

**MASTEROPPGAVE**  
**Masterstudium i rehabilitering og habilitering**  
**Maj 2018**

IT-teknologi som styringsverktøj i sundhedsvæsenet

- En kritisk diskursanalyse

Marie Krestense Lauridsen

Kandidatnummer: 308

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for Fysioterapi**

**OsloMet – storbyuniversitete**

## **Sammendrag.**

**Titel:** IT-teknologi som styringsværktøj i sundhedsvæsenet – en kritisk diskurs analyse.

**Baggrund:** Sundhedsvæsenet har oplevet en eksplosiv udvikling i brugen af IT teknologi i klinisk praksis. EPJ EOJ, E-journal, Sundhed.dk portal, telemedicin ect. Redskaber der er kommet frem i manegen af mangfoldige styringsteknikker/instrumenter der omkranser praksisudøvelsen. I politiske strategier udtrykker staten sit ønske om digitalisering af sundhedsvæsenet. Effektivisering og øget kvalitet er gennemgående argumenter for implementeringen af IT-teknologi som middel. Målet kan anskues som statens forsøg på at konstruere, kontrollere og regulere patientens og den sundhedsprofessionelles rolle. Studiets formål er derfor at skabe en udvidet indsigt i statens forsøg på at lede sundhedsvæsenet gennem IT-teknologi som rationale og teknik.

**Metode:** 6 strategisk udvalgte politiske digitaliseringsstrategier repræsenterer empirien. Metodologien er bygget op om kritisk diskursanalyse (CDA). Faircloughs forståelse af intertekstualitet, interdiskursivitet, diskurs og diskursorden anvendes som begrebsramme i diskursanalysen

**Analyse/resultater:** Analysen identificerer 3 diskurser; *sammenhængende digitale borgerforløb, digitalt understøttet service og den (obligatorisk) aktive digitale borger*. De repræsenterer her sundhedsvæsenets diskursorden. Forløbsdiskursen ses som grænseoverskrider mellem sundhedsvæsenets diskursorden og ordenen for offentlig service og administration, hvor den fungerer som bindeled for IT-teknologi som styringsrationale i samspil og modspil med new public management (NPM) og new public governance (NPG) logikkerne. En høj grad af interdiskursivitet skaber ændringer i sundhedsvæsenets sociale struktur og praksis gennem konstruktionen af nye roller som professionel og borger, og en delvis operationalisering over tid.

**Diskussion/konklusion:** Staten skaber netværk af tekster og enheder, der i samspil etablerer organisationer som tilsyneladende 'autonome' i styringen af sig selv. Ansvarliggørelse og rationale om individer der søger rationele valg i optimering af eget liv, udtrykkes gennem en kontrolleret styring af friheden. Styringsrationalerne NPM og NPG supplerer hinanden i perioden 2001 – 2016, og Dunleavys Digital era governance (DEG) har sit indtog i statens samlede styringsbatteri rettet mod klinisk praksis i sundhedsvæsenet med en kurs mod digitaliseret klinisk praksis.

Keywords: kritisk diskurs analyse, governing, IT-teknologi.

**Background:** The Health Authorities have experienced a substantial increase in the use of IT technology in clinical practice. EPJ EOJ, E-journal, sundhed.dk (a Danish health portal) and medical telephone helplines to mention but a few. These tools have emerged from a range of management techniques/instruments that surrounds the practice performance. In their political strategies, the Government expresses its desire for digitization of the health care system. The often-repeated arguments for the implementation of IT technology are efficiency and increased quality. These stated targets can be viewed as the basis for the Governments attempt to design, control and regulate the role of patients and health professionals. The purpose of this study is to provide an in-depth view of the Government's rationale and techniques that are used to guide the health authorities through the IT technology implementation process.

**Method:** Six strategically selected political digitization strategies represents the empirical evidence. Critical discourse analysis (CDA) are the base for the methodology. Fairclough's understanding of intertextuality, interdiscursivity, discourse and order of discourse is the conceptual framework in the discourse analysis.

**Analysis / Results:** The analysis identifies three discourses; coherent digital citizens' process, digitally supported service and the (obligatory) active digital citizen. They represent the Health Authorities' order of discourse. The course of progress is seen as a cross-border between the healthcare discourse order and the public service and administration order, where it serves as a link for IT technology as governance in interaction and opposition to New Public Management (NPM) and New Public Governance (NPG) rationales. A high degree of interdiscursivity creates changes in the social structure and practice of the Health Service through the creation of new roles for both the professionals and citizens, and a partial operationalization over time.

**Discussion / Conclusion:** The Government create networks of texts and entities that in collaboration establishes organizations that seemingly are 'autonomous' in the management of themselves. The responsibility and rationale concerning individuals seeking rational choices in the optimization of their own lives are expressed through a controlled management of freedom. The NPM and NPG governance rationalities complements each other during 2001 - 2016, and Dunleavyes - Digital Era Governance (DEG) has entered the Government's overall management strategies aimed at the clinical practice in the healthcare system on course towards a digitized clinical practice.

Keywords: critical discourse analysis, governing, IT technology.

## Indhold

1.	Indledning.....	5
2.	Baggrund .....	5
2.1.	En kritisk stemme fra praksis .....	5
2.2.	Fra direkte til indirekte kontakt med IT som mellemliggende .....	7
2.3.	Patientforløbet – statens tilbagevendende udfordring .....	8
2.4.	Effektivisering og sammenhæng gennem digitalisering.....	9
2.5.	Forståelsen af stat og styring i relation til den danske sundhedsmodel .....	10
2.6.	IT- teknologi som styringsteknologi.....	11
2.7.	Den digitale borger .....	12
2.8.	De professionelle råderum .....	13
3.	Formål og problemstilling: .....	14
4.	Teoretisk rammeværk .....	15
4.1.	Governmentality .....	15
4.2.	En kritik af statens rolle.....	16
4.3.	Governing advanced liberal democracies .....	16
4.3.1.	En ny relation mellem eksperten og politikken .....	17
4.3.2.	Pleuralisering af ”sociale” teknologier .....	18
4.3.3.	Individet.....	19
4.4.	Domæne, diskurs og netværk .....	20
4.5.	Refleksion over valgt teoretisk perspektiv .....	20
5.	Metodisk design og empiri .....	21
5.1.	Kritisk diskursanalyse inspireret af Norman Fairclough .....	21
5.2.	Centrale analyse begreber.....	23
5.3.	Fremgangsmåde i analysen.....	24
5.4.	Refleksioner over valgt analysemetode .....	25
5.5.	Min egen rolle som forsker.....	26
5.6.	Empiri .....	26
5.7.	Refleksioner over udvalgt empiri .....	27
5.8.	Etiske overvejelser.....	28
6.	Analyse – Kontekstualisering.....	29
6.1.	Organisering omkring den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2001-2016 .....	29
6.2.	Strukturreform – fra amter til regioner .....	32
6.3.	Rammesættende lovgivning .....	34

6.4.	MedCom.....	36
6.5.	Kritisk diskursanalyse.....	37
6.6.	Strategitekst 1 (2001-2003) .....	40
6.7.	Strategitekst 2 (2004-2006) .....	44
6.8.	Strategitekst 3 (2007-2010) .....	48
6.9.	Strategitekst 4 (2011-2015) .....	53
6.10.	Strategitekst 5 (2016-2020) .....	58
6.11.	Strategitekst 6 (2013-2017) .....	61
6.12.	Opsummering: .....	66
7.	Afsluttende diskussion og konklusion .....	69
7.1.	IT-teknologi i et mikroperspektiv .....	70
7.2.	IT-teknologi i et makroperspektiv .....	72
7.3.	Refleksion over forskningsproces .....	75
8.	Litteraturliste .....	76
9.	Bilag .....	86
9.1.	Bilag 1 .....	86
9.2.	Bilag 2 .....	96

## 1. Indledning

Forskningsprojektets tema omhandler hvordan IT-teknologier fremtræder som et instrument for statens styring af klinisk praksis i det danske sundhedsvæsen. Formålet er at øge forståelsen for, hvad der ligger bag ved skærbilledet, IT-blanketten og de ændrede arbejdsgange og processer en sundhedsprofessionel til dagligt skal forholde sig til.

Indgangen til fænomenet IT-teknologi i projektet er forankret i et governmentalt perspektiv for at undersøge, hvordan statens forståelse og anvendelse af IT-teknologi i sundhedsvæsenet bliver tilgængelig, som statens forsøg på at styre og kontrollere processer og handlinger. Projektet forholder sig hermed også kritisk til de mekanismer og relationer, der er dominerende indenfor forskningsfeltet i et sådan perspektiv.

Først placerer jeg forskningsobjektet i dets kontekst. Derefter en indføring i Rose's *governing advanced liberal democracies* der udgør studiets primære teoretiske referenceramme inden metodegennemgangen, der er bygget op omkring kritisk diskurs analyse med udgangspunkt i Fairclough's dialektiske relationelle forståelse. Analysen er med udgangspunkt i den dialektiske relationelle tilgang todelt, første del består af en kontekstualisering, der agerer baggrund for den anden del, analysen af de 6 udvalgte politiske strategidokumenter.

Jeg vil her indledningsvis afgrænse og placere mit forskningsobjekt; statens brug af IT-teknologi som styringsteknologi, i det brede felt der forekommer rundt om fænomenet IT-teknologi i sundhedsvæsenet. Heri præsenterer 3 centrale positioner; staten, de professionelle og borgerne, der udgør en vigtig grundsten i forhold til projektets governmentale perspektiv.

## 2. Baggrund

### 2.1. En kritisk stemme fra praksis

Selv er jeg udviklingsfysioterapeut på et akutsygehus i en af Danmarks 5 regioner. Fra 2005 har det offentlige sundhedssystem været min arbejdsplads som praktiker, underviser og udviklingsansat. De første år i klinisk praksis var organiseret ud fra en arbejdsdag struktureret omkring papir og fysisk fremmøde. Overblikket over patienter der skulle tilses, fik vi gennem faxede henvisninger og papir patientkort, der blev delt ud. Information om en ny indlagt patient blev indhentet gennem samtale med patient, pårørende, kollegaer på sygehuset og kommunale sundhedsprofessionelle. Dokumentation blev udført på computer og derefter printet og lagt i patientens papirjournal. I udskrivelsesprocessen fik patienten papirudskrifter med hjem om planer og aftaler, så pårørende og kommunale sundhedsprofessionelle havde mulighed for at følge op i det videre forløb.

Genoptræningsplaner (GOP) blev sendt med posten til patienten, kommunen og egen læge. Patienter fik en indkaldelse til ambulante besøg i deres postkasse hjemme, og havde de brug for at få adgang til deres helbredoplysninger, ansøgte de om aktindsigt, og fik udleveret informationerne. Papiret var det bærende element i dokumentation og kommunikation i patientforløbet.

I dag er den elektroniske patientjournal omdrejningspunktet. Overblikket over indlagte patienter der skal tilses, fås på oversigtstavler, hvor vi tildeler os selv opgaver. Information om en ny indlagt patient klikkes op i systemet. Her er information om hvad andre sygehuse har foretaget sig, samt digitale røntgen og scanningsbilleder. Ydelser og hjælpemidler bevilliget af kommunen til patienten fremgår af den nationale hospitals og kommune meddelelse, der automatisk sendes når patienten registreres indlagt i systemet. De informationer vi skal bruge fra tværfaglige kollegaer, hentes ud af systemet. I den daglige professionelle kontakt er det blevet kutyme at svare, ”det kan du se i systemet”. Vi dokumenterer i standardiserede vurderingsskemaer inde ved patienten på stuen på en a-phone, og genoptræningsplanen, udfyldes sammen med patienten og sendes elektronisk til egen læge, kommunen der skal udføre, og patientens e-Boks (elektronisk postkasse). Der udfyldes elektroniske udskrivningsrapporter, som en del af de nationale hospitals og kommune meddelelser, og vi ved at data sendes til kommune, egen læge og patientregistre når der trykkes send i systemet. Patienten kan med få timers forsinkelse selv, via sin digitale signatur, logge sig ind i sin sundhedsfaglige journal på sundheds.dk, og se hvad de sundhedsprofessionelle har dokumenteret. Indkaldelser lander i patients e-Boks, og der linkes til diverse informationsmaterialer på hjemmesider, der kan give svar på ofte stillede spørgsmål.

Papiret er blevet erstattet af 0 og 1 taller i patientforløbets dokumentation og kommunikation. Et eksempel på struktureret data er de nationale IT- standarder; hospitals og kommune meddelelser og g-Gopen (Den Gode (Elektroniske) Genoptræningsplan) udviklet og implementeret af MedCom. Standarderne er bygget op over den faglige klassifikationsmodel ICF på indholdssiden. Afgrænsning af plads i skabelonen afgør, hvor meget information indenfor hver kategori der kan videregives til modtageren i en anden sektor. Den lokale Elektroniske Patient Journal (EPJ) har en tværfaglig opbygning, og er primært organiseret omkring strukturerede data, der kan trækkes rundt mellem faggrupper, og derved give et opdateret overbliksbillede af patienten, når journalen åbnes. Vel og mærke når det virker og anvendes korrekt.

## 2.2. Fra direkte til indirekte kontakt med IT som mellemliggende

I dag er telefonopkald og papirer stille og roligt blevet erstattet af tablets, elektroniske patientjournaler (EPJ) og digitale kommunikationsveje internt på et sygehus, samt mellem sundhedsvæsenets forskellige tværsektorielle organisationer. Informationer om patienten indordnes i de designopsæt, der skal sikre struktur, og en fælles faglig referenceramme søges i ICF klassifikationen og den tilhørende terminologi. For at sikre datastrømmen tværsektorielt udbygges det nationale sundhedsdatanet, så de elektroniske patientjournaler (EPJ), de elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og borgernes personlige sundhedsjournal kan tale sammen.

På det organisatoriske niveau er kommuner og regioner forpligtet til at indgå sundhedsaftaler. Et af de fire indsatsområder er sundheds-IT og digitale arbejdsgange (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014). Kommuner, regioner og privat praksis skal her forholde sig til den gældende digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenets målsætninger, og den gældende økonomiaftale med staten i arbejdet med implementering af bl.a. de nationale MedCom standarder. Yderligere skal sygehuse og kommuner monitorere brugen af MedCom standarderne og afrapporterer til sundhedsstyrelsen (KKR Sjælland, 2015).

Kommunikationen med patienter har ligeledes fået en ny dimension gennem integrationen mellem sygehusets EPJ og borgerens egen sundheds e-journal, hvor oplysninger fra praktiserende læge og sygehusvæsenet er tilgængelige efter de er tastet ind. Dialogen ude på patientstuen involverer en skærm, der aktivt indgår i det patientnære arbejde, og ændrer sammen med præsentationen af telemedicin, på relationen mellem professionel og patient i den kliniske praksis (Dyb & Andreassen, 2014; Delpierre, Cuzin, Fillaux, Alvarez, Massip & Lang, 2004; Meissner & Schnepf, 2014; Nguyen, Bellucci & Nguyen, 2014).

Tidligere forskning viser, at IT-teknologier i dag er blevet omdrejningspunktet i det nære patientarbejde internationalt, om end der er identificeret flere udfordringer i implementeringen (Meissner & Schnepf, 2014; Nguyen et. al. 2014). Danmark er med i front i processen, og sundhedsvæsenet har med resten af den danske offentlige sektor været igennem en tydelig ændring i den offentlige forvaltningspraksis - rettet mod digital offentlig forvaltning de sidste 30 år (Ejersbo & Greve, 2014). Digital forvaltning forstås her som IT-teknologiernes systematiske anvendelse til at forandre organisationer og arbejdsprocesser, med det formål at opnå en forbedring (Ejersbo & Greve, 2014). Staten vil forandring indenfor sundhedsvæsenet, en forandring der diskuteres nedenfor.



### 2.3. Patientforløbet – statens tilbagevendende udfordring

Sammenhæng har haft statens interesse gennem årtier. Tidligere forskning viser, hvordan staten fra 1970'erne og frem har fremstillet patientforløbet med en iboende problemstilling omkring sammenhæng. Der ses i perioden en gennemgående ensartethed i den politiske fremstilling af problemstillingerne i det usammenhængende patientforløb, og de ideer og løsningsforslag der blev præsenteret dengang, diskuteres stadig i dag (Høgsgaard, 2016, s. 9-10).

