandling har stått sterkt som en del av IKT-utviklingen siden dette, noe som stadfestes ved implementeringen av samhandlingsreformen i 2012. De senere årene har man også sett hvordan IKT kan tas i bruk på nye måter, der involvering av pasienter har stått sterkt. Vi ser at det som kjennetegner IKT-utviklingen i Norge i stor grad samsvarer med tilsvarende utvikling i andre land. Det pekes på at utviklingen har foregått i tre faser, der vi har gått fra digitalisering, til informasjonsdeling og til slutt til sosioteknisk integrasjon. Den siste fasen, som vi i dag er inne i, preges av at helsesektoren tar i bruk teknologi for å nå helsepolitiske målsettinger om blant annet pasientsikkerhet, brukervennlighet og økt kvalitet i helsetjenestene.

Prosessen knyttet til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse kjennetegnes av at det har vært en lang og gradvis erkjennelse av at helsesektoren står ovenfor store utfordringer på IKT-feltet. Aktørene har erkjent at det trengs sterkere nasjonal styring av e-helseområdet for å få til mer sentraliserte løsninger og for å nå helsepolitiske mål. Mange problemer har blitt definert, men blant de viktigste er aktørmangfoldet, lite koordinering og samhandling, og manglende virkemidler som kan sikre nasjonal styring. Disse utfordringene har vokst frem som et resultat av en stivhengig IKT-utvikling blant de ulike helseaktørene. Aktørene i Helse- og omsorgsdepartementet trakk frem tre løsninger, som alle bærer preg av strukturelle endringer. Selve beslutningen ble fattet av administrativ ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet, og bærer tydelig preg av hierarkisk styring. Likevel var det politisk stor støtte for denne beslutningen, og særlig tydelig var den brede støtten for sterkere nasjonal styring av e-helsefeltet.

Kapittel 5 har diskutert IKT-utviklingen i helsesektoren og opprettelsen av Direktoratet for e-helse med utgangspunkt i tre organisasjonsteoretiske perspektiver og således belyst den siste problemstillingen. Analysen har vist at vi kan forstå samme fenomen ut fra ulike teoretiske perspektiver. Vi ser altså at det er ulike måter å tolke og forstå disse aspektene på, og vi ser at teoriene har ulik forklaringskraft på forskjellige aspekter knyttet til IKT-utviklingen og prosessen rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Neste delkapittel

vil diskutere nærmere de ulike teoriens forklaringskraft i møte med denne studiens problemstillinger.

### 6.3 Teoriens forklaringskraft

Et av delmålene med denne studien var å teste ulike teories forklaringskraft gjennom kongruensanalyse. Tabellen nedenfor viser en oversikt over forklaringskraften til de tre teoretiske perspektivene i de ulike analysepunktene i studien. Verdien i de ulike rutene er delt inn i tre, fra «liten», «middels» til «stor» forklaringskraft. «Liten» forklaringskraft innebærer at teoriene i liten grad kan forklare det som undersøkes, men det er likevel en viss samsvar mellom teori og empiriske funn. I «middels» forklaringskraft ligger det at de empiriske funnene kan forklares ved hjelp av teoriene, og det er en del samsvar mellom disse to aspektene. Med «stor» forklaringskraft menes at det er stor grad av samsvar mellom teoretiske forventninger og empiriske funn. Verdiene er satt ut fra forfatters egne vurderinger basert på tolkningene i analysen.

	<b>Det instrumentelle perspektivet</b>	<b>Kulturperspektivet</b>	<b>Myteperspektivet</b>
<b>IKT-utviklingen</b>	Stor forklaringskraft	Stor forklaringskraft	Middels forklaringskraft
<b>Organiseringen</b>	Stor forklaringskraft	Stor forklaringskraft	Liten forklaringskraft
<b>Aktørenes problem- og løsningsdefinering</b>	Middels forklaringskraft	Middels forklaringskraft	Liten forklaringskraft
<b>Beslutningen</b>	Stor forklaringskraft	Middels forklaringskraft	Liten forklaringskraft

Tabell 3: Perspektivenes forklaringskraft på ulike analysepunkter.