I 1970'erne gennemføres den første kommunalreform med det formål at reducere antallet af kommunale enheder fra 1098 til 277 (senere 275), og derved gøre dem mere robuste til at klare nogen af de sundhedsopgaver et presset hospitalsvæsen løste. Hospitalsvæsenet havde oplevet en kraftig stigning i udgifter bl.a. pga. bedre behandlingsmuligheder, og heri også en større efterspørgsel. Opgaver blev derfor gennem reformen flyttet fra hospital til kommune. I en tilknyttet betænkning fra 1974 udtrykker staten en bekymring for, hvordan et sektoropdelt sundhedsvæsen skal fungere, og der er fokus på at fremme en bedre koordination og tættere samarbejde gennem et opgør med den herskende båseopdeling mellem sundhedsvæsenets tjenester (Høgsgaard, 2016, s. 11-13). Høgsgaard præsenterer lignende argumentation igennem 1980'erne, og fremhæver her den politiske formulering af styrkelse af informationsudveksling og kommunikation på tværs. Konkrete forslag til handling er i perioden etablering af udvalg, der skal aftale fælles grundprincipper for journaler, henvisninger, udskrivningsbreve mm (Høgsgaard, 2016).

I dag er dette løsningsforslag skrevet ind i den gældende Sundhedslov fra 2013 i §§ 203-205, samt i Bekendtgørelse nr. 1569 om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013). Sundhedskoordinationsudvalgets rolle er i 2014, at understøtte sammenhængende patientforløb, understøtte kvalitet og en effektiv ressourceudnyttelse i opgaveløsningen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014, Mathiesen, Handberg & Thomsen, 2011; Schrøder & Bangshaab, 2012, s. 298; Region Sjælland, 2015).

Ændringen af sundhedsloven skal ses i sammenhæng med endnu en kommunalreform i Danmark; Strukturreformen. Den betød at de danske amter i 2007 blev nedlagt og erstattet med 5 regioner, der står for at drive de danske hospitaler, samt en sammenlægning af de daværende 275 kommuner til 98 (Protti, Wright, Treweek & Johansen, 2006, s. 94). Strukturreformen har også betydet etablering af supersygehuse, en centraliseringsproces, hvor ekspertisen samles, og tanken om det nære sundhedsvæsen skal udmøntes i kommuner og privatpraksis tæt på borgerens eget hjem (Regeringen, 2013a, s. 13). I 2013 evaluerer staten på den gennemførte reform, og konkluderer at de større

regionale og kommunale enheder har en god faglig og økonomisk bæredygtighed, men der er områder hvor den nuværende opgaveløsning ikke hænger godt nok sammen (Regeringen, 2013b, s. 1). Der skal være et tættere og mere velfungerende samarbejde mellem stat, kommuner og regioner. Staten præsenterer ønsker om styrkelse af samarbejdsaftalerne, og ændringer i incitamentsstrukturen. Helheden i forløb skal honoreres, fremfor enkeltdele gennem integrerede og fælles sundhedsløsninger (Regeringen, 2013b, s. 7; Høgsgaard, 2016, s. 13-14; Regeringen, 2013a, s. 9).

Seemann peger på at den offentlige organisering, specielt det danske sundhedsvæsen er hybrider af maskin- og fagbureaukrati, med hver deres iboende siloproblemer (Høgsgaard, 2016), og set i sammenhæng med reformtiltagende er komplekse patientforløb blevet mere fragmenterede, og det har skabt et større behov for sammenhæng og koordinering mellem sundhedssektorens organisationer (La Rocca & Hoholm, 2017; Bossen, 2011).

Udfordringer omkring dårlig kommunikation og samarbejde i sundhedsvæsenet, er ifølge staten uholdbart for borgeren og samfundsøkonomien. Staten vil fastholde og styrke fokuset på bedre styring, prioritering og produktivitet, hvor der er balance mellem kvalitet og sammenhæng overfor et fastholdt fokus på produktivitet og omkostninger i sundhedsvæsenet (Regeringen, 2013a; Regeringen, 2013b, s. 10-11). En forståelse det politiske domæne igennem årene har gjort til statens inkorporerede stemme for at legitimere ændringer (Hansen & Hammerslev, 2010; Bourdieu, 2010).

#### 2.4. Effektivisering og sammenhæng gennem digitalisering

IT-teknologier har fra 1990'erne været fremtrædende i politiske styringsdokumenter. IT til at opsamle, opbevare, bearbejde, dokumentere og kommunikere fremhæves som midler til at opnå bedre udnyttelse af ressourcerne, og øget kvaliteten og sammenhængen i behandlingen (Bossen, 2011; La Rocca & Hoholm, 2017). I den aktuelle digitaliseringsstrategi for det danske sundhedsvæsen "Digitalisering med effekt" fremhæves også IT-teknologi og digitalisering, som midler til bedre udnyttelse af ressourcer, øget kvalitet i behandlingen, samt styrket sammenhæng og koordinering ved at støtte de sundhedsprofessionelle i deres kliniske arbejde (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013).

International forskning omkring IT-teknologi som middel, viser at formålene med implementeringen i dag stadig relaterer sig til målene; at forbedre kvaliteten af behandling, understøtte medicinsk beslutningstagen, øge brugen af kliniske guidelines, samt styrke koordinationen mellem aktørerne gennem hurtigere informations flow og håndtering, for at opnå tidsbesparelse og herved økonomiske fordele (Delpierre, et. al, 2004, s. 408; Meissner & Schneep, 2014; Møller, 2011).

Anvendelsen af IT-systemer til styrkelse af koordinering og sammenhæng afhænger af de professionelle oplevelse af brugbarhed og incitamenter til at anvende systemerne i praksis (O'Malley, Grossman, Cohen, Kemper & Pham, 2009; Meissner & Schneep, 2014; Nguyen, et. al, 2014). Forskning viser at relevante data for modtageren, IT-systemer der taler sammen, og et hurtigt og relevant overblik, er elementer der er væsentlige hvis den professionelle skal tage IT-teknologien til sig (ibid). Derudover fremhæver O'Malley et al (2009), at staten må arbejde med økonomiske incitamenter rettet mod sammenhæng og koordinering, og sikre at IT-systemer på tværs af sektorer kan arbejde sammen, samt at data er standardiserede for at få de professionelle med.

Internationalt er udbredelsen af IT-teknologier i sundhedsvæsenet fuldt med den generelle samfundsudvikling på området omkring brug af data og dataudveksling (Delpierre, et. al, 2004, s. 408). Der investeres store summer i udviklingen af elektroniske patientjournaler og sundhedssystemer i Europa og USA (Bossen, 2011). I Danmark er udvikling og implementering af sundheds- IT i dag sat på den årlige finanslov, og er en fast del af økonomiaftalerne med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL).

## 2.5. Forståelsen af stat og styring i relation til den danske sundhedsmodel

Det danske sundhedsvæsen, som projektet er indlejret i, kan forstås som en social konstrueret sundhedsmodel – knyttet op til universal adgang til behandling og pleje som rettighed (Frederiksen, 2016). Modellen udgør en del af den danske velfærdsmodels 4 grundsten; sundhed, socialservice, uddannelse og beskæftigelse (Frederiksen, 2016). I et magtperspektiv kan grundlaget for konstruktionen tilgås med et blik for statslig monopolisme på legitim anvendelse af symbolsk og fysisk vold. I dette perspektiv bliver modellen og de tilhørende institutioner, et led i statens bestræbelser på at vedligeholde og udbygge dens magtmonopol (Bourdieu, 2010a; Hansen & Hammerslev, 2010; Frederiksen, 2016, s. 48). Et monopol, der ifølge Frederiksen (2016), lader til i dag i stigende grad at må indrette sig efter de vilkår en global neoliberal politik skitserer.

Den neoliberale indflydelse fra 1990'erne og frem, har påvirket udviklingen af den stigende mængde styringslogikker staten sætter i spil. Dette ses som et udtryk for at den nye offentlige managementtænkning er blevet et anvendeligt redskab for den bureaukratiske forvaltning (Frederiksen, 2016, s. 51; Høgsgaard, 2016, s.9-10). Neoliberalismen bygger på en filosofi om mennesket som et frit, uafhængigt og rationelt individ, der søger at realiserer sine interesser bedst muligt (Christensen, 2006, s. 1). Individet er herved underlagt egne behov og interesser, og kan frisættes, ved at disse gør sig gældende i en markeds konkurrence (Christensen, 2006; Frederiksen,

2016). Syntesen mellem individets frihed og fordelingen af samfundets goder opstår således på markedet. Dette er en bestemt politisk- økonomisk måde at beskrive velfærdsstaten på, hvori sundhedssektoren er indlejret, og en avanceret social måde at inddrage borgere og professionelle på i den neoliberale diskurs (Frederiksen, 2016, s. 59).

Den Ny liberalistiske rationalitet leder til dilemmaer mellem styring og forpligtigelse på den ene side, og autonomi og frihed på den anden. Individene, professionerne og organisationerne stimuleres til at tage ansvar for sig selv, egen udvikling og arbejde, samtidig med at staten har retten og muligheden for at sætte autoritære handlinger igennem, hvis forventningerne om ansvarlighed ikke efterleves (Obstfelder, Lotherington & Johansen, 2013).

Brennan, McElligott & Power (2015) har undersøgt om der er en sammenhæng mellem typen af national sundhedsvæsens model og adaptationen af e-journaler og e-henvisninger i primærsektoren. De finder at ”The national health service model” (NHS), Danmark er kendt for at have en variant af, er den med den højeste adaptation af e-journaler og e-henvisninger, og understøtter at den danske sundhedsmodel giver staten et styrket grundlag at agere på. Ligeledes har Protti et. al (2006), sammenlignet implementeringen af nationale sundhedsnetværksløsninger, repræsenteret ved MedCom standarder i de danske lægepraksisser, med engelske og skotske læger. Her anvender 90% af lægerne i Danmark de nationale standarder til recepter, henvisninger og kommunikation med sygehus og kommunale sundhedstjenester (Protti et. al; 2006). Det danske sundhedsvæsens brug af sundheds-IT ligger højt i forhold til sammenlignelige lande.

## 2.6. IT- teknologi som styringsteknologi

Forståelsen af teknologi f.eks informationsteknologi eller computerteknologi er i hverdagstale orienteret mod en fysisk ting eller mekanisk indretning; mobiltelefoner, ledninger, mikrochips. Små fysiske teknikker rettet mod bestemte praktiske udfald (Rose, 2003, s. 186). I et styringsperspektiv er forståelsen af teknologi defineret ud fra at bestemte tankeformer bliver tekniske, og lader deres realisering afhænge af teknologi (Rose, 2003, s. 186). Heri er indlejret at en bestemt form for teknologi; et elektronisk computer journalsystem f.eks., kræver en indprentning af en bestemt form for liv. Rollen som sundhedsprofessionel eller patient kræver en omformning for at passe ind i de tilrettelagte processer. Små kropsteknikker i individet skal ændres aktivt, og mentale teknikker til at tænke ud fra bestemte kommunikationspraktikker og selvpraktikker, orienteret mod IT programmerne, data- og systemforståelse skal mobiliseres (Rose, 2003). I en politisk-økonomisk

sfære, handlinger der har til formål at kontrollere, regulere, forme og udøve autoritet over andre (Christensen, 2006; Rose, 1999).

## 2.7. Den digitale borger

I forbindelse med indførelse af digital forvaltning gennemfører staten løbende undersøgelser for at måle danskernes parathed overfor de digitale handlinger. Fra 2001 har Danmarks Statistik årligt udgivet en rapport over danskernes internettilknytning, brug og egen vurderede IT færdigheder. Siden 2010 har digitaliseringsstyrelsen været medfinansierende til undersøgelsen, der inkluderer de 15 til 89 årige (Danmarks Statistik, 2016, s.3). Nedenstående tabel giver et indblik i udbredelse og anvendelse af internet og anvendelse af offentlig selvbetjening/hjemmesider.

Tabel 1: Udbredelse og anvendelse af internet og offentlige digitale serviceportaler (danskere mellem 16 og 89 år).

### Opkobling og brug af internettet 2016 tal:

91 % af de danske familier har adgang til internettet i hjemmet (84% i 2011)

85% er på internettet hver dag (76% i 2011). 6% angiver at de ikke har været på de sidste 3 måneder ved undersøgelsens gennemførelse.

4 ud af 5 går på internettet via mobilen.

19% (65 – 89 år) har aldrig brugt internettet (44% i 2011)

### Brug af offentlige digitale tjenester:

95% har oprettet NemID, som er en forudsætning for at kunne benytte sig af de personlige offentlige tjenester (91% i 2014). Dog er næsten hver anden borger over 74 år fritaget for digital post.

4 ud af 5 har fundet oplysninger på offentlige myndigheders hjemmesider, og 3 ud af 5 har indsendt oplysninger via digitale selvbetjeningsløsninger. 80 % af brugerne af de offentlige digitale løsninger er tilfredse med hvor nemt det er at finde det de skal bruge, 8 % finder det svært.

For hele befolkningen ønsker 18% at afgive fuldmagt til andre i forhold til brug af de digitale løsninger.

2 ud af 5 internetbrugere har bestilt tid på nettet til egen læge eller hospitalsbesøg, og landsgennemsnittet for gennemførte konsultationer via e-mail i privatpraksis er på 14 %. I 2015 havde 18% slået op i deres e-journal på sundhed.dk.

### Oplevelse af egne it færdigheder:

50% føler sig rustet til at bruge internettet. 27% oplyser, at de fravælger brug af internettet pga manglende færdigheder (30% i 2011). Billedet er her jo ældre jo lavere selvooplevet kompetence.

Tallene giver et indtryk af, at den danske befolkning er digitalt gearret, med en tendens mod jo højere alder, jo lavere brug. Samtidig er der en vilje til at anvende samtykke, der giver andre lov til at administrere egne oplysninger og kontakter med det offentlige.

Danske regioner lancerer på deres hjemmeside at IT-teknologierne skal sætte borgeren i centrum, og indrette regler og processer efter dette (Hansen & Stenbæk, 2016). De offentlige digitale løsninger indenfor sundhedsvæsenet skal således være let tilgængelige, anvendelige og opleves som meningsfulde for borgerne. Ifølge Delpierre et al (2004) havde patienterne en overvejende positiv holdning til brug af elektroniske patientjournaler og IT-teknologi på stuen. Patienterne oplevede ikke en reduktion i ansigt til ansigtkontakt. Det der bekymrede patienterne var datafortrolighed og sikkerhed.

## 2.8. De professionelle råderum

De professionelle i sundhedsvæsenet er karakteriseret ved at udføre deres arbejde under autorisation, En konstruktion hvis grundlæggende formål er at placere opgaveansvaret hos den faggruppe, der er uddannet til at varetage den. En autoriseret sundhedsprofessionel er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres praksis (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). Det faglige skøn og klinisk ræsonnering er grundlæggende elementer i udøvelsen af den sundhedsfaglige praksis – heri er indlejret en autonomi til at handle efter bedste evne i patientforløbet.

La Rocca & Hoholm (2017) afdækker et professionelt spændingsfelt mellem struktureret og fleksibel dokumentation ved indførelsen af de norske PLO meldinger, i et af den norske stats forsøg på at understøtte sammenhæng og koordinering af forløb på tværs. Autonomien bliver udfordret i standardiseringen af dokumentation og kommunikationsredskaberne.

Dyb & Andreassen (2014) løfter undersøgelsesperspektivet op fra individ niveau, og afdækker med et magtperspektiv hvordan indførelsen af telemedicin er meget andet end bare implementering af et teknisk værktøj i det kliniske arbejde. Magtperspektivet gør det muligt for dem at vise, hvordan den professionelle autonomi, repræsenteret ved; hvad er den rigtige behandling, står i kontrast til den statslige styringsinteresse, og målet om effektivitet og sammenhæng. Anden tidligere forskning fremhæver de personlige faktorer betydning hos den professionelle i brugen af IT-teknologier i en lokal kontekst, og konkluderer at linjen mellem fordele og ulemper for den enkelte er semipermeabel, da den afhænger af opgaver og ansvarsområder (Meissner et al., 2014).

### 3. Formål og problemstilling:

Der er en markant udvidelse af brugen af IT-teknologi i sundhedsvæsenet i gang i Danmark. Litteraturgennemgange viser at sundheds-IT og teknologi er vel undersøgt indenfor perspektiverne økonomi, de professionelle, samarbejdsperspektivet og patientperspektivet i forskellige kvantitative og kvalitative opsæt (Se bilag 1; søgestrategi). Den identificerede forskningslitteratur har primært fokus på de beskrevne mål, der i baggrunden er fremstillet som statens argument for at indføre sundheds-IT og teknologi; Bedre sammenhæng, større effektivitet og højere kvalitet. Publicerede forskningsresultater, der lægger et styringsperspektiv ned over digitalisering, er rettet mod primærsektoren i andre lande med en anden sundhedssektormodel end den danske. Forskning i statens brug af IT- teknologi som del af styringen af det danske sundhedsvæsenet anses derfor som begrænset, hvorved det er et forholdsvist uafklaret område denne masteropgave undersøger et udsnit af.

*Governmentality* perspektivet kan rettet mod *governance* bidrage med at forstå nogen af de dominerende tanker om statens styringslogikker i den periode projektet tager udgangspunkt i, for hermed at skabe en udvidet indsigt i fænomenet IT-teknologi i sundhedsvæsenet, som statens forsøg på at lede sundhedsvæsenet i en ønsket retning.

Formålet med studiet er som sagt en undersøgelse af statens konstruktion af styring gennem IT-teknologi i sundhedsvæsenet, en konstruktion der forpligter de professionelle i deres måder at tænke og handle på, det trange rum der skal ageres i, og tilstedeværelsen af modstridende praksisser. Et bidrag til at øge de professionelles indsigt i statens intentioner ved at afdække bagvedliggende forhold indskrevet i de politiske dokumenter og handlinger. Bagvedliggende forhold, der lader sig afdække med et blik på rådende diskurser.

Hermed en afgrænsning af projektets tema til hvordan IT-teknologier fremtræder som del af en politisk styring af klinisk praksis i sundhedsvæsenet:

Hvilket søges belyst gennem nedenstående to forskningsspørgsmål:

- Hvordan omtales brugen af de digitale offentlige løsninger gennem den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi i perioden 2001 - 2016?
- Hvilke dominerende diskurser kan identificeres i de politiske tekster, og hvordan forholder de sig til hinanden?



Staten vil i det følgende repræsentere en betegnelse for politikere og embedsmænd i en samlet position.

#### 4. Teoretisk rammeværk

Først en introduktion til begrebet *governmentality* og heri *governance*.

##### 4.1. Governmentality

*Governmentality* begrebet blev i 1970'erne introduceret af Foucault gennem hans interesse for at undersøge politisk magt. Begrebet blev her i bred forstand forstået som teknikker og procedurer til at styre og kontrollere menneskelig adfærd af staten eller af en selv (Rose, O'Malley & Valverde, 2009, s. 1; Bourdieu, 2010; Hansen & Hammerslev, 2010). Her tages hovedsageligt udgangspunkt i Rose, velvidende at Foucault publicerede hans tekster først. I det følgende er det Roses' begrebsbrug der dominerer. *Governmentality* betegner alle mere eller mindre rationaliserede forsøg på at forme personers adfærd; individuelt eller kollektivt ved at intervenere og inkorporere tankemønstre som påvirker handlinger og handlemuligheder, for at opnå bestemte mål (Rose, 2003, s. 180; Rose, 2006, s. 147). Dette perspektiv på politisk magt og styring, som noget der altid opererer gennem specifikke rationaliteter, og styrer mod bestemte slutninger der opstår med dem. Gør det muligt at identificere forskellige tanker, deres forudsætninger for at forme, de praktikker de består af, og hvordan de er udført. Emner der gør det muligt implicit og eksplicit at svare på følgende spørgsmål: hvem eller hvad skal styres, hvorfor skal de styres, hvordan skal de styres, og mod hvilken ende skal de styres? (Rose et al, 2009. s. 3; Rose, 2003, s. 281).

Rose placerer *governmentality* som tanker, der muliggøres gennem handlinger. Han operationaliserer begrebet ved at forholde sig til rationaliteter, regulariteter, strategier, teknologier og politiske programmer for at synliggøre statens monopol og kontrol gennem sine institutioner.

Politiske rationaliteter er omskiftelige. De opstår med udgangspunkt i deres samtid – de opstår et bestemt sted, på et bestemt historisk tidspunkt understøttet af sammenhængende tankesystemer. Politiske rationaliteter indeholder skiftende opfattelser af den legitime autoritets natur og udstrækning, og involverer skiftende ideer om autoritetens formål; frihed, lighed, ansvar og autonomi etc. (Rose, 2003, s. 183). Rationaliteter undergår derfor også konstante modifikationer i lyset af nye identificerede problemer og løsninger (Rose et al., 2009, s. 22). Rationaliteter tænker Foucault og Rose i samme retning omkring. De kan anvendes til at identificere bestemte politiske rationaler (Rose & Miller, 1992, s. 178-79), hvortil der til hver er tilknyttet forskellige typer af teknologier, strategier



og taktikker (Rose, 2003, s. 184). Han fremhæver, at politiske rationaliteter har en moralsk, epistemologisk og sproglig *style of reasoning* dimension (Rose, 2006).

Moderne politiske rationaler og *governing* teknologier er koblet til udvikling af viden og ekspertise (Rose & Miller, 1992, s. 173). Regulariteterne afspejler de typer af problemer, der optager den politiske tænkning (Rose, 2003, s. 184). Samt opfattelsen af de politiske subjekter, hvordan de indskrives i governmentale programmer og teknikker, og i den tekniske dimension af det politiske omkring hvordan skal problemerne løses, hvordan skal man intervenere i det der skal styres (Rose, 2003, s. 185). Teknologierne tager form af praktisk tilrettelagte forhold, fysiske ting, der har til formål at producere et bestemt (praktisk) outcome. Realiseringen fordrer dog gerne ændringer i livsformer, roller, indlæring af små kropsteknikker og mentale forestillinger (Rose, 1999, s. 52).

#### 4.2. En kritik af statens rolle

Rose's *governing advanced liberal democracies* er en governmental fremstilling af nogen af de ændringer, han har identificeret i de politiske rationaler i vesten (primært engelsktalende lande), i perioden op til årtusindskiftet og ind i det nye århundrede. Forandring er i Rose's optik, baseret på noget førtidigt. Derfor et kort oprids af den primære kritik, der lægges til grund for de identificerede forandringer.

Kritikken mod velfærdsstaten som den havde udviklet sig igennem det 20 århundrede, var rettet mod de etablerede sociale sikkerhedsmekanismer, statsplanlægning og statsejede selskaber. Det nogen intellektuelle advokerede for; en udvikling af den totalitære stat (Rose, 2006, s. 153). Kritikken blev derfor båret frem af forståelsen af, at der var en udvidet social kontrol i samfundet. Staten var formynderisk og paternalistisk, og de professionelle havde indlejrede udvidede beføjelser, der øgede deres magt (Rose et al., 2009; Rose, 2003, s. 189). Det var i denne kontekst en ny rationalitet af styring begyndte at tage form. Den liberalistiske *Lazies Fair* form, var ifølge nogen af kritikkerne ikke ønskelig at vende sig mod igen, og heller ikke den altomfavnende sociale stat. Én løsning blev skabelsen af det neoliberale spor, der er indlejret i den danske kontekst – rationalet om styring i frihedens navn (Rose et al., 2009 s. 13; Rose, 2003, s. 188 -89).

I næste kapitel fremskrives Rose's operationalisering af hans teoretiske rammeværk.

#### 4.3. Governing advanced liberal democracies

Rose fremstiller i *governing advanced liberal democracies* den transformation i styringsrationalitet han har identificeret. Hans operationalisering af de 3 præsenterede forandringer udgør dette studies teoretiske rammeværk. Hans arbejde har som tidligere nævnt afsat i udviklingen i de engelsktalende

lande; USA og England specielt. I forhold til en dansk kontekst har landet været under samme indflydelse, men i mindre grad end England (Rose et al., 2009, s. 12).

I lyset af kritikken opstod det Rose betegner *advanced liberalism*. Roses fremstilling af *advanced liberalism*, er delvist baseret på neoliberale præmisser i forståelsen af objekt, mål, mekanismer og grænserne for styring. De nye præmisser medførte en ny bevidsthed om den iboende rationalitet i de forskellige domæner styringen retter sig mod; markedet, familien, samfundet og individet (Rose, 1999, s. 139). Hermed opstod også nye måder at fordele styringsopgaver mellem det politiske apparat, mellemliggende forbindelser, professionelle, økonomiske aktører, samfund og private borgere (Rose, 1999, s. 140; Rose, 2006, s. 145).

I modsætning til tidligere herskende tankesæt om frigørelse af markedsrelationer fra deres sociale lænker, voksede ideen om at organisere alle væsentlige led af den nationale politik, så de muliggjorde at markedet kunne eksistere. Det ville give markedet, hvad det behøvede for at fungere. Social styring rekonstrueres således ud fra en økonomisk logik, og økonomisk styring der skal skabe og sikre økonomisk well being. Alle aspekter af social opførelse rekonceptualiseres langs økonomiske linjer, som kalkulative valg i lyset af universelle menneskelige valg (Rose, 1999, s. 141).

I næste kapitel flyttes fokus til de konsekvenser de forandrede forhold en liberal statslig styring skaber overfor professionelle og borgere. Tre relevante forandringer er opstået i statens udførelse af styring; En ændret relation mellem det politiske og det tilsyneladende politiske – staten og ekspertisen. Ændringerne i de problemer og mål der forekommer politiske/ i statens interesse, her i en pleuralisering af (sociale) teknologier, og en ændret relation mellem staten og individerne (Rose, 2006).

#### 4.3.1. En ny relation mellem eksperten og politikken

Vejen langs den økonomiske linje faciliterede oprettelsen af tilsyneladende autonome enheder i relation til staten. Enheder der ansvarliggøres og stilles til ansvar gennem regulariteter og teknikker som budgetter og auditeringer. Handlingerne leder til muligheden for selvstyring, en indirekte styring, *governing at a distance*.

De nye enheder forskyder forholdet fra at være managere af en disciplinær individualisering, mod en styret interageren med de etablerede professionelle autonome enheder gennem information, der gør eksperterne i stand til at styre sig selv (Rose, 1999, s. 147). De professionelle har en formel status af autonome eksperter omsluttet af egne netværk baseret på en forståelse af ”sand viden”, og egne

rådende logikker. Autonomien er skabt gennem licenser og autorisationer i en professionaliserings- og bureaukratiseringsproces (Rose, 2006, s. 151).

De bureaukratiske og professionelle normer reguleres gennem økonomisk logik. Det økonomiske sprog indlejrer sig i sundhedsdomænet, og ansvarlighed er her en stærk teknologi der påvirker de professionelles værn mod politisk indblanding i autonomiens navn (Rose, 1999, s. 152). Auditering er et eksempel på, hvordan et relativt marginalet instrument i kontrolbatteriet i lyset af *advanced liberal governing*, forandres til at være en central mekanisme til styring på afstand (Rose, 1999, s. 154). Audittens logik og tekniske forudsætninger afløser den interne logik af ekspertisen. Logikken skaber ansvarlighed overfor normer som standardisering og transparens, og ikke de klassiske professions normer. Teknologier som auditer skaber mistillid til den professionelle kompetence, og fordrer derved behovet for yderligere målinger, der kan holde eksperterne ansvarlige.

Nedenfor diskuteres hvordan Rose ser på teknikkerne indskrevet i diskurser for at muliggøre statens magtudøvelser.

#### 4.3.2. Pleuralisering af ”sociale” teknologier

I skabelsen af *advanced liberal governing* udvikledes diverse teknikker, der muliggør at staten kan frasige sig nogen af sine opgaver, og overlevere dem til de nyetablerede tilsyneladende autonome enheder. Ændringen har en social karakter eller mutation, relationen mellem den sociale borger og deres fælles samfund, afløses af relationen mellem det ansvarlige individ og deres styrende samfund (Rose, 2006, s. 157).

Forskellige styringsideologier/rationaler indskrives i diskursen om offentlig forvaltning og administration. *New Public Management* (NPM) strømmingen understøtter den økonomiske logiks objektivisering. NPM er et sæt af ideer (Dunleavy, Margetts & Tinkler, 2006, s. 218), og kan betragtes som et bredt og komplekst begreb, der finder anvendelse i styringen af den offentlige sektor (Thomsen, 2013, s. 58). NPM beskriver de reformtiltag, der har benyttet ledelsesværktøjer/ -redskaber fra den private sektor i den offentlige sektor (Ejersbo & Greve, 2014, s. 272).

Fra et økonomisk perspektiv er NPM baseret på en liberalistisk markedsøkonomisk tænkning; herunder et ønske om at effektivisere den offentlige sektor gennem udlicitering, privatisering og fri konkurrence mellem udbydere af offentlige tjenester (Thomsen, 2013, s. 58). Kontrol baseres på kvantificering gennem kontraktstyring og evaluering. Fra et organisatorisk perspektiv bygger NPM på strategisk ledelse og mål – rammestyring gennem blandt andet kvalitetsmålinger. En

gennemgående kritik er, at tilgangen har et intre-governmentalt fokus i en stadig mere plural verden (Osborne, 2006, s. 380).

*New Public Governance* (NPG) er et andet begreb der finder anvendelse i styringen af den offentlige sektor. *Governance* netværk sættes i spil som en del af Rose's *advanced liberal governing*, der tilskynder staten at styre på afstand ved at mobilisere tilsyneladende selvstyrende netværk (Sørensen & Torfing, 2009). Netværkene antager mange forskellige former; her er det nærværende for studiets formål at holde fokus på de netværk der er etablerede af staten direkte og indirekte. Styringsnetværk blomstrer op som en reaktion på den stigende afstand mellem en støt stigende styrings ambition og den øgende fragmentering af politisk og socialt liv (Sørensen & Torfing, 2009). NPG er forankret i organisationssociologi og netværksteori, og anerkender den stigende fragmentering og usikre natur af offentlig ledelse først i det 21 århundrede (Osborne, 2006, s. 382). Perspektivet rummer både en plural stat og en pluralistisk stat, derfor fokuseres her på inter-organisatoriske relationer og styring af processer, og strømmingen vægtlægger service effektivitet og outcome højere end input og output, der råder i NPM strømmingen. Begrebet NPG er ikke direkte relateret til Rose's teoretiske operationalisering, men perspektivet inddrages, da det har en væsentlig pointe i udviklingen af styringsrationaler der kan finde anvendelse i dag.

I det følgende flyttes fokus fra et makroperspektiv til et mikroperspektiv.

### 4.3.3. Individet

Rose argumenterer i hans *advanced liberal democracies* for, at i den nutidige strategi for styring af individet står skabelsen af frihed centralt (Rose et al 2009 s. 12; Rose, 2003, s. 183; Rose, 2006, s. 147). Frihed er ikke modstand mod styring. Tværtimod ses frihed, forstået som valg, autonomi, eget ansvar og forpligtigelsen til at maksimere eget liv som en slags entrepriser, en af grundprincipperne i *advanced liberal governing* (Rose et al, 2009, s. 12).

Mennesket forsøges individuelt eller kollektivt subjektiveret gennem forskellige strategier, der har til formål at forme egenskaber og handlemuligheder. Det bliver hermed nærværende at se på praktikker, hvis formål er at konstruere personer med særlige evner, kendetegn og rettigheder. De forholder sig til sig selv på en bestemt måde, og andre forholder sig til dem på en bestemt måde (Rose, 2003, s. 183). Friheden og forvaltningen af friheden er her helt essentiel. Konflikter kan derfor også ses mellem forskellige udgaver af friheden og deres konsekvenser (Rose, 2003, s. 183; Hansen & Hammerslev, 2010).