Som tabellen viser, er det de instrumentelle teoriene som har størst forklaringskraft. Dette er i tråd med funn fra tidligere studier. De fleste studier av reorganiseringsprosesser i sentralforvaltningen viser at reformer og reorganiseringer hovedsakelig initieres, kontrolleres og iverksettes av politisk og administrativ ledelse, i tråd med forventninger ut fra instrumentell teori (March og Olsen 1983, Egeberg 1984, Christensen 1989, Ophaug 2015, Holmen 2016).

Instrumentell teori har stor forklaringskraft på alle analysepunktene unntatt «aktørenes problem- og løsningsdefinering». Dette kommer av at de to variantene av instrumentell teori – den hierarkiske varianten og forhandlingsvarianten – har ulik noe forklaringskraft på dette analysepunktet. Vi kan identifisere en tydelig instrumentell organisasjonstenkning i problem- og løsningsdefineringen, der ledelsens handlinger bygger på en konsekvenslogikk knyttet til både problemer og løsninger (March og Oslen 2011). Det er forventningene knyttet til konsensus rundt løsningene som ikke ser ut til å samsvare direkte med de empiriske funnene. Forventningen ut fra den hierarkiske varianten av instrumentell teori om stor enighet blant aktørene om behovet for et eget direktorat for e-helse er kun delvis bekreftet. Det var stor grad av konsensus rundt behovet for sterkere nasjonal styring, men selve løsningsforslaget om å opprette Direktoratet for e-helse var det noe intern stridighet rundt. Det samme gjelder forventningen ut fra forhandlingsvarianten om at prosessen ville være preget av aktører med ulike interesser og synspunkter. Aktørene har i stor grad sammenfallende interesser knyttet til e-helse, men synspunktene vedrørende opprettelsen viser seg altså å være noe ulikt. Derfor har det instrumentelle perspektivet middels forklaringskraft på aktørenes problem- og løsningsdefinering.

De instrumentelle teoriene har størst forklaringskraft i denne studien, men det må fremheves at også kulturperspektivet har vist seg å kunne forklare mye av de observasjonene som er gjort. Dette gjelder særlig IKT-utviklingen i helsesektoren og organiseringen av e-helsefeltet, der disse aspektene har blitt tolket med utgangspunkt i historisk institusjonalisme og stiavhengighet. På disse to aspektene ser vi stor grad av samsvar mellom de teoretiske forventningene og de empiriske funnene. Når det gjelder aktørenes problem- og løsningsdefinering og selve beslutningen, er forklaringspotensialet noe mindre ved hjelp av det kulturelle perspektivet. Dette er fordi den mest kulturorienterte delen innenfor dette perspektivet i liten grad samsvarer med de empiriske funnene, særlig når det gjelder beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse. Jeg har likevel satt verdien «middels» på kulturperspektivets forklaringskraft på beslutningen, fordi de endringene som har skjedd i stor grad samsvarer med forventningen om at opprettelsen av Direktoratet ble sett på som et naturlig steg videre i lys av den stadig mer spesialiserte organiseringen. Endringene har altså skjedd gjennom det Streeck og Thelen (2005) betegner som sedimentering. Teoriene trekker derfor i hver sin retning når det gjelder forklaringskraften knyttet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse – den mest kulturorienterte delen av perspektivet har liten forklaringskraft, mens teoriene som kan betegnes som historisk institusjonalisme har stor forklaringskraft.

Myteperspektivet er det teoretiske perspektivet som i denne studien har minst forklaringskraft. Det har liten forklaringskraft på alle analysepunktene med unntak av IKT-utviklingen, der forklaringskraften vurderes som middels. Vi kan riktignok identifisere flere mytepregede trekk i studien, for eksempel at det er stor grad av samsvar mellom e-helse som konsept og den teoretiske definisjonen på rasjonaliserte myter, og at det har vært viktig for departementet å oppnå legitimitet for den store satsingen på e-helse. Videre ser vi at populære organisasjonsoppskrifter som NPM og post-NPM har hatt betydning for reorganiseringene i helseforvaltningen som skjedde parallelt med opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Særlig post-NPM-elementer kan identifiseres, og denne studien bekrefter derfor at det er post-NPM som er mest aktuelt i reformer av offentlig sektor i dag. Likevel er ikke populære organisasjonsoppskrifter av direkte betydning for opprettelsen av Direktoratet for e-helse, og det har også blitt vist at andre lands organisering av e-helsefeltet ikke har hatt betydning for beslutningen om å opprette det nye direktoratet. Det er derfor liten grad av samsvar mellom de teoretiske forventningene og de empiriske funnene, selv om vi i stor grad kan identifisere flere mytepregede trekk.

Selv om de teoretiske perspektivene har et noe ulikt forklaringspotensiale, kan vi altså identifisere instrumentelle, kulturelle og mytepregede trekk i denne studien. Det instrumentelle perspektivet er det dominerende perspektivet, noe som samsvarer med andre studier av reorganiseringsprosesser i sentralforvaltningen. Vi ser likevel verdien i å analysere reorganiseringsprosesser ut fra flere typer teorier, da dette gir grunnlag for fruktbar analyse der ulike aspekter trekkes frem. Reorganiseringsprosesser i sentralforvaltningen kan sjeldent sies å være lineære; prosessene er ofte komplekse, og beslutningstakerne blir påvirket av mange ulike faktorer. Det å ta i bruk flere teoretiske perspektiver for å analysere hva som påvirker beslutningstakere i slike prosesser vil kunne gi mer utfyllende svar på nettopp dette. Denne studien har vist at samspillet mellom ulike teorier gir et mer helhetlig bilde av virkeligheten. Den historiske utviklingen knyttet til (manglende) nasjonal styring og IKT i sektoren har for eksempel vist seg å ha stor innvirkning på beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse, og dette funnet ville ikke ha kommet frem dersom det kun hadde blitt tatt utgangspunkt i instrumentell teori. Påvirkning fra andre land og ønsket om å oppnå legitimitet gjennom beslutningen har også hatt innflytelse, selv om det ikke var av direkte betydning i beslutningsprosessen.

Vi kan konkludere med at opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et resultat av hierarkisk styring fra administrativ ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet, fordi det gradvis har blitt behov for nasjonal styring av e-helsefeltet. Det har også vært viktig å oppnå

legitimitet for den økte satsingen på e-helsefeltet, men opprettelsen er ikke et resultat av et ønske om å oppnå legitimitet; det ser ut til at e-helse som konsept var et legitimert virkemiddel i politisk kontekst allerede før opprettelsen. Departementet opprettet først og fremst Direktoratet for e-helse for å løse store utfordringer på e-helseområdet. Det var et stort behov for økt nasjonal styring og gjennomføringsevne på dette feltet, og det nye direktoratet skal løse disse utfordringene med en tydeligere styringsmodell, økt gjennomføringskraft og mer myndighet på e-helsefeltet.

Funnene som er gjort i denne studien kan også tenkes å ha betydning utenfor denne casen. Selv om generalisering ikke er målet med denne studien, er det sentralt å løfte blikket utover opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Som nevnt har en rekke studier av reformer og reorganiseringer i sentralforvaltningen avdekket at hierarkisk styring fra politisk og administrativ ledelse er svært vanlig, og denne studien føyer seg dermed inn i rekken av disse studiene. Flere reformer og reorganiseringsprosesser i nyere tid, for eksempel NAV-reformen, Samhandlingsreformen og Nærpolitireformen, har hatt et liknende utgangspunkt som prosessen tilknyttet opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Reformene er et resultat av utfordringer som har vokst frem over tid, noe som har gitt et økt behov for at det tas grep for å løse disse utfordringene (se for eksempel Christensen 2008, Høverstad 2010, Holmen 2016). Det ser altså ut til at reorganiseringer ofte er et resultat av et gradvis økende behov for at «noe må gjøres», og at det er politisk og administrativ ledelse som initierer, kontrollerer og iverksetter disse prosessene. Dette er også tilfellet med opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