#### 4.4. Domæne, diskurs og netværk

Det er ifølge Rose (2003) kun muligt at styre gennem diskursive mekanismer, der repræsenterer det domæne, der skal regeres. Domænet er et område i et felt med egne begrænsninger og karakteristika, hvor delene er forbundet på en mere eller mindre systematisk måde. Hvilket gør det nødvendigt at definere grænser, og hvad der ligger indenfor dem (Rose, 2003, s. 189). De diskursive mekanismer beskæftiger sig med videns former eller sandhedsregimer. Hvad er det, der kan forklare at bestemte ting regnes for viden på bestemte tidspunkter, og hermed giver betydning til identiteter, klassifikationer og opdelinger (Rose, 2003, s. 185).

Sprog spiller her en rolle i processen med at forme netværk gennem overtalelse, retorik og tiltrækkelse (Rose et al., 2009, s. 9). I netværkene inkluderes autoriteter, grupper, individer og institutioner (Rose et al., 2009, s. 9). Bragt frem til at identificere deres egne ønsker og higen efter andres, så de er allierede i styringen – staten kan udøve styring på afstand (Rose et al., 2009, s. 9). Fællesskaber bliver en tilgang til at forstå denne transformation, og fællesskabet repræsenterer et netværk af styrede forhold mellem en gruppe af individer, hvor forpligtigelse over for fælles værdier, normer og betydninger, samt fælles historie og identitet bliver bindeleddet (Rose, 2003, s. 194). Ved at bygge netværk, styrke tillidsrelationer og udvikle gensidighed og samarbejde, kan individerne reageres gennem fællesskabet (Rose, 2003, s. 195). Netværk tolkes her bl.a. ud fra rationale i NPG.

#### 4.5. Refleksion over valgt teoretisk perspektiv

*Governmentality* er ikke bare et udtryk for neoliberal styring – alt kan ikke sættes lig. Ingen samfund rummer ren neoliberal styring. Der er elementer, og så tilstedeværelsen af noget andet (Rose 2003 s. 182). *Governmentality* teori er ikke at sidestille med sociologiske undersøgelser af magt og styring. Det er studier af et bestemt ”stratum” af viden og handling, og det er her muligt at forholde sig til jordnære spørgsmål. *Governmentality* som analytisk præference/ teoretisk ramme er fleksibel og åben – perspektivets ethos – ligger i tilgangen til spørgsmål omkring hvordan bestemte hændelser sker, og de forskelle det har skabt i relation til tidligere. Dette muliggør en kritisk tilgang til at undersøge spørgsmål – men ikke kritik i sig selv (Rose et al., 2009, s. 26).

Det teoretiske perspektiv løfter sig udover at se styring som noget en enkeltstående enhed er ansvarlig for f.eks. staten, og anerkender herved muligheden for at forskellige autoriteter styrer forskellige steder (Rose et al., 2009, s. 3). Jeg har i formålet afgrænset staten i projektet til at være repræsentant for centraladministrationen, Regeringen, og politikere vel vidende at det er en indgribende simplificering af forskellige positioner jeg foretager. Afgrænsningen af foretaget ud fra ønsket om at

undersøge hvordan staten (som samlet enhed) anvender IT-teknologi som styringsteknologi i sundhedsvæsenet.

## 5. Metodisk design og empiri

Forskningsdesignet er kvalitativt funderet med et kritisk og analyserende fokus på fænomenet IT-teknologi som styringsteknologi i sundhedsvæsenet, ved brug af en dialektisk relationel kritisk diskursanalyse metodik. Der tages udgangspunkt i en abduktiv inspireret strategi (Tjora, 2012, s. 26), da det governmentale perspektiv har en betydelig rolle i studiets forforståelse, der er styring i domænet.

Den metodologiske kritiske tilgang til fænomenet fordrer at der stilles spørgsmål ved det skrevne ord ud fra præmissen om, at der findes underliggende ideologiske forhold der er indskrevet i den indsamlede empiri. Diskurser har her en eksplicit og en implicit side (Fairclough, 2003, s. 17). Studiets forskningsspørgsmål har til formål at forsøge at få frem de implicitte sider/forhold, og deres relation til social orden og struktur i domænet for at afdække operationalisering over tid.

Kritisk diskurs analyse er en retning der kan betegnes som multidisciplinær. Genren har blandt andet rødder i lingvistikken, antropologien, etnografien og idehistorie (Bratberg, 2016). Det kritiske perspektiv i kritisk diskursanalyse forbindes til udviklingen af kritisk teori med aner tilbage til Frankfurterskolen og en (marxistisk) ideologi kritik. Der er en underlæggende social konstruktivistisk præmis i kritisk diskurs analyse teori, om at den sociale verden grundlæggende er subjektiv, og afhængig af at blive tolket for at blive forstået (Bratberg, 2016, s.16; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 17).

Norman Fairclough ses som en helt central figur indenfor kritisk diskurs analyse. Nedenfor præsenteres hans metodologiske grundlag, studiets analyse metode finder inspiration i.

### 5.1. Kritisk diskursanalyse inspireret af Norman Fairclough

Norman Fairclough tager i sin teoretiske og metodologiske definition af kritisk diskurs analyse (CDA) udgangspunkt i diskursbegrebet som værende et kompleks sæt af relationer på flere niveauer (Fairclough, 2010, s. 3). Diskurs er ikke en simpel enhed, der uafhængigt kan defineres. Forståelsen kommer ved at analysere de omgivende relationer.

I Faircloughs terminologi definerer sociale strukturer hvad der er muligt, og sociale events/begivenheder hvad der er aktuelt. Relationen mellem muligt og aktuelt er forbundet af social praksis. Sprog kan ses som et socialt element på alle tre niveauer. Sprog er en del af den sociale

struktur, tekst er elementer af sociale events, og diskursordener er elementer/netværk af sociale praksisser (Fairclough, 2003, s. 223; Fairclough, 2012, s. 81-86). Diskurs kan hermed være med til at bringe mening og meningsdannelse ind i det sociale liv (Fairclough, 2003, s. 3; Fairclough, 2012, s. 81-86).

Diskurs anses som både konstituerende og konstitueret af sociale praksisser samt strukturer (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 77), og fungerer derfor som en social praksis, der kan transformere viden og sociale relationer, men som samtidigt formes af andre sociale praksisser og strukturer (Fairclough, 2008a, s.10, 17). En dialektisk relation der er kompleks, men gør det muligt at skabe forandring over tid, og se forandring over tid (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 78; Fairclough, 2008b, s. 4). Tilgangen er derfor særligt anvendelig til at identificere mindre typer af ændringer og processer i samfundet, gennem et samspil mellem den diskursive praksis og sociale fænomener og forandringsprocesser (Fairclough, 2008, Jørgensen & Phillips, 1999, s. 73 og 78). Operationalisering af diskurs skaber nye måder at interagere på, nye måder at være på, og nye måder at organisere omverdenen på (Fairclough, 2008b, s. 4). Forandringen sker i den sociale struktur og orden. Hans fokus på interne relationer mellem forskellige identificerede diskurser i en kommunikativ begivenhed/ social event, og eksterne relationer, som udtryk for hvordan legitimitet opretholdes diskursivt eller forandres i en given diskursorden, gør en dialektisk relationel CDA inspireret metodisk tilgang anvendelig til dette studies formål omkring at undersøge hvordan staten bruger IT-teknologi som styringsteknologi overfor sundhedsvæsenet (Fairclough, 2010, s 3; Fairclough, 2000, s. 165).

Faircloughs (2000, s. 165; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 70) transdisciplinære tilgang til CDA, hvor han argumenterer for inddragelse af relevant social teori for at blive i stand til at forstå relationerne mellem den diskursive praksis, og den sociale udvikling i forskellige sociale sammenhænge, understøttes af inddragelsen af Rose's *governing advanced liberale democracies* som studiets teoretiske ramme. Fairclough (2012, s. 84) har i et tidligere arbejde; *Technologies of government to discourse*, inddraget Rose's *governing advanced liberal democracies*.

CDA metodikken er kritisk i sin tilgang, og opfattes derfor ikke som politisk neutral. Kritikken har til formål at afdække den rolle den diskursive praksis har i en evt. opretholdelse af ulige magtforhold (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 76). Diskurs anses i denne optik derfor som en politisk eller ideologisk praksis, der etablerer, fastholder og forandrer magtrelationer, og de kollektive størrelser som magtrelationerne udspiller sig imellem (Fairclough, 2008a, s.21). Ved at anskue tekst som dynamisk,

er udgangspunktet at tekst har politiske og sociale konsekvenser, og vi må derfor undersøge dem, hvis vi vil forstå disse konsekvenser (Fairclough, 2003, s. 14). Han ser selv sin CDA som en moderat form for social konstruktivisme (Fairclough, 2010, s. 5), og adskiller sig herved fra den poststrukturalistiske diskursteori Foucault repræsenterer (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 77).

I analyse processen fravælges Faircloughes retoriske helt tekstnære lingvistiske analyseniveau. Nedenfor præsenteres de centrale analysebegreber den kritiske diskursanalyse udføres med anvendelse af.

## 5.2. Centrale analyse begreber

**Genre** er en måde at agere på i et diskursivt udgangspunkt. F.eks. forskellige former for politiske dokumenter (Fairclough, 2003, kap 2 og s. 216). **Genrekæder** er tekster, der er kædet sammen i deres virke. En vigtig faktor i den øgede kapacitet *governance* på afstand skaber mulighed for, i den moderne styring fra politisk side (Fairclough, 2003, kap 2 og s. 216). Ændringer i genrekæder har en stor andel i sociale ændringer og derved også *governance*. En tekst kan typisk ikke placeret entydigt i en genre. Oftest består den af et miks af forskellige genre. Det gør brugen af **genremiks** til et aspekt af interdiskursivitet, hvilket gør det muligt at identificere tekst, der er under påvirkning af sociale forandringer (Fairclough, 2003, kap 2 og s. 216).

**Interdiskursivitet:** Hvordan er den enkelte tekst, hvilke genrer og styles trækker den på, hvilke diskurser trækker den på og hvordan arbejder disse sammen. Analyseniveauet ved fokus på interdiskursivitet veksler mellem tekstanalyse og social analyse af sociale begivenheder og praksisser (Fairclough, 2003, s. 218). Begrebet er også et udtryk for artikulering af diskurser indenfor og på tværs af diskursordner. Via nye former for artikulering ændres grænserne indenfor og mellem diskursordnerne. En blanding af diskurstyper på nye og komplekse måder skaber diskursiv forandring (Fairclough, 2003, s. 37; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 84). I modsætning er diskurstyper der blander sig på konventionel vis. De bidrager til at opretholde en given diskursordens dominans, og opretholde derved en herskende social orden (Fairclough, 2003, s. 37; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 84).

Diskursorden ser Fairclough, som bestemte italesættelser af diskurser, genre og styles der er relativt stabiliserede omkring et netværk af sociale praksisser (f.eks sundhedsvæsenets diskursorden) (Rogers, 2004).

**Intertekstualitet** kommer fra litteraturvidenskaben, og er et udtryk for at tekster er forbundet med andre tekster som bidrager til at bekræfte diskursen (Fairclough, 2003, s. 218; Bratberg, 2016, s. 46). En tekst kan trække på tidligere tekster direkte ved at referere til dem, eller indirekte. Fairclough



forbinder intertekstualitet med stabilitet – ustabilitet, kontinuitet – forandring, interdiskursivitet er derfor indlejret i begrebet (Fairclough, 2003; Fairclough, 2008b, s. 5).

### 5.3. Fremgangsmåde i analysen

Social struktur og orden kan i en dialektisk relationel CDA optik forstås, skabes og ændres i relationerne til social events og social praksis, ligeledes den anden vej. Samspil mellem semiotiske elementer og andre sociale elementer. Struktur skal her forstås som sociale strukturer, systemer, mekanismer hvorfra sociale begivenheder og praksisser kan forklares (Fairclough, 2012, s. 82); økonomisk struktur på sundhedsområdet, administrativ organisering af sygehuse, og kommunikationspraksis. Social struktur ansues som sociale relationer i samfundet som helhed, og i bestemte institutioner. Den sociale struktur har diskursive og ikke diskursive elementer, eksempelvis har en politisk strategi diskursive elementer i sig, og arbejdet med at bygge en IT-standard/skabelon, eller en computer kan ses som en fysisk, primært ikke diskursiv, praksis (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 77).

Det er derfor væsentligt at få skabt et *Point of entres* i analyseprocessen. Konteksten, det andet sociale, den sociale struktur, der er i dialektisk relation med de semiotiske elementer, er en vigtig forudsætning for at kunne undersøge om der er sket en operationalisering af diskurs over tid. Ligeledes kan afsender og tekst producent forhold placeres, samt modtagerne identificeres.

For at imødekomme dette, fremstilles først domænets kontekst, den sociale struktur. Her i præsenteres udvalgte sociale events, der er vurderet af betydning for statens brug af IT-teknologi som styringsteknologi i sundhedsvæsenet.

Herefter gennemføres en kritisk diskurs analyse af de udvalgte politiske strategitekster med fokus på teksternes intertekstualitet samt interdiskursivitet, og de heri indlejrede begreber; genre, genremiks, style, diskurs og diskursorden.

Tilgangen til de metodiske valg tager afsæt i ideen om at beskrive og analysere dynamikken mellem struktur og strategi (Fairclough, 2010, s. 12), for at gøre det muligt at undersøge rådende diskurser, hvad de trækker på for at opnå deres legitimitet, og om de operationaliseres til klinisk praksis i sundhedsvæsenet.

For at sikre en struktureret tilgang til analysen er alle dokumenter gennemgået minimum 3 gange, og der er udarbejdet analyseskemaer med notater over afsender og produktionsforhold,

dokumentindhold, identificerede diskursive spor og diskurser, og identificeret argumentation i forhold til legitimitet.

Undervejs i analysen inddrages anden relevant teori: NPG begrebet er trukket ind som supplement til Rose's teoretiske rammeværk. Ligeledes inddrages løbende Bourdieus forståelse af staten, da hans tanker giver mulighed for at omsætte statens handlinger rettet mod individets selvpraktikker.

#### 5.4. Refleksioner over valgt analysemetode

Fairclough placeres lidt forskelligt videnskabsteoretisk. Jørgensen & Phillips (1999, s. 103) præsenterer ham som værende mere i et poststrukturalistisk syn, hvor han selv placerer sig som moderat social konstruktivistisk.

Faircloughs CDA kritiseres for ikke at skabe klarhed over konsekvenserne af skellet mellem det diskursive og det ikke diskursive, for hvordan viser man at noget står i et dialektisk forhold til noget andet? En løsning er, at den objektive sociale virkelighed ofte optegnes som en baggrund, hvilke de diskursive praksisser så udspiller sig på (Jørgensen & Phillips, 1999). Dette er også tilfældet i dette projekt.

Forholdet mellem diskursanalysen, og analysen af den sociale praksis tydeliggøres ikke i CDAén. Spørgsmål som hvor meget social analyse er nok, og hvilke former for social teori skal eller kan man anvende, rejser sig i arbejdet med hans CDA. Selv skriver han, at det for ham er vigtigt ikke at sætte rammer for hvad der er rigtigt eller forkert teori (Fairclough, 2008b). Det må ses i relation til tema og forsker. Hans vægtning af at arbejde transdisciplinært, er med til at åbne op for nye måder at integrere genrer og teoretiske perspektiver (Fairclough, 2008b).

Fairclough definerer og markerer ikke i særlig grad sin kritiske tilgang i forhold til andre retninger. Dog er der et forhold CDAén ikke har blikket rettet mod, nemlig det subjektive. Sociale identiteter og relationer, der kan ændres i CDA optikken, forfølger han ikke, da opmærksomheden på de sociale og psykologiske aspekter er fraværende. Selv fremhæver Fairclough, at kognitivt orienterede forskning om diskurs kan supplementere CDAén, men han anerkender ikke, at det er en brist eller *blindspot* i tilgangen (Fairclough, 2008b, s. 25).

Jeg er opmærksom på denne kritik i mit analyse og fortolkningsarbejde. Det valgte governmentale perspektiv gør, at jeg ikke finder det nødvendigt at inddrage andre diskursanalytiske rammer.

### 5.5. Min egen rolle som forsker

Tjora (2012) fremhæver at det i den fortolkende tradition, kvalitativt udformede studier er indlejret i, er væsentligt at forskeren går ind i felten med sin egen kundskab i bagagen. Det er en ressource når brugen af den gennem analysen gøres eksplicit (Tjora, 2012; s. 203). Det er i litteraturen uklart hvordan jeg som forsker skal forholde mig til min forforståelse af domænet i forhold til at arbejde i den valgte metodologiske tilgang i studiets analyse.

Studiets problemstilling er baseret på, at der i domænet er styring tilstede, hvilket er en (klar) positionering af min egen forforståelse, og gennem valget af Rose's teoretiske perspektiv, tilgår jeg også analysen af den valgte empiri med et bestemt sæt af briller – Briller forankret i det governmentale perspektiv.

For at understøtte en åben tilgang til analysearbejdet af empirien, har jeg i mine første gennemlæsninger ikke fordybet mig i det teoretiske perspektiv, før efter jeg havde grupperet og argumenteret for identificerede diskurser og diskursive spor. Her efter vendte jeg tilbage til teorien, og færdiggjorde mit analysearbejde sammen med konstrueringen af domænets kontekst over tid.

Undervejs i analyseprocessen har jeg lavet til og fravalg i forhold til mit perspektiv. Den neoliberale ideologi der intervenserer i sundhedsvæsenets domæne, som beskrevet i baggrunden, indeholder præmissen om markedets og markedets betydning. Markedet og det private er tilstede i teksterne, men jeg inddrager ikke disse forhold aktivt igennem min analyse ud fra ideen om at afgrænse mit tema. Samtidig forholder jeg mig til staten og centraladministrationen som en samlet enhed, en agent, hvilket er en væsentlig simplificering af virkeligheden. De professionelle afgrænses ligeledes til en samlet enhed, da jeg ikke er interesseret i at forholde mig til interne professionslogikker blandt professioner i sundhedsvæsenet.

### 5.6. Empiri

Empirien i studiet baserer sig på styringsdokumenter udformet som strategier. Strategibegrebet skal i denne sammenhæng ses som elementer med en semiotisk dimension, der inkluderer forestillinger om fremtidens handlinger, gerne baseret på fortid og nutid (Fairclough, 2010, s. 18). Handlinger forskellige sociale agenter søger at virkeliggøre (Fairclough, 2012, s. 84-85). Forestillingerne kan forstås som diskurser, der kan operationaliseres (gjort virkelige, materiale) (Fairclough, 2012, s. 85). Strategi teksterne skal ses som udtryk for sociale events.

Empirien er skabt til andre formål end forskning, men giver mulighed for at skaffe information om sagsforhold nedfældet på bestemte tider og steder, med bestemte formål og med tanke på specifikke læsere (Tjora, 2012, s. 163), hvilket gør det muligt at arbejde med studiets forskningsspørgsmål.

Det empiriske materiale repræsenteres ved 5 fællesoffentlige digitaliseringsstrategier dækkende perioden 2001 – 2016 (og frem mod 2020). De fællesoffentlige digitaliseringsstrategier er identificeret ved søgning på ministerielle hjemmesider. De er strategisk udvalgt, da de repræsenterer en gennemgående og sammenhængende digitaliseringsstrategi staten præsenterer for hele den offentlige sektor. Det skaber mulighed for at se tekstserien som repræsentativ for hvad staten italesætter omkring digitaliseringen – her kobles til strategiers delvise diskursive karakter.

For at sikre en aktuel repræsentation af statens intentioner for sundhedsområdet, inddrages den gældende fællesoffentlige strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet - projektets primære domæneområde.

Tabel 2: De udvalgte styringsdokumenter:

Titel	Udgivelses år	Ansvarlig
På vej mod digital forvaltning – vision og strategi for den offentlige sektor 2001-2003	2002	Den Digitale Taskforce
Den offentlige sektors strategi for digital forvaltning 2004-06 – realisering af potentialet	2004	Den Digitale Taskforce
Mod bedre digital service, øget effektivisering og stærkere samarbejde – Strategi for digitalisering af den offentlige sektor 2007 – 2010	2007	Den Digitale Taskforce
Den digitale vej til fremtidens velfærd – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 – 2015	2011	Finansministeriet/ Økonomistyrelsen
Et stærkere og mere trygt digitalt samfund – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020	2016	Finansministeriet/ Digitaliseringsstyrelsen
Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017	2013	Den nationale bestyrelse for sundheds-IT

De inkluderede dokumenter vil i analysen blive præsenteret med udgivelsestidspunkt, hvem der er forfattere og udgivere, og for hvilke læsere de er/ formodes skrevet til.

### 5.7. Refleksioner over udvalgt empiri

Det har været en længere proces at udvælge studiets empiri. Mit første udgangspunkt var at skelne mellem mikro, meso og makro tekster med relation til digitaliseringsstrategier. Jeg har derfor fundet og gennemlæst min egen regions digitaliseringsstrategi, Danske Regioners digitaliseringsstrategi og statens. Teksterne havde en direkte intertekstuel relation, og førstehåndsindtrykket var en bevægelse

af diskurser på tværs – og større fokus på tekster målrettet regelret implementering jo længere ned i den hierarkiske struktur jeg kom. Det gav et øjebliksbillede af hvordan staten anvender IT-teknologi som styringsredskab i relation til sundhedsvæsenet. Der var ikke et tidsperspektiv over det, og derfor heller ikke en mulighed for at arbejde med forandring over tid. Det affødte en ny søgning af empiri ud fra spørgsmålet om hvilken positions stemme har jeg brug for, for at kunne arbejde med forskningsspørgsmålene, og hvor finder jeg dette materiale.

Det er statens stemme jeg finder relevant at inkludere i forhold til mit governmentale perspektiv. Det er ikke partipolitiske tekster, der udtrykker ideologiske holdninger, eller enkelt personers stemmer i debatoplæg og avisledere, eller mødereferater fra ministerier der behandler digitalisering af sundhedsvæsenet. Hvilke tekster fra statens hånd er så relevante? Ministerier, styrelser og andre embedskontorer i centraladministrationen producerer bl.a. strategier, lovtekst og mødereferater på vegne af staten. Her opfylder strategigenren bedst formålet, da den repræsenterer fremtidige ønsker/handlinger baseret på fortid og nutid. Lovtekster har en anden dynamik i samspillet mellem semiotiske forhold og sociale strukturer, da de har den juridiske og dømmende binding. Strategier er udtryk for grænselandet mellem ønsker og virkelighed.

En gennemgang af strategier omhandlende IT-teknologi, digitalisering og sundhedsvæsenet afdækkede, at flere forskellige organisationer i centraladministrationen har medvirket til produktion af tekst igennem de sidste 20 år. Forskningsspørgsmålene lægger op til brug af empiri der strækker sig over tid, for at være i stand til at se/afdække små forandringer i diskursiv og social praksis. Valget faldt derfor på kæden af tekster, den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi udgør. Den repræsenterer en tekstkæde der strækker sig fra 2001 og frem til nu, og præsenteres som statens overordnede plan for digitalisering af hele den offentlige sektor. Diskurser der råder her, antager jeg også, vil have relationer til sundhedsvæsenet, som en væsentlig del af den offentlige sektor.

Ligeledes er den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi valgt til den endelige analyse, da den afslørede sig med en tæt relation til den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, og repræsenterer studiets domæne interesse.

## 5.8. Ethiske overvejelser

Projektet bygges op omkring analyse af offentligt tilgængelige dokumenter. Det er derfor ikke nødvendigt at indhente godkendelse fra Videnskabsetisk komite, Styrelsen for patientsikkerhed eller datatilsynet.

I mit valg af kritisk diskurs analyse har jeg for øje, at bearbejdningen og tolkningen af mit materiale indebærer en anerkendelse af subjektivitet og formbarhed hos både mig som forsker, og i studieobjektet. I analysen vil jeg være opmærksom på at forholde mig kritisk til argumentationen i teksterne, hvorvidt den er baseret på primærkilder eller ej.

Jeg er novice indenfor forskningsområdet, og vil undervejs i mit projekt søge vejledning for at sikre transparens i mine valg og handlinger undervejs i processen. Igennem arbejdet har jeg gennemført systematisk litteratursøgning med registrering af søgematriks og søgestrategi. For at skabe overblik over refleksioner, til og fra valg undervejs har min logbog været en tro følgesvend.

## 6. Analyse – Kontekstualisering

Forskningsobjektet er tosidet, ved tilstedeværelsen af dimensioner med semiotisk karakter og uden. For at skabe et *point of entres* fremstilles her udvalgte elementer af konteksten rundt studiets objekt. Fremstillingen er baseret på en deskriptiv tilgang, og udvalget af hændelser er strategisk valgt i forhold til studiets formål. Undervejs anvendes tidslinjemodeller til at illustrerer hændelser i de temaopdelte underafsnit for at understøtte læsevenligheden.

### 6.1. Organisering omkring den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2001-2016

Den danske stat har siden indførelsen af cpr-nummeret, og det tilhørende register haft øjnene rettet mod IT-teknologiens muligheder og anvendelse i den offentlige sektor (Nielsen & Frølich, 2017). Tidligere forskning viser, at frem mod 2001 har forskellige centraladministrative positioner haft et helt eller delvist ansvar for digitaliseringsprocessen i det offentlige (Ejersbo & Greve, 2014). Ejersbo & Greve (2014) har identificeret modsatrettede perspektiver/ værdier i tilgangen til opgaven frem til 2001. Effektivisering, demokrati, lighed og innovation er 4 værdier, de i deres forskning har afdækket i de centraladministrative positioner (Ejersbo & Greve, 2014, s. 210). Centralt spiller Finans- og Forsknings- og Vidensministerierne en væsentlig rolle.

I 2001 nedsættes bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 20). Bestyrelsen betjenes af den også nyoprettede fællesoffentlige digitaliseringsenhed (Den Digitale Taskforce). Organisationerne skal fungere som væsentlige operatører i Projekt Digital Forvaltning, og bestyrelsen har hovedtilknytning til Finansministeriet. Under Task Forcens bestyrelse oprettes Det Koordinerende Informationsudvalg (KUI). Det får ansvar for at koordinere udvikling og implementering af fællesoffentlige IT arkitekturrammer, metoder, standarder og værktøjer. Der nedsættes to komiteer under udvalget; komiteen for IT- arkitektur og komiteen for XML-standarder.

Vidensministeriet har formandskabet og sekretariatsbetjener begge komiteer (Ejersbo & Greve, 2014, s. 231). Forskningsministeriets (senere kaldt Vidensministeriet) position ændres i digitaliseringsprocessen. Deres rolle får en mere teknisk karakter i forhold til at arbejde med den digitale infrastruktur, bl.a. at udarbejde de tekniske specifikationer, der sikre at systemer kan arbejde sammen (Ejersbo & Greve, 2014, s. 220).

Ændringen får den betydning at Vidensministeriet fremadrettet står for den overordnede IT-politik, og arbejdet med ledelse og organisering bliver lagt i hænderne på Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor og dermed Finansministeriet (Ejersbo & Greve, 2014, s. 231-232).

Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor, og Den Digitale Taskforce skal sikre tværgående samarbejde om anvendelsen af informations- og kommunikationsteknologi (digitalisering) i den offentlige sektor (Ejersbo & Greve, 2014, s. 240), og der rekrutteres derfor personale fra stat, Kommunernes Landsforening (KL) og det daværende Amtsråd, hvilket ændrer på ansvarsfordelingen i digitaliseringsindsatsens opgaver og strukturer. Tidligere var det staten alene om den nationale strategi, nu skal kommunerne og amterne også være med i fællesskabet (Ejersbo & Greve, 2014, s. 217 og 220).

Tabel 3: Formålet med Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor er:

- At skabe de rette rammebetingelser. Bestyrelsen vil sikre, at der træffes de nødvendige strategiske valg om fælles løsninger og rammebetingelser, der understøtter digital forvaltning. Det gælder for eksempel afklaring af juridiske og tekniske problemstillinger, som er fælles for hele den offentlige sektor.
- At skabe overblik og formidle viden om digital forvaltning. Bestyrelsen vil sikre, at der sker en formidling af viden og vejledning om digital forvaltning, og at der udvikles eventuelle manglende værktøjer og metoder til kortlægning af fremdriften i den digitale udvikling.
- At sikre fremdriften i digitaliseringsprocessen. Bestyrelsen vil både følge udviklingen og aktivt gå ind i udvalgte, strategisk vigtige projekter, dvs. projekter som enten bidrager til at etablere fælles rammebetingelser for digital forvaltning, eller som afgørende bidrager til at drive den offentlige sektor i retning af digital forvaltning.

(Den Digitale Taskforce, 2002, s. 20).

Den Digitale Taskforce skal herunder agere ny platform til promovering og implementering af digital forvaltning. Formålet er sætte strategiske pejlemærker for digitaliseringen af den offentlige sektor (e-government, e-governance) inklusiv sundhedsområdet (Ejersbo & Greve, 2014, s. 210). Tiltag der skal sikre omstilling af organisationer og processer til digital forvaltning (Ejersbo & Greve, 2014, s. 220).

Taskforcen har under bestyrelsen stået for udarbejdelse og udgivelse af den fællesoffentlige strategi, der så dagens lys i 2002. En række andre konkrete handlinger fra Taskforcen har været e-Dage, hvor de offentlige organisationer er blevet pålagt at overgå til digital kommunikation med hinanden, og opstarten af sikker digital kommunikation omkring personfølsomme oplysninger mellem offentlige organisationer og borgere (Ejersbo & Greve, 2014, s. 220).

Tabel 4: Oversigt over gennemførte e-Dage.

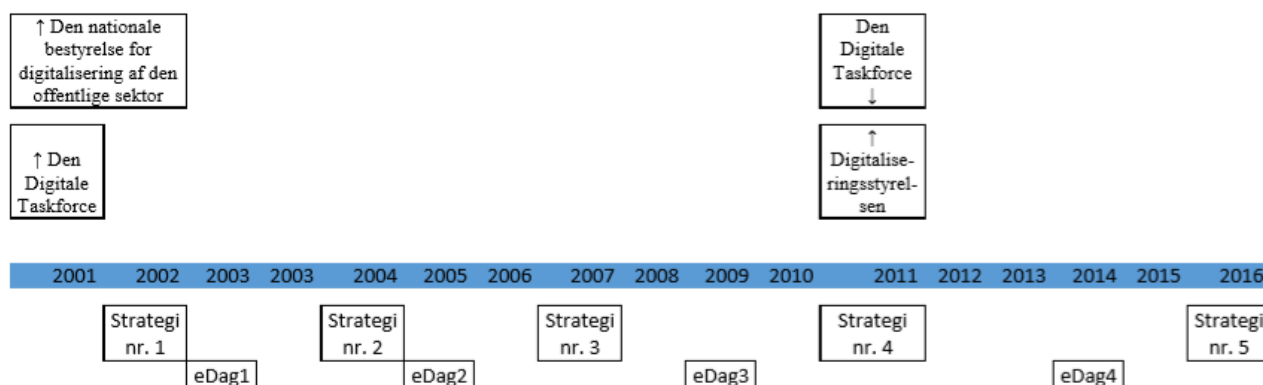
eDag1 01.09.2003 Tema: e-post anerkendes som officiel korrespondance mellem myndigheder.	eDag2 01.02.2005 Tema: Sikker e-post med digital signatur.	eDag3 01.11.2009 Tema: Nem adgang til det offentlige på nettet.	eDag4 01.11.2014 Tema: Fuld digital kommunikation med borgere og virksomheder.
Alle offentlige myndigheder har ret til at sende breve, dokumenter og andre informationer digitalt til andre offentlige myndigheder via e-post og websider. Samt kræve at andre myndigheder sender digitalt til dem. Undtaget kravet er breve og dokumenter med personfølsomme og fortrolige oplysninger	Alle offentlige institutioner skal give borgere og virksomheder tilbud om at kommunikere digitalt og sikkert, det vil sige med (OCES) digital signatur. Alle borgere og virksomheder kan søge om at få en digital signatur, så tilbuddet kan anvendes. Sundhedsvæsenet får en længere implementeringsfrist.	Alle myndigheder er nu forpligtet til at tilbyde login via NemID og Nemlogin. Der skal også være mulighed for fuld digital kommunikation med borgerne gennem Digital Post, og så skal alle tilbud integreres med Borger.dk, som bliver en samlet portal for borgeren.	Alle borgere skal have en digital postkasse, E-boks, og der skal være en trinvis overgang til obligatorisk selvbetjening frem mod 2015.
		Relation til mål i digitaliseringsstrategien 2007-2010.	Relation til mål i digitaliseringsstrategien 2011-2015.