## 6.4 Veien videre

Direktoratet for e-helse har per mai 2017 vært operativt i et år og fem måneder, noe som betyr at det er for tidlig å si noe om effektene av beslutningen om å opprette direktoratet. Likevel har analysen vist at organisasjonstenkningen i prosessen i stor grad har vært formålsrasjonell, der flere alternativer og konsekvenser har blitt vurdert. Dette skulle tilsi at det nye direktoratet om noen år har realisert målsettingen om *én innbygger – én journal*. Årsrapporten for direktoratets første år viser at flere milepæler er nådd, noe som gir grunn til optimisme. Kjernejournal ble nasjonalt innført i første del av 2017, eResept er nå innført hos apotek, fastleger og sykehus, og det har blitt utarbeidet produktstrategier for store nasjonale e-helseløsninger som eResept, kjernejournal og helsenorge.no (Direktoratet for e-helse 2017d). Ambisjonsnivået i det videre e-helsearbeidet er stort, og det vil være interessant å følge med



på om måloppnåelsen forsetter i dette tempoet i årene som kommer. Analyser av reformer og reorganiseringsprosesser deles gjerne opp i prosess- og effektanalyser, og denne studien er en prosessanalyse. Om noen år vil det være interessant å gjennomføre en effektanalyse av beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse, for å undersøke hvorvidt denne beslutningen har ført til de resultatene som Helse- og omsorgsdepartementet ønsker.

Denne studien har vært inne på at vi i dag mangler dokumentasjon av nytteeffekter knyttet til e-helseprosjekter av nasjonal skala. Det er utfordrende å dokumentere effekter av ulike e-helsetiltak, særlig knyttet til helsegevinst eller helsetap (Direktoratet for e-helse 2017b: 23). Den nye nasjonale handlingsplanen for e-helse har derfor definert flere tiltaksområder knyttet til forskning på e-helsefeltet, der et av tiltakene er å etablere nasjonale indikatorer for e-helse som grunnlag for forskning og utvikling. Dette skal styrke kunnskapsgrunnlaget knyttet til effekter og styring av e-helse, noe som gir store håp om at vi i nær fremtid vil kunne måle effektene av nasjonale e-helsetiltak. Dette gir et godt grunnlag for statsvitenskapelig analyse av effekter av opprettelsen av Direktoratet for e-helse i tiden som kommer.

# Litteraturliste

- Aberbach, J. D. and B. A. Rockman (2002). Conducting and Coding Elite Interviews PS: *Political Science and Politics*, Vol. 35, No. 4: 673-676
- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. vol. 22, s. 278- 298.
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. 2. utgave. Fagbokforlaget.
- Askim, J., T. Christensen, A. L. Fimreite og P. Læg Reid. (2009). How to Carry Out Joined-Up Government Reforms: Lessons from the 2001 – 2006 Norwegian Welfare Reform. *International Journal of Public Administration*, 32(12), 1006-1025.
- Askim, J., T. Christensen, A. L. Fimreite og P. Læg Reid. (2010). How to Assess Administrative Reform? Investigating the Adoption and Preliminary Impacts of the Norwegian Welfare Administration Reform. *Public Administration*, 88(1), 232-246.
- Axelsson, K., U. Melin, og I. Lindgren (2013). Public e-services for agency efficiency and citizen benefit-Findings from a stakeholder centered analysis. *Government Information Quarterly*, 30(1), 10-22.
- Bach, T. og W. Jann (2010). Animals in the administrative zoo: organizational change and agency autonomy in Germany. *International Review of Administrative Sciences*, 76(3) 443–468.
- Berger, P. L., and T. Luckmann (1967). *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday.
- Black A. D., J. Car, C. Pagliari, C. Anandan, K. Cresswell, T. Bokun, B. McKinstry, R. Procter , A. Majeed, A. Sheikh. (2011). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Medicine*.
- Blatter, J. og T. Blume (2008). In Search of Co-Variance, Causal Mechanisms or Congruence? Towards a Plural Understanding of Case Studies, *Swiss Political Science Review* 14(2): 315-354.
- Bouckaert, G., B. G. Peters og K. Verhoest (2010a). The main argument – specialization without coordination is centrifugal, kap. 1 i *The coordination of public sector organizations: shifting patterns of public management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bouckaert, G., B. G. Peters og K. Verhoest (2010b). Coordination: What it is and why we should have it, kap. 2 i *The coordination of public sector organizations: shifting patterns of public management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Brown, M. M., og J. L. Brudney (2001). *Achieving advanced electronic government services: An examination of obstacles and implications from an international perspective*. Paper presented at the National Public Management Research Conference, Bloomington, IN.
- Brunsson, N. (2006). *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, T. (1989). Forutsetninger og effekter: Restruktureringen av den sentrale helseadministrasjonen i Norge. I Egeberg, M. (red.). *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.

- Christensen, T. (1994). *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano.
- Christensen, T. (2008). «En felles etat» - en analyse av prosessen som ledet frem til opprettelse av ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) (Nr. 5/2008).
- Christensen, T. og P. Lægreid (2007). *Transcending New Public Management. The Transformation of Public Sector Reforms*. Aldershot: Ashgate.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2008). NPM and beyond - structure, culture and demography. *International Review of Administrative Sciences*, 74(1), 7-23.
- Christensen, T., M. Egeberg, P. Lægreid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget. 3.utgave.
- Dagbladet (2015). *Én av fem fastleger mottar pasientdata på diskett. Informasjonsmotorveien i Helse-Norge flopper*.
- Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet (2015a). *Behovsanalyse. Utredning av «Én innbygger – én journal»*
- Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet (2015b). *Internasjonal analyse. Utredning av "Én innbygger – én journal"*.
- Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet (2015c). *Internasjonale erfaringer. Utredning av "Én innbygger – én journal"*.
- Direktoratet for e-helse (2016a). *Én innbygger – én journal*. Lesedato 11.12.16. Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal>.
- Direktoratet for e-helse (2016b). *E-helse*. Lesedato 05.03.17. Hentet fra <https://ehelse.no/e-helse>
- Direktoratet for e-helse (2017a). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Kan hentes fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan>
- Direktoratet for e-helse (2017b). *Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022*. Kan hentes fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan>
- Direktoratet for e-helse (2017c). *Om Direktoratet for e-helse*. Lesedato 31.01.17. Hentet fra <https://ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>.
- Direktoratet for e-helse (2017d). *Årsrapport 2016. Rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Egeberg, M. (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Egeberg, M. (red.) (1989). *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.
- Egeberg, M. (2012). How bureaucratic structure matters: an organizational perspective, i B.G. Peters og J. Pierre (red.): *The Sage Handbook of Public Administration*. London: Sage
- Egerberg, M. og J. Trondal (2011). Agencification and Location: Does Agency Site Matter? *Public Organization Review*, 11(2), 97-108.
- Europakommisjonen (2012). *eHealth Action Plan 2012-2020: Innovative healthcare for the 21st century*. Lesedato 02.04.17. Hentet fra <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ehealth-action-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century>
- Gerring, J. (2007). *Case Study Research*. Cambridge: Cambridge University Press
- Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-606.

- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget Bergen.
- Gulick, L. (1937). Notes on the theory of organization. With special reference to government, i L. Gulick og L. Urwick (eds), *Papers on the Science of Administration*. New York: Institute of Public Administration, Columbia University.
- Gustafsson, M. og E. Wihlborg (2013). Safe Online e-Services Building Legitimacy for E-government. I *Journal of eDemocracy* 5(2): 155-173.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helsedirektoratet (2013). Organisasjonskart september 2013.
- Helsedirektoratet (2014a). *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren. Utredning av "Én innbygger – én journal"*.
- Helsedirektoratet (2014b). *Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014–2016)*.
- Helsedirektoratet (2015). *Organisasjonskart*. Juni 2015.
- Helsedirektoratet (2017). *Samhandlingsreformen*. Lesedato 01.02.17. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helsenorge (2017). *Tjenester på Min helse*. Lesedato 01.02.17. Hentet fra <https://helsenorge.no/om-min-helse/tjenester>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Lesedato 01.02.17. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Færre etater i helseforvaltningen*. Pressemelding 12.05.15. Lesedato 24.08.16. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/farre-etater-i-helseforvaltningen/id2411071/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *E-helse og IKT i helsesektoren*. Lesedato: 22.03.17. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/e-helse-og-ikt-i-helsesektoren/id2356319/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *E-helseavdelingen*. Lesedato: 31.01.17. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/avdelinger/e-helseavdelingen-ehe/id2473079/>
- Helsedepartementet og Sosialdepartementet (2004). *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*.
- Holmen, V. T. (2016). *Nærpolitireformen - en analyse av beslutningsprosessen*. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
- Høie, B. (2016). *Åpning av Direktoratet for e-helse*. Lesedato 15.01.17. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/apning-av-direktoratet-for-e-helse/id2469424/>
- Høverstad, M. (2013). *Et nytt grep på helse-Norge? En prosess- og innholdsanalyse av forslaget om samhandlingsreform*, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
- Innst. 360 S (2014-2015). *Innstilling fra finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2015, om avgiftsvedtak og om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2015*.

- Innst. 2 S (2015–2016). *Innstilling fra finanskomiteen om nasjonalbudsjettet 2016 og forslaget til statsbudsjett for 2016*.
- Keohane, R. O., S. Verba og G. King (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton: Princeton University Press.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017). *I Europa-toppen på digitalisering*. Lesedato 20.04.17. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/i-europa-toppen-pa-digitalisering/id2541946/>
- Krasner, S. D. (1988). Sovereignty. An Institutional Perspective. *Comparative Political Studies* 21. s. 66-94
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Layne, K. og J. Lee (2001). Developing fully functional E-government: A four stage model. In *Government Information Quarterly*. Volume 18, Issue 2, Summer 2001, Pages 122–136.
- Levy, J. S. (2008). Case studies: Types, Designs, and Logics of Inference. *Conflict, Management and Peace Science* 25(1): 1-18
- Lund, T. (red.) (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub
- Lægreid, P., V. W. Rolland, P. G. Roness og J.-E. Ågotnes (2003). The Structural Anatomy of the Norwegian State 1947-2003. *Bergen: Rokkan Centre, Working Paper 21 - 2003*.
- March, J. G. (1984). *A Primer on Decision Making: How Decisions Happens*. New York: The Free Press.
- March, J.G. og J.P. Olsen (1983). Organizing political life. What administrative reorganization tells us about government. *American Political Science Review* 77: 281-297.
- March, J. G. og J. P. Olsen (2011). The Logic of Appropriateness, i *The Oxford Handbook of Political Science*. Oxford: Oxford University Press
- Meld. St. 9 (2012-2013). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meyer, J. W. og B. Rowan (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*. 83 (2):340-363.
- Morse, J. M., M. Barrett, M. Mayan, K. Olson og J. Spiers (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(1), 13-22.
- Norsk Helsennett SF (udatert). *Om oss*. Lesedato 26.03.17. Hentet fra <https://www.nhn.no/om-oss/Sider/default.aspx>
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). *Organisasjonsendringer fordelt på departement og tilknytningsform*. Lesedato 20.04.17. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/ytreendringsliste?dep=&t=20&t=33&g=0&g=10&e=101&e=102&e=104&e=106&e=111&fra=2000&til=2017>
- Ophaug, M. H. (2015). *Organisatorisk utvikling i den statlige utdanningsadministrasjonen 1947-2014*. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
- Peters, G. B. (2011). *Institutional Theory in Political Science. The "New Institutionalism"*, London and New York: Pinter 3. Utgave