Ændringen i organiseringen omkring digitalisering fra kun centrale parter (ministerier og styrelse), til også at være mellem forskellige offentlige organisationer; kommuner og amter/regioner, gør at staten kan styre tættere på. Tidligere var centraladministrationen nødt til at opfordre, nu kan den diktere (Ejersbo & Greve, 2014, s. 223).



I 2011 fører et regeringsskifte til at Den Digitale Taskforce og underliggende udvalg nedlægges. Ansvar for udbredelse af digitaliseringen i den offentlige sektor lægges i den nyoprettede Digitaliseringsstyrelse, der placeres under Finansministeriet (Ejersbo & Greve, 2014, s. 246). Udarbejdelse og udgivelse af den fælles offentlige digitaliseringsstrategi følger med ind i Digitaliseringsstyrelsen, hvor den har sin organisatoriske placering i dag.

Model 1: Handlinger i perioden.



## 6.2. Strukturreform – fra amter til regioner

I 2007 gennemføres strukturreformen i Danmark. Reformen medfører at de danske amter, der blandt flere opgaver varetager driften og udviklingen af det danske sygehusvæsen, nedlægges. I stedet oprettes 5 regioner, hvis primære opgave er at stå for driften og udviklingen af landets sygehuse. Regionerne repræsenteres af Danske Regioner, der er sidestillet med Kommunernes Landsforening (KL). Hver region er under indflydelse af et politisk regionsråd med folkevalgte repræsentanter. Regionerne mister den skatteinddrivelsesret, de tidligere amter havde, og finansieres af brugerbetaling, overførelser fra andre myndigheder og økonomi fra staten udmøntet via den årlige økonomiaftale (ØKA) (Serretzlew & Blom-Hansen, 2014, s. 179). En af de politiske visioner regionerne skal være med til at realisere, er det digitalt sammenhængende sundhedsvæsen (Danske Regioner, 2017a).

Op til strukturreformen nedsættes i 2006 indenfor sundhedsområdet, Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD) af Regeringen. Deres opgaver bliver at fremme udviklingen og udbredelsen af elektroniske patientjournaler i sundhedsvæsenet, og styrke digitaliseringen på tværs af sundhedsvæsenet (Andersen, 2010). Organisationen kan ses som et formaliseret lag i styringen af digitaliseringen af sundhedsvæsenet. Deres indsats skal bl.a. munde ud i en ny strategi for IT i

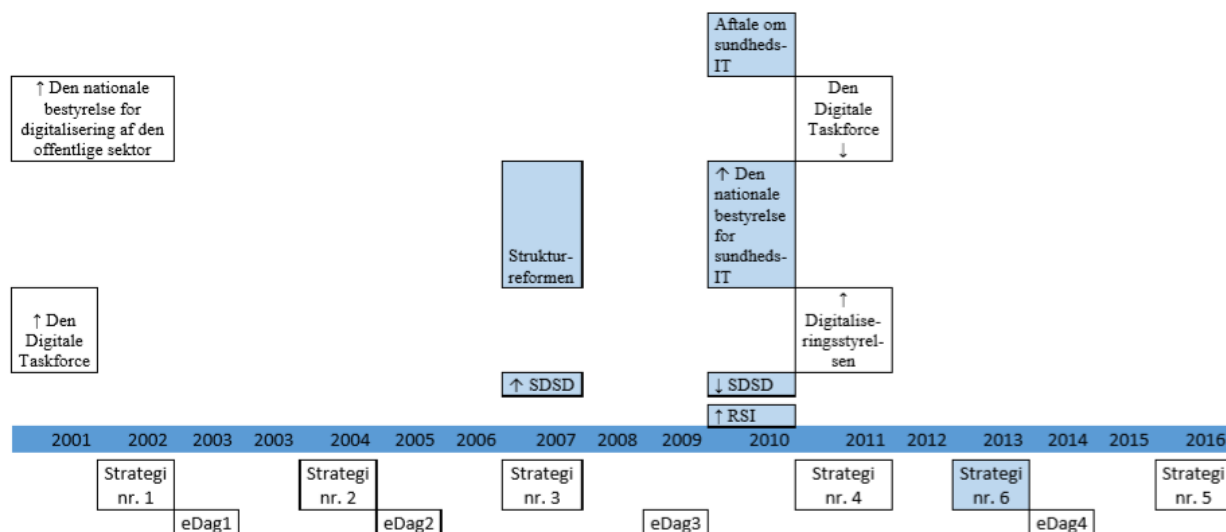
sundhedsvæsenet, og sikre udviklingen af en fælles IT-arkitektur og EPJ-platform efter fælles standarder (Den Digitale Taskforce, 2007, s. 19).

I 2010 indgår Regeringen en aftale med Danske Regioner *Aftalen om sundheds-IT* (Regeringen & Danske Regioner, 2010), hvilket betyder at SDSD nedlægges. I stedet oprettes Den nationale bestyrelse for sundheds-IT. Bestyrelsen placeres tættere på Finansministeriet, og får reference til Sundhedsministeriet fremfor tilknytning til Sundhedsstyrelsen som SDSD havde. Organisationerne der er repræsenteret i Den nationale bestyrelse for sundheds-IT er staten (3 pladser), for nuværende Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Digitaliseringsstyrelsen, Danske Regioner (3 pladser) og KL (1 pladser). Bestyrelsens opgaver er at rådgive den ansvarlige ressortminister for sundhedsområdet vedrørende digitaliseringsmålsætninger. Et resultat af bestyrelsens arbejde er udgivelsen af den første nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet i 2013 *Digitalisering med effekt*, samt *Strategi for digital velfærd* (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013).

Et andet centralt punkt i aftalen, er at Danske Regioner skal arbejde for en fælles regional digitaliseringsindsats (Regeringen & Danske Regioner, 2010). For at bidrage til realiseringen af aftalens intentioner etablerer Danske Regioner samme år Regionernes Sundheds-IT (RSI) (Regionernes sundheds-IT, 2016a). Et fællesregionalt samarbejde forankret i udpegede regionale IT-chefer, der har forpligtet sig til at arbejde for at de digitale muligheder i stigende grad bliver ens nationalt (Regionernes sundheds-IT, 2016b). RSI er den fælles regionale repræsentant, der i dag er til stede i det strategiske fællesoffentlige samarbejde omkring digitalisering af den offentlige sektor samt MedCom (Regionernes sundheds-IT, 2016a, s. 3).

Indsatserne regionerne bidrager med at operationalisere kommer fra patient og klient behov, fra den årlige økonomiaftale mellem regionerne og staten, sundhedsaftalerne med kommunerne og andre fællesoffentlige indsatser, som digitaliseringsstrategierne (Regionernes Sundheds-IT, 2016a, s. 4; Regionernes Sundheds-IT, 2016b, s. 6 og 9).

Model 2: Handlinger i perioden. (blå felter er nyt)



### 6.3. Rammesættende lovgivning

2 centrale lovgivninger er væsentlige i statens styring af sygehus- og sundhedsvæsenets digitaliseringsproces. Budgetloven fra 2012 (Folketinget, 2012) og Bekendtgørelsen af Sundhedsloven (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Budgetloven bygger på rammestyringsprincippet; centralisering af aggregerede budgetbeslutninger, og en decentralisering af de konkrete driftsbeslutninger (Jensen, Andersen & Henneberg; 2014, s. 143-44). Den er rammesættende for regionernes økonomiske grundlag, som politisk værktøj kan loven styre, hvad midlerne regionerne får kan anendes på, og hvilke driftsmål de skal indfri for det kommende år. Det ellers anvendte princip om opgave og finansieringsansvar er derfor afvejet i forhold til Danske Regioner (Serretzlew & Blom-Hansen, 2014, s. 176). Den danske løsning på budgetsamarbejdet mellem stat og regioner skal sikre en binding mellem politik og økonomi (Serretzlew & Blom-Hansen, 2014, s. 190-191). Staten laver på baggrund af ovenstående årligt en økonomiaftale med Danske Regioner. I *Aftale om regionernes økonomi for 2017* (Regeringen & Danske Regioner, 2016) indgår digitalisering i følgende punkter (Regeringen & Danske Regioner, 2016):

- Pkt. 7: Sammenhængende sundhedsvæsen
  - o Bedre digitalt samarbejde om komplekse patientforløb
  - o Patientrapporterede oplysninger
- Pkt. 11: Øvrige temaer
  - o Styrket samarbejde om sundhedsdata
  - o Ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi for 2016 – 2020

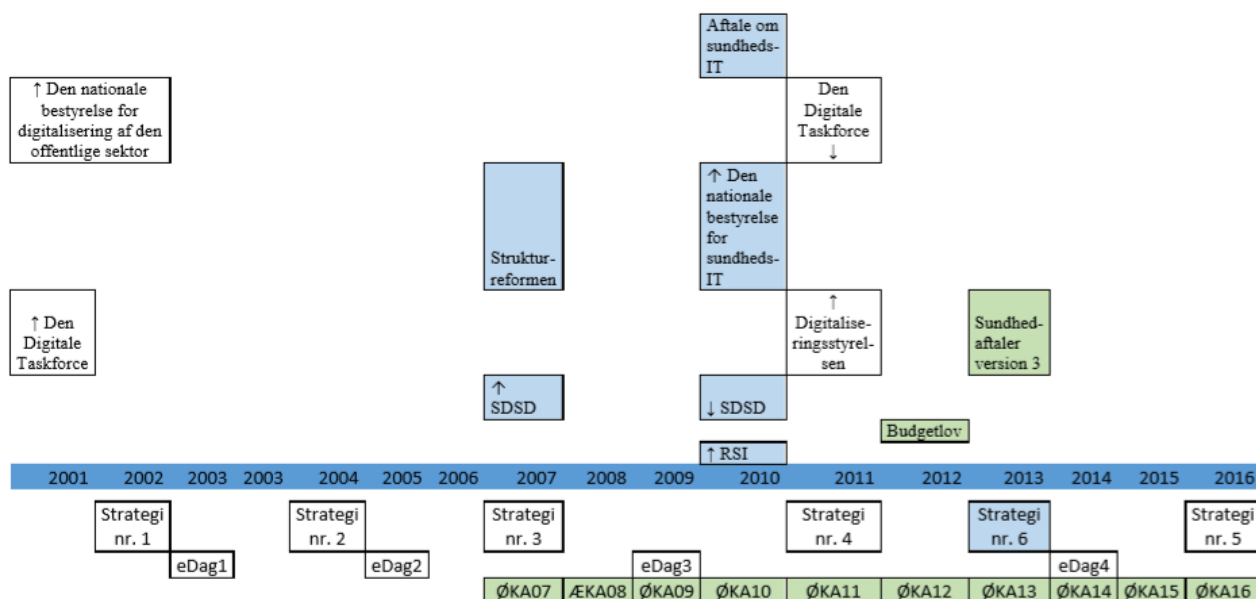
Økonomiaftalen sætter hermed retning og rammer for hvad Danske Regioner skal arbejde med og til dels hvordan.

Den anden centrale lovgivning er Sundhedslovens §§ 203 – 205, der fastsætter rammerne for sundhedsaftalerne (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014). Sundhedsaftalen er en aftale indgået mellem regionsrådet og de kommunalbestyrelser der hører til i den pågældende region. Deres formål er at fastsætte indsatsområder på tværs af sektorgrænserne sygehus, kommune og primær sektor. I den gældende lovtekst er fastsat 4 obligatoriske indsatsområder:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-IT og digitale arbejdsgange

Indsatsområdet Sundheds-IT og digitale arbejdsganges overordnede formål er at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejdet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, og så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg reduceres (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014). Måden det søges operationaliseret på er teknisk og organisatorisk implementering af aftalte tiltag fra eksempelvis den nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet 2013 – 2017, og de årlige økonomiaftaler. Indsatser der fremkommer i begge er implementeringsplaner af fælles medicinkort, telemedicin og andre IT-standarder under MedCom (Sundheds- & Ældreministeriet, 2014). Den gældende sundhedsaftale er hermed kontrolleret af staten i forhold til indholdets mål og midler.

Model 3: Handlinger i perioden. (grønne felter er nyt)



#### 6.4. MedCom

MedCom blev i 1994 etableret som projekt. En fællesoffentlig non profit organisation, der skulle facilitere samarbejde mellem myndigheder, offentlige organisationer og private firmaer om projekter vedrørende digital kommunikation i den danske sundhedssektor. I 1999 gøres organisationen permanent. Parterne bag MedCom består i dag af Sundheds- og Ældreministeriet, Digitaliseringsstyrelsen og herigennem Finansministeriet samt Danske Regioner og KL. MedCom har fra 2015, refereret til Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, der også er ansvarlige for den nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet. Finansieringen af organisationen udgøres med 1/3 af hver af parterne (stat, KL og Danske Regioner) (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, KL & Danske Regioner, 2016, s1).

Hovedopgaverne falder i 4 kategorier, heraf er en af dem koordinering af udbredelse af tværsektorielle IT-projekter på strategisk plan, og udvikling, afprøvning og national implementering af standarder, samt certificering af IT-systemer (Ministeriet for sundhed og forebyggelse et al., 2016, s1). MedCom er hermed en central samarbejdspartner i udbredelsen af sundheds-IT på tværs af sundhedssektoren. Kerneområdet er bedre patientforløb gennem styrket elektronisk kommunikation. Heri sikring af at relevante data om patientforløb deles hurtigt og sikkert mellem de forskellige parter, der bidrager til det samlede patientforløb.

Organisationens arbejde struktureres omkring 2 årige projektperioder, hvor styregruppen fastsætter indsatsområderne indenfor den økonomiske ramme. Indsatserne har en tæt relation til de fælles offentlige digitaliseringsstrategier for den samlede offentlige sektor, samt sundhedsvæsenet. MedComs løsninger ses derfor som rygraden i den nationale standardisering af det digitale samarbejde mellem sygehuse, kommuner og privat praktiserende læger.

Organisationens arbejde har været koncentreret omkring udvikling og implementering af tværsektorielle beskeder (recepter, udskrivningsbeskeder og laboratoriesvar), hospitals-hjemmepleje meddelelser og genoptræningsplanen. Karakteristisk for projekterne igennem perioden, er at de bygger videre på hinanden (Se bilag 2).

E-journal fungerer som eget projekt i relation til Sundheds.dk, der er en borgerportal. E-journalen er patientens elektroniske patientjournal der kan tilgås udenfor de enkelte sygehuses elektroniske patientjournal systemer (EPJ).

## 6.5. Kritisk diskursanalyse

Nedenstående er en deskriptiv analysefremstilling af de 6 udvalgte tekster.

Tabel 5: De 6 strategidokumenter.