- Pollitt, C. og G. Bouckaert (2011). Comparative public management reform: an introduction to the key debates, i *Public Management Reform. A Comparative Analysis. New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford: Oxford University Press. 3.utgave.
- Prop. 1 S (2014–2015). Statsbudsjettet. For budsjettåret 2015.
- Riksrevisjonen (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og måloppnåelse i Helsedirektoratet*. Dokument 3:3 (2013-2014).
- Riksrevisjonen (2014). *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*. Dokument 3:6 (2013–2014).
- Rockman, B. A. (2011). Interviews, Elite. *International Encyclopedia of Political Science*. SAGE Publications, Inc.
- Roness, P. G. (1997). *Organisasjonsendringar*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rønningen, M. (2015). *Innføring av elektronisk samhandling i det norske helsevesenet og erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Masteroppgave, Institutt for statsvitenskap.
- Scott, W. R. (1981). *Organizations. Rational, Natural and Open systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Selznick, P. (1997). *Lederskap*, Oslo: Tano Aschehoug
- Simon, H. A. (1965). *Administrative Behaviour*. N. Y.: The Free Press.
- Sosial- og helsedepartementet (1996). *Mer helse for hver bit. Handlingsplan 1997-2000. Informasjonsteknologi for bedre helsetjeneste*. Oslo: Sosial-og helsedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mer-helse-for-hver-bit/id87401/>
- Store Norske Leksikon (2016). Informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Lesedato 20.04.17. Hentet fra [https://snl.no/informasjons-\\_og\\_kommunikasjonsteknologi](https://snl.no/informasjons-_og_kommunikasjonsteknologi)
- Streeck, W. og K. Thelen (2005). Institutional Change in Advanced Political Economies. I W. Streeck og K. Thelen, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press
- Støa, I. A. (2016). *Opprettelsen av Direktoratet for e-helse*. Semesteroppgave i STV4407B. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
- Støre, J. G. og T. Michaelsen (2017). *Den fjerde industrielle revolusjonen*. Lesedato 20.04.17. Hentet fra <http://www.dagbladet.no/kultur/den-fjerde-industrielle-revolusjonen/67502056>
- Thelen, K. (1999). Historical Institutionalism in Comparative Politics. *Annual Review of Political Science* 2. s. 369-404.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods*. Los Angeles: Sage, 2009.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informantliste

Bjørn-Inge Larsen	<i>Departementsråd</i> Helse- og omsorgsdepartementet	02.03.17
Bjørn Astad	<i>Ekspedisjonssjef</i> , E-helseavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet	02.03.17
Kristian Skauli	<i>Underdirektør</i> , E-helseavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet	02.03.17
Anders Westlie	<i>Seniorrådgiver</i> , E-helseavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet	02.03.17

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide Helse- og omsorgsdepartementet

#### Beslutningsprosessen

- Kan du si litt om når initiativet om å opprette et eget direktorat for e-helse kom, og hvem som tok dette initiativet?
- Hvilke problemer eller utfordringer ble trukket frem i arbeidet?
- Kan du fortelle litt om det videre reorganiseringsarbeidet og prosessen som ledet frem til beslutningen om å opprette Direktoratet for e-helse?
  - Hvordan foregikk prosessen fra initiativ til iverksetting?
  - Hvordan kom de/dere frem til nettopp å opprette Direktoratet for e-helse?
- Ble det diskutert andre måter å organisere e-helsefeltet på?
  - Hvis ja: kan du fortelle litt om disse, og eventuelt om hvorfor ikke andre løsninger ble valgt?
  - Hvorfor ble det å opprette et eget direktorat for e-helse ansett som den beste løsningen på de utfordringene som ble trukket frem?
- Til hvilken grad vil du si at et eget direktorat for e-helse vil bidra til at hovedmålene i «Én innbygger- én journal» vil nås?

#### Organisatorisk utvikling av e-helsefeltet

Over tid har e-helsefeltet blitt mer og mer spesialisert. I 2013 var seksjon for e-helse underlagt divisjonen «E-helse og IT» i Helsedirektoratet, og i 2015 var e-helse blitt en egen divisjon, som så ble grunnlaget for Direktoratet for e-helse.

- Ble det å opprette et eget direktorat sett som et «naturlig» steg videre i lys av at feltet stadig ble mer spesialisert?

#### Omgivelser

I Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk meldingsutveksling i 2014 ble det pekt på svakheter Helse- og omsorgsdepartementet planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling og at departementets virkemiddelbruk ikke var tilpasse mål, status og utfordringer på området.

- Ble denne kritikken oppfattet som riktig/rettferdig av departementet?



- Vil du si at kritikken ble tatt i betraktning i omorganiseringsarbeidet og at det var viktig å løse de problemene som ble pekt på i undersøkelsen?

I utredningen av «Én innbygger – én journal» ble det grundig gjort rede for internasjonale erfaringer med e-helse. Der kommer det blant annet frem at det er forskjeller i organiseringen av e-helsefeltet, men at mål og visjoner i andre land i stor grad samsvarer med de målene som er presentert i Én innbygger – én journal. Likevel står det at «det etableres nasjonale styringsstrukturer, ofte med stor grad av delegert strategisk og operativ myndighet til et direktorat eller kompetansesenter».

- Ble andre lands organisering tatt i betraktning da det ble bestemt at Direktoratet for e-helse skulle opprettes?
  - Hvis ja: hvilke land ble det sett til og hvorfor?
- Ble det hentet inspirasjon på andre måter? Dette kan for eksempel være andre lands langsiktige mål, spesifikke brukertjenester osv.
- Vil du si at Norges organisering av e-helsefeltet likner andre lands organisering?

### **Avslutning**

- Har du noen flere aspekter du vil trekke frem, som vi ikke har snakket om?
- Hva vil du si er den aller viktigste årsaken til at helsesektoren trenger et eget direktorat for e-helse?

## **Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter**

### **Forespørsel om deltakelse i intervju i som en del av en masteroppgave**

#### **Bakgrunn og formål**

Formålet med denne studien er å få en dypere innsikt i prosessen knyttet til opprettelsen av Direktoratet for e-helse 1. januar 2016. Studien er en masteroppgave tilknyttet Institutt for statsvitenskap ved Universitetet i Oslo og oppgaven skrives av meg alene. Jeg ønsker blant annet å belyse hva som kjennetegnet prosessen da Direktoratet for e-helse ble skilt ut fra Helsedirektoratet, og hvorfor det ble besluttet å opprette dette direktoratet. For å få en dypere innsikt i disse spørsmålene ønsker jeg å utføre intervjuer, som vil være et supplement til sentrale offentlige dokumenter. Dette vil i oppgaven knyttes opp mot en del teoretiske forventninger om hva som kjennetegner reorganiseringsprosesser i sentralforvaltningen.

Informantene forespørres om deltakelse i studien på bakgrunn av sin kjennskap til prosessen ved opprettelsen av det nye direktoratet.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse innebærer å stille opp på ett intervju med varighet på 30-45 minutter, der jeg vil stille spørsmål som omhandler ulike deler av beslutningsprosessen rundt opprettelsen av Direktoratet for e-helse. Informanten står fritt til å avstå fra å svare på enkelte spørsmål, og/eller trekke frem andre relevante temaer som ikke blir spurt om. Under intervjuene ønsker jeg å benytte båndopptaker etter samtykke fra informanten.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være jeg som vil ha tilgang til opplysningene som samles inn. For å sikre konfidensialitet, vil opptaket transkriberes kort tid etter intervjuet og deretter vil opptaket slettes. Transkripsjonen vil lagres i et eget dokument, atskilt fra navneliste.

Som et vedlegg til oppgaven vil jeg ha en oversikt over intervjupersoner der jeg ønsker å skrive navn og stillingstittel. I selve oppgaven vil det ikke komme frem hvem som har sagt hva, og intervjupersonene vil derfor ikke kunne gjenkjennes. Ved bruk av sitater vil intervjupersonen få tilsendt sitatet som ønskes brukt, slik at dette kan godkjennes eller avslås. Prosjektet skal etter planen avsluttes 23.05.17 og transkripsjon av intervjuene vil arkiveres frem til muntlig eksamen eller frem til sensor eventuelt ber om innsyn i datagrunnlaget. Deretter vil all data slettes.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Iréne Allison Støa, telefonnummer [REDACTED] eller veileder Tom Christensen, telefonnummer [REDACTED].

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.