På vej mod digital forvaltning – vision og strategi for den offentlige sektor 2001-2003
Den offentlige sektors strategi for digital forvaltning 2004-06 – realisering af potentialet
Mod bedre digital service, øget effektivisering og stærkere samarbejde – Strategi for digitalisering af den offentlige sektor 2007 – 2010
Den digitale vej til fremtidens velfærd – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 – 2015
Et stærkere og mere trygt digitalt samfund – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020
Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017

Teksterne i den samlede offentlige digitaliseringsstrategi, repræsenterer en kæde af sammenhængende tekster, der afspejler statens ideer, intentioner og handlinger fra år 2001 og frem i relation til digitaliseringsprocessen. Fremstillingen vil vise gennemgående træk ved afsender – modtager forholdende, hvilke diskurser staten inddrager for at skabe legitimitet for digitaliseringsprojektet i den offentlige sektor, og hvilke rådende diskurser der dominerer, samt deres

helt eller delvise operationalisering igennem tiden. Herigennem et fokus på hvordan IT-teknologi, som styringsteknologi finder anvendelse i statens digitaliseringsprojekt, og udviklingen af netværk der gør det muligt for staten at styre gennem en udvidelse af styringsideer og handlinger. Eksemplerne i fremstillingen tager udgangspunkt i sundhedsvæsenet – amter/regioner, for at illustrere en operationalisering af rådende diskurser.

I teksterne agerer det private erhvervsliv i samspil med det offentlige, og tiltag er fra statens side målrettet både det private og det offentlige. I analyse fremstillingen er fravalgt inddragelse af det private område, som en naturlig afgrænsning til sundhedsvæsenet som domæne.

Hver tekst er analyseret lige grundigt, men fremstillingen baseres på præsentation af diskursen første gang den optræder i teksterne, samt en demonstration af ændringer undervejs derefter, for at vise rådende diskurser og ændringer over tid på en læsevenlig facon. I analysen har jeg identificeret to overordnede diskurser; en global og en national økonomisk ansvarligheds diskurs, der fungerer som legitimitet for statens ideer og handlinger i perioden, og repræsenterer en neolibérale ideologi digitaliseringsprojektet er indlejret i. Yderligere træder 3 centrale rådende diskurser frem i statens digitaliseringsprojekt i den offentlige sektor, i relation til sundhedsvæsenet. Diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb, diskursen om digital understøttet service og diskursen om den obligatorisk aktive digitale borger.

Afsenderen repræsenteres af staten, KL samt Amtsrådsforeningen frem til 2007, og Danske Regioner efter 2007. Under hver tekst fremhæves den gældende konstellation, da producent og udgiver forandringerne illustrerer ændringer i organiseringen – den sociale struktur, (og implicit udviklingen i netværket af styringslogikker). Modtageren er relevante styrelser, offentlige organisationer, ledere, medarbejdere i stabsfunktioner, professionelle (og borgere).

Staten placerer digitaliseringsprojektet i det som omtales den rådende internationale neolibérale *globaliseringsdiskurs* præsenteret i baggrunden, og anvender den til at skabe legitimitet for fremførelse af dens ideer, og handlinger. Med udtrykket; ”Danmark er midt i udviklingen af et digitalt samfund, som vil ændre vante forestillinger – i privatlivet, i erhvervslivet og i den offentlige sektor” (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 4), skaber staten legitimitet til at handle – digitaliseringen er over os, vi må følge med. Staten argumenterer i teksterne for vigtigheden af Danmarks positionering globalt gennem en styrkelse af netværkssamfundet, da viden er penge. Den offentlige sektor skal have førerrollen i udviklingen. Globaliseringsdiskursen fungerer som statens vægtstang til at sætte processerne om offentlig digital forvaltning i gang. Danmarks internationale placering i undersøgelser

over brug af IT-teknologi i den offentlige sektor er i top, og danskerne er det folkefærd der anvender computere og internet mest. Udtrykket her illustrerer et eksempel på reproduktionen af diskursen; ”Danskerne bruger deres computere, mobiltelefoner og internet hver dag. Digitale muligheder har på kort tid forandret hverdagen for mange borgere og virksomheder. Ligeledes i den offentlige sektor, hvor Danmark har en international top placering i at bruge IT og ny teknologi til at forbedre velfærdssamfundet” (Økonomistyrelsen, 2011, s. 3). Igennem de 6 sammenhængende tekster anvendes direkte referencer til tekstkædens forrige teksts citering, af Danmarks placering i internationale undersøgelser over brugen af IT-teknologi i den offentlige sektor. Indirekte trækker teksterne på Danmarks Statistiks årlige opgørelser over danskernes computerbesiddelser og internetbrug. I tekst 6 italesættes Danmarks internationale placering når det gælder udbredelsen af sundheds-IT på de danske hospitaler. Teksten inddrager en OECD opgørelse, hvor Danmark er blandt de lande der er længst fremme (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013, s. 3). Et udtryk for interdiskursivitet mellem globaliseringsdiskursen, og et netværk af tekster placeret rundt om strategidokumenterne, og en reproduktion af diskursen gennem hele perioden.

Samtidig fremhæver staten at opgaverne er mange, og hænderne få samt pengene færre. I den forbindelse er identificeret en overordnet *økonomisk ansvarlighedsdiskurs* i digitaliseringsprojektet udtrykt som her; ”De kommende års demografiske udvikling fører til, at der bliver flere ældre mens tilgangen til arbejdsstyrken stagnerer. Hvis den offentlige sektor ikke skal mangle hænder til at udføre sine kerneopgaver, er det nødvendigt at flytte ressourcer fra administration til service” (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 4). Kolde hænder skal blive til varme hænder ved at gøre ting anderledes. ”Det er en bunden opgave at levere velfærden smartere end i dag pga. finanskrisen, borgernes stigende forventninger samt færre arbejdsdygtige og flere ældre” (Økonomistyrelsen, 2011, s. 4). Diskursen har en tydelig interdiskursiv kobling til diskursen om globalisering i en neoliberal optik ved at trække på en (markeds), borger og økonomisk logik. Den fungerer som globaliseringsdiskursen igennem hele serien af tekster, hvor den reproduceres, først med argumentet om mange opgaver og få hænder, der senere udvides med den økonomiske krise og borgernes forventninger om tilgængelige digitale offentlige service tilbud, der følger med resten af samfundets digitale udvikling. Konstruktionen af den demografiske udvikling, den økonomiske krise og borgerens forventninger agerer hermed som statens legitimitet for at videreføre indsatserne i strategien. Globaliserings- og økonomisk ansvarligheds diskurserne forstærker hinandens legitimitetsgrundlag ved at trække på sammenkædede logikker.



## 6.6. Strategitekst 1 (2001-2003)

### *På vej mod digital forvaltning – vision og strategi for den offentlige sektor 2001-2003*

er produceret af Den Digitale Taskforce for projektmidler bevilliget i den gældende økonomiaftale, og udgivet af bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor januar 2002. Den er tilgængelig elektronisk, og dækker perioden 2001-2003. Teksten er bygget op af en introduktion efterfulgt af strategiens vision. Kernen i strategien baseres på 4 opstillede pejlemærker:

- Pejlemærke 1: den digitale forvaltning skal ruste borgere og virksomheder til netværkssamfundet.
- Pejlemærke 2: den offentlige sektor skal arbejde og kommunikere digitalt.
- Pejlemærke 3: den offentlige sektors ydelser skal leveres sammenhængende med borgere og virksomheder i centrum.
- Pejlemærke 4: opgaverne i den offentlige sektor skal udføres, hvor de håndteres bedst

Pejlemærkerne suppleres af 8 indsatsområder, hvis formål er at understøtte realiseringen gennem anbefalinger til handlinger decentralt, støttende tiltag, rammesætning og kontrol af processerne. Strategien præsenterer sig hermed som et handleanvisende dokument, der udtrykker ønsker om ændringer i fremtiden.

Overskriften *På vej mod digital forvaltning* signalerer en proces der er i gang, og nu skal videre. Dette understøttes af strategiens vision; ” Visionen for den digitale forvaltning er, at digitale teknologier systematisk anvendes til at nytænke og forandre organisationer og arbejdsprocesser for at højne servicekvalitet og effektivitet” (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 5). Afsenderen har mandat til at være ”katalysator for den strategiske omstilling til digital forvaltning.... Skal sikre, at der arbejdes systematisk og koordineret med digital forvaltning på tværs af den offentlige sektor, ... fastholde fokus på, at digital forvaltning indebærer en organisatorisk udvikling af forvaltningen og dens arbejdsgange” (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 20). Modtageren i denne optik opfattes hermed som de offentlige organisationer og professionelle som direkte modtagere, og borgerne som indirekte.

I relation til konteksten ændrer centraladministrationen på sin positionering i forhold til Kommunernes Landsforening (KL) og Amtsrådsforeningen, gennem etableringen af Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor og Den Digitale Taskforce. Relationen bliver i organiseringen mere forpligtende fremfor tidligere, da alle 3 parter er med omkring aftalebordet. Etableringen af bestyrelsen er konstruktionen af et ekstra lag i styringen i mellem staten og de decentrale parter – oprettelse af en tilsyneladende autonom enhed. Bestyrelsen og den underliggende Taskforce muliggør, at staten kan gå fra at være disciplinerende overfor de offentlige organisationer til at være

styrende. Bestyrelsen og Taskforcen repræsenterer et tæt forpligtende fællesskab med netop staten. Et fællesskab der forsøges opbygget ved netværk af styrede forhold, gennem gensidige aftaler og forpligtende samarbejde udtrykt i strategien, der skal styrke tillidsforholdet mellem stat og offentlige organisationer, så styring gennem fællesskabet bliver mulig – rationalerne fra NPG træder frem. Bestyrelsens direkte reference til Finansministeriet, er en ændring af den tidligere ansvarsfordeling, der var delt mellem flere ministerier. Ændringen kommer til udtryk i et overordnet økonomisk-, ledelses og organisatorisk perspektiv udtrykt i teksten, både i forhold til de strukturelle handlinger og tekstens sprogbrug. Ord som ydelser, vækst, servicekvalitet og effektivitet er gennemgående.

Udsagnet i 1 strategidokument 2001-2003”... at få omlagt traditionelle serviceformer til digitale serviceydelser” (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 14) viser at de offentlige ansattes arbejde skal udføres på nye måder. Der identificeres *en offentlige servicediskurs*, som får en drejning mod en digitalt understøttet service. Kommunikationen internt i det offentlige, og mellem det offentlige og borger skal være digital. Administrative processer håndteres digitalt og informationer indhentes digitalt ved behov. De professionelle ressourcer rettes mod den komplekse borgernære service – den faglige spidskompetence. Bestyrelsens gennemførelse af e-Dag 1 (se underafsnit 6.1.), er et eksempel på hvordan offentlige organisationer forpligtes til at kommunikere digitalt internt med hinanden på nogen punkter i perioden.

Staten vil imødekomme det fremsatte problem om manglende sammenhæng i det offentlige gennem opbygning af IT-infrastruktur og fælles IT-skabeloner, for at sikre informationsflow på tværs af organisationer gennem datadeling, datagenbrug og lovgivning, der er tilpasset digital forvaltning. Al sammen til gavn for borgeren og organisationerne for at skabe sammenhæng. Dette tolkes her som en *diskurs om sammenhængende forløb, borgerforløb*. Diskursen arbejder tæt sammen med diskursen om offentlig service – digital service, da omlægning til digital service er udgangspunktet for statens ide om bedre sammenhæng.

Teksten (2001 – 2003) retter opmærksomheden mod den decentrale model for den offentlige sektor, hvis formål er en decentral ansvarsplacering. Samtidig sættes kontrakttanken i spil overfor ideen om styrket samarbejde gennem aftaler som strategien er et udtryk for. Staten ønsker med dette en tydeligere placering af ansvaret i de tiltag der skal operationaliseres. ”Den store omstilling af den offentlige sektor til digital forvaltning kræver samarbejde og fælles beslutninger mellem alle forvaltningsniveauer” (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 5). Opgaver og struktur skal placeres og tilpasses.

Staten forventer servicefællesskaber, brug af fælles teknologiske løsninger og spilleregler for praktisk implementering på frivillig basis som et fælles værdigrundlag. De forsøger gennem de nyetablerede enheder i samspil med fælles, forpligtende aftaler og uddelegeret ansvar, at styre processen med digitale sammenhængende borgerforløb. Hermed prøver staten at styrke sin position på afstand igennem NPG, etablering af styringsnetværk.

Det økonomiske argument er gennemgående i teksten, hvor konkurrenceevne, velfærdssikring og knappe ressourcer går hånd i hånd. Organisering omkring Rose's (1999) økonomiske linje træder hermed frem i den sociale struktur, da Finansministeriet bliver den direkte reference for den nyetablerede bestyrelse, der selv ansvarliggøres gennem strategiens målsætninger, og hermed må søge at lede sig selv, også med og gennem de deltagende offentlige organisationer (KL og Amtsrådet).

**Diskurserne om sammenhængende forløb, og digitalt understøttet service** binder de professionelle til nye måder at tænke på, og sætter deres autonomi i spil gennem italesættelsen af digitaliserede serviceydelser. Staten vil have digitale arbejdsgange, og teksten har en indirekte intertekstuel relation til evalueringer af IT-indsatser på sundhedsområdet. Det tager tid at få skabt et fælles sprog at kommunikere digitalt igennem, fagligt og strukturelt i forhold til systemkommunikation. MedComs MC3 (2000 – 2001) og MC4 (2002 – 2005) projektperioder (se bilag 2) er et udtryk for hvordan arbejdsgange, logikker og autonomi påvirkes af teknologien, og dens tekniske muligheder. Hjemmepleje-hospitals meddelelserne bygges op omkring standardiserede oplysninger, og afprøves i storskala i sundhedsvæsenet i perioden. Effektivitets- og kvalitetsargumentet repræsenterer det økonomiske spors ansvarlighed, men udfordrer de professionelle autonomi i arbejdet med den tværsektorielle kommunikation gennem bl.a. standardisering.

Digitale løsninger skal også muliggøre selvbetjening, og lægger op til en ændring i forståelsen af samfundsborgerens pligter og ansvar. Borgerne skal ledes til at betjene sig selv i størst muligt omfang gennem internetportaler og en adgang til det offentlige. De skal motiveres til at benytte de digitale medier (Den Digitale Taskforce, 2002, s. 14). En tredje diskurs **den aktive digitale borger** er fremtrædende i meningen; borgerne skal opdrages til digitaliseret adfærd. Det er en ændring i forventningen til rollen som borger i det offentlige. Borgeren skal være aktivt deltagende og derigennem tage ansvar, en begyndende individualisering af ansvaret. Den digitale borger forsøges konstrueret gennem friheden til selv at vælge det staten sætter op som god borgeradfærd. Selvbetjening er i statens optik god adfærd, og noget den enkelte borger vil stræbe efter grundet en skabelse af merværdi for den enkelte (og samfundet). En handling der skal understøtte at staten kan

få realiseret det beskrevne potentiale i en digitalt understøttet service. Borgeren fungerer ligeledes som legitimitets grundlag for diskursen om sammenhængende forløb, da teksten italesætter borgeren i centrum i relation til ønsker og handlinger omkring forløbsstyring i perioden.

Tabel 6: Oversigt over strategitekst 1 (2001 – 2003).

Strategitekst 1:	På vej mod digital forvaltning – vision og strategi for den offentlige sektor 2001 – 2003
Overordnede diskurser:	Globaliseringsdiskurs Diskurs om økonomisk ansvarlighed
Rådende diskurser:	Den offentlige servicediskurs – digital service Diskurs om sammenhængende borger forløb Diskurs om den aktive digitale borger
Handlinger i perioden:	<i>Organisering:</i> Etablering af bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor og Den Digitale Taskforce.  <i>E-dag 1:</i> E-post anerkendes som officiel korrespondance mellem myndigheder ved ikke personfølsomme oplysninger.  <i>MedCom projektperider:</i> MC3 (2000 – 2001): Udvikling af tværsektorielle kommunikationsstandarder MC4 (2002 – 2005): Opstart af hjemmepleje sygehus kommunikationsstandarder i storskala afprøvning.

Strategitekst 1 (2001-2003) præsenterer sig med diskursen om sammenhængende forløb, der søges operationaliseret gennem organisationsændringer, med oprettelsen af den nationale bestyrelse for digitalisering af den offentlige sektor og Den Digitale Taskforce. Etablering af tilsyneladende autonome enheder, der giver staten mulighed for at styre digitaliseringsprocessen gennem mere forpligtende samarbejdsrelationer med KL og Amterne. Ansvar for udførelse af opgaver præciseres i det fællesoffentlige fællesskab, og gennemførelsen af e-Dag1, er et eksempel på en delvis operationalisering af diskursen. Opgaver flyttes ud til de decentrale organisationer, men der er en tæt gensidig forpligtelse i ansvaret. Forløbsdiskursen har arbejdet tæt sammen med den offentlige servicediskurs – digital service, der forsøges koblet på ved at konstruerer nye måder at arbejde på som professionel.

Teksten udtrykker gennem diskursen om den aktive digitale borger ligeledes en begyndende individualisering af ansvaret i relationen mellem staten og borgeren. Diskurserne om sammenhængende borgerforløb og den offentlige service – digital service anvendes af staten til at spore de professionelle og organisationerne ind på brugen af de IT baserede løsningers muligheder og potentiale set med statens optik, og de heri indlejrede forandringer i vaner og rutiner løsningerne bringer med sig. Statens økonomiske ansvarlighed fordrer at organisationer, professionelle og borgere agerer ud fra ideen om digital sammenhæng, hvorved diskursen om den aktive digitale borger sættes i spil, sammen med diskursen om nye digitale serviceydelser for at sikre en realisering af det potentiale staten forventer kan indfries, hvorved statens position internationalt kan sikres. De 3 identificerede diskurser kan tolkes som udgørende en diskursorden for sundhedsvæsenet.

### 6.7. Strategitekst 2 (2004-2006)

*Den offentlige sektors strategi for digital forvaltning 2004 – 2004 – realisering af potentialet* er udgivet februar 2004 af Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor. Den Digitale Taskforce har udarbejdet teksten. Den er tilgængelig elektronisk, og udarbejdelsen samt til dels realiseringen er finansieret gennem projektmidler i de gældende økonomiaftaler i perioden. Strategien dækker perioden 2004-2006. Dokumentet er bygget op omkring 5 pejlemærker og 6 indsatsområder, der skal understøtte realiseringen af pejlemærkerne.

- Pejlemærke 1: Digitalisering skal bidrage til at skabe en effektiv og sammenhængende offentlig sektor med høj servicekvalitet, hvor borgere og virksomheder er i centrum.
- Pejlemærke 2: Digital forvaltning skal skabe øget servicekvalitet og frigøre ressourcer.
- Pejlemærke 3: Den offentlige sektor skal arbejde og kommunikere digitalt.
- Pejlemærke 4: Digital forvaltning skal baseres på en sammenhængende og fleksibel it-infrastruktur.
- Pejlemærke 5: Offentlige ledere skal gå forrest og sikre, at deres organisation kan realisere visionen.

Teksten danner kæde med tekst 1(2001 – 2003) i genretype, dog inddrages konkrete procentsatte mål i denne tekst, og trækker dokumentet mod en kvantificering. En lille ændring i genrer, der øger styrbarheden og objektiveringen gennem NPM måleredskaber.

Borgeren har en central plads i teksten. Deres forventninger til det offentlige fremstilles som; ”..borgeren vil gerne opleve, at udbuddet af serviceydelser er sammenhængende, og at løsningen af opgaver tager udgangspunkt i deres behov” (Den Digitale Taskforce, 2004, s. 4). Samt ”Et stort antal

borgere tilkendegiver, at de anvender digitale løsninger for at spare tid ect... Endvidere ønske 4 ud af 5 borgere, at stat, amt og kommune arbejder sammen om at skabe sammenhængende services, således at borgeren har en enkel indgang til det offentlige” (Den Digitale Taskforce, 2004, s. 4). *Diskursen om digitale sammenhængende borgerforløb* reproduceres, og styrkes med et fokus på borgercentrering i ydelser og arbejdsgange. Staten præsenterer igennem teksten ideen om organisering af ydelser struktureret omkring livsfaser i den fremadrettede digitaliseringsproces.

Teksten præciserer også opgaverne og ansvaret for opgaverne i strategiens målsætninger koblet på borgerforløbet, og eksemplet her; ”Projekt digital forvaltning skaber fælles rammer og understøtter tværgående samarbejde, men ansvaret for realiseringen af konkrete gevinster involverer og forpligter de enkelte myndigheder til at arbejde for strategiens mål – på tværs af sektorer og myndighedsniveauer i hele den offentlige sektor” (Den Digitale Taskforce, 2004, s. 2), signalerer, at alle myndigheder skal orientere sig mod de fællesoffentlige tekniske IT rammer og standarder, de selv har været med til at aftale. *Diskursen om digitale sammenhængende borgerforløb* på tværs af organisationer og systemer, reartikuleres gennem denne fremstilling, og staten forsøger at skabe et udvidet forpligtende fælles grundlag via målbare mål i strategien (2004 – 2006), og derigennem kontrol tiltag. Det er dog i tekst og handlinger usikkert, hvem der skal kontrollere hvad.

De professionelle får i denne tekst kun lidt opmærksomhed. Teksten er indlejret i perspektivet, at de professionelle skal ledes til at gennemføre forventningerne. Staten orienterer sig mod ledelseslagene i forsøget på at få de professionelle til at agere ud fra statens referencer, og retter derfor sit blik mod de offentlige ledere. Det er lederne der skal gå forrest, og sikre at deres organisation kan realisere visionen om digital service og sammenhængende forløb. I dokumentet trækkes der på etablerede management redskaber bl.a. gennem modeller for fælles IT-infrastruktur, og modeller der skaber mulighed for fælles finansiering og drift, overfor de offentlige organisationer. Der er en klar italesættelse af, at der skal tydelig og synlig ledelse til på alle niveauer, for at de nye måder at arbejde på kan realiseres. Digital infrastruktur, standardisering og fælles sprog på tværs skal bidrage til den digitalt understøttede service kan gennemføres med et fokus på helheden fremfor enkeltdelene. Hvormed den tætte kobling eller orden mellem *diskurserne om offentlige service – digital service* og *sammenhængende digitale borgerforløb* fastholdes i teksten.

I relation til konteksten anvender staten strategitekst 2 (2004 – 2006) til at skabe fællesoffentlige rammer, der kan lede digitaliseringsprojektet videre. Etablering af digital infrastruktur ses som statens

hovedfokus, og handlingerne der gennemføres understøtter implementeringen af informationsstrømme på tværs af sektorerne.

Den aktive digitale borger kommunikerer digitalt med det offentlige, og benytter sig af selvbetjening når det passer ind i deres dagligdag. Dokumentet trækker hermed *diskursen om den aktive digitale borger* med sig videre. Borgernes egne forventninger til den offentlige service og sammenhæng fremstillet i teksten, skaber legitimitet for staten til at stille krav til borgeren om at være aktivt deltagende. Den frie og selvstændige borger. Der er her indlejret en spænding mellem et ressourceperspektiv udtrykt i diskursen om økonomisk ansvarlig og brugertilfredshed indlejret i diskursen om den aktive digitale borger. For hvordan motiveres borgerne til at tage de nye digitale løsninger i brug som deres foretrukne service indgang med brug af færrest mulige ressourcer fra det offentlige. Ifølge staten vil borgerne gerne anvende de teknologiske løsninger, når de giver mening, jvf de undersøgelser teksten refererer til.

Den aktive digitale borger diskurs suppleres af ønsket om en borgercentreret opbygning i de digitale service tilbud. I 2005 gennemføres b.la. e-Dag2, der giver borgerne sikker digital kommunikation med det offentlige. Alle borgere kan ansøge om en digital signatur, så de kan sende og tilgå personlige oplysninger i det offentlige. Ordningen er valgfri at deltage i. For sundhedsområdet fortsættes arbejdet med MedCom periodens MC4 (2002 – 2005) tiltag om storscala afprøvning af hjemmepleje hospitals meddelelserne, og efterfølges af MC5 (2006 – 2007); et 2 årigt projekt omkring indførelse af ny teknologi og tilpasning af systemopbygning og arkitektur. Handlinger der understøtter en operationalisering af nye måder at arbejde på.

Tabel 7: Oversigt over strategitekst 2 (2004 – 2006).

Strategitekst 2:	Den offentlige sektors strategi for digital forvaltning 2004-2006 – Realisering af potentialet.
Overordnede diskurser:	Globaliseringsdiskurs Diskurs om økonomisk ansvarlighed
Rådende diskurser:	Den offentlige servicediskurs – digital service Diskurs om sammenhængende borger forløb Diskurs om den aktive digitale borger
Handlinger i perioden:	<i>Organisering:</i> Ingen ændringer i perioden.  <i>E-dag 2:</i> Alle offentlige institutioner skal give borgere tilbud om at kommunikere digitalt og sikkert, med digital signatur. Alle borgere kan søge om at få en digital signatur, så tilbuddet kan anvendes. Sundhedsvæsenet får en længere implementeringsfrist.  <i>MedCom:</i> MC4 (2002 – 2005); Opstart af hjemmepleje sygehus kommunikationsstandarder i storskala afprøvning. MC5 (2006 – 2007); Indførelse af ny teknologi og tilpasning af systemopbygning og arkitektur.

De to strategier bygger videre på hinandens grundsten, og viser til en udvidelse i anvendelsen og ændring i de tiltag, der arbejdes for at blive operationaliseret. Det offentlige digitaliseringsprojekt forsøger gennem operationelle mål, at ændre strukturen for digitaliseringsindsatsen ved at italesætte en ny fysisk organisering, på grundlag af borgerens livsfaser og tilhørende kontaktbehov til den offentlige sektor. En reproduktion af diskurserne om sammenhængende forløb, digitalt understøttet servicearbejde og den aktive digitale borger. Staten vil markedsføre de gode ideer og løsninger, som incitament til at fremme digitaliseringsfremdriften i de offentlige organisationer, samtidig med at den fællesoffentlige strategi inddrager målbare målsætninger med udgangspunkt i NPM tænkningen. Måleredskaberne viser en mindre justering i tekstens genresammensætning. Tilgangen til den digitale aktive borger udtrykkes gennem en invitation ind i den offentlige digitale verden ved gennemførelse af e-Dag2's digitale signatur, der gør det muligt at kommunikere digitalt med det offentlige. De professionelle søges ledet mere målrettet gennem styringstiltag rettet mod de decentrale ledelseslag.



## 6.8. Strategitekst 3 (2007-2010)

*Mod bedre digital service, øget effektivisering og stærkere samarbejde* er produceret af Den Digitale Taskforce, og udgivet af Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor i 2007. Den udgives elektronisk og i papirudgave i 1000 eksemplarer, og dækker perioden 2007 til 2010. Projekt Digital Forvaltning bliver i den gældende økonomiaftale aftalt som fast tiltag i den offentlige sektors moderniseringsprojekt. Strategien, og en del af dens initiativer finansieres i gennem aftalen. Teksten er bygget op omkring 3 strategiske indsatsområder, med hver deres tilhørende målsætninger og initiativer, der spænder fra rådgivende og handleanvisende, til talfaste implementeringsmål, hvormed strategitekst 2's genreændringer videreføres.

- Strategisk indsatsområde 1: Bedre digital service.
- Strategisk indsatsområde 2: Digitalisering skal muliggøre øget effektivisering.
- Strategisk indsatsområde 3: Stærkere samarbejde skal skabe digital sammenhæng.

Staten har ved udgivelsen af 3 strategitekst (2007 – 2010) ikke opnået de effektiviseringer, og tilhørende realiseringer af økonomi og ressourcer, der var forventet i det igangværende digitaliseringsprojekt. Teksten præciserer, at de digitale muligheder skal udnyttes endnu bedre. Den offentlige sektor skal levere bedre, mere sammenhængende og effektiv digital service til borgerne. Koordinering og prioritering er kodeord, og skal foregå gennem mere forpligtende tværgående samarbejde på alle niveauer udtrykt som her ”En fælles retning kræver flere fælles beslutninger”, ”Fælles forpligtende beslutninger på bedre oplyst grundlag” (Den Digitale Taskforce, 2007, s. 19). Fællesskabstemaet tolkes som udtryk for NPG rationalets netværkstænkning, hvor netværksorganisering kan få en centralt betydning i styringen.

***Diskursen om sammenhængende borgerforløb*** er omdrejningspunktet i ovenstående. Organisering og opgaver er centrale temaer i den diskursive praksis. Den offentlige sektor skal bygges op omkring borgerne og deres livsfaser. Fremstillingen af ønsket om en digital offentlig sektor organiseret omkring borgeren i strategitekst 2, søges operationaliseret i perioden gennem forskellige sociale praksisser af diskursiv og ikke diskursiv karakter.

Organisationsændringer der afspejler sig i den sociale struktur er strukturreformen (se underafsnit 6.2.), der effektueres i 2007. Den resulterer i færre enheder, der ud fra en politisk økonomisk tænkning giver bedre forudsætninger for bæredygtige digitaliseringsindsatser; ”Øget samarbejde og koordinering ændrer dog ikke ved, at den væsentligste indsats i forhold til den videre digitalisering

fortsat ligger i de konkrete digitaliserings- og moderniseringstiltag hos den enkelte kommune, region eller statslige organisation” (Den Digitale Taskforce, 2007, s. 7).

Strukturen i digitaliseringsindsatsen har også indtil nu været forankret i den nationale bestyrelse for digitalisering, hvorunder forskellige projekter har refereret til bestyrelsen. I teksten (2007 – 2010) beskrives en ny organisering for den fremadrettede digitaliseringsindsats i den offentlige sektor med udgangspunkt i borgernes livsfaser – Domæneområder. Sundhedsvæsenet er beskrevet som et domæneområde, og i 2007 oprettes Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), der bl.a. andet skal fremme udviklingen og udbredelsen af elektroniske patientjournaler i sundhedsvæsenet, samt styrke digitaliseringen på tværs af sundhedsvæsenet (jf. strukturreformen). Indsatser der er i gang og hermed videreføres i en ny organisatorisk form. Den nationale bestyrelser fortsætter, og Taskforcen nedlægges. Staten etablerer hermed et nyt og udvidet netværk af enheder, der har en formaliseret ret til at lede processer i samarbejde med den domæne relevante styrelse (For SDSD – Sundhedsstyrelsen). SDSD netværket kan ses som et domænespecifikt, tæt knyttet netværk, beskæftiget primært med implementering i digitaliseringsprojektet. Det vil i statens optik gøre det lettere at skabe forpligtigelse overfor fælles værdier, normer og betydninger i de mere speciale opdelte domæneenheder, og kan tolkes som et tegn på udvidelse i statens omlægning til digital service.

I slutningen af strategiperioden indgår Regeringen en aftale med de nyetablerede Danske Regioner *Aftalen om sundheds-IT* (Regeringen & Danske Regioner, 2010), hvilket betyder at SDSD nedlægges, og at den nationale bestyrelse for Sundheds-IT oprettes. Den nye bestyrelse er placeret tættere på Finansministeriet fremfor tilknytningen til Sundhedsstyrelsen som SDSD havde. Aftalen betyder også at den nye aktør, Danske Regioner ansætter IT-direktører og etablerer Regionernes Sundheds-IT (RSI). Samtidig er RSI et udtryk for at indsatsen i digitaliseringsprocessen skal styrkes gennem professionalisering. Ændringen i tilknytningsforholdet fra Sundhedsstyrelsen til Finansministeriet, styrker statens position overfor regionerne ud fra en økonomisk, administrativ og ledelses logik.

Oprettelsen af regionerne ændrer væsentligt på sygehusorganisationernes forudsætninger. Skatteinddrivelsesretten forsvinder og det økonomiske grundlag hviler på en årlig rammebevilling fra staten. Økonomaftalen sætter dermed rammen om regionernes opgaver og økonomi. Aftalen indeholder år for år nye krav om indfrielse af målsætninger relateret til forløbsorganiseringen, for at få fuld råderet over de økonomiske midler. Samtidig vedtager staten i 2009, *Bekendtgørelsen om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*, nr. 2 (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009) der forpligter regionerne og kommunerne til at indgå aftaler om patientforløb på tværs af sektorerne. RSI

er efter oprettelsen, Danske Regioners deltager i bestyrelsen for den nationale bestyrelse for sundheds-IT sammen med bl.a. repræsentanter for MedCom, hvilket er en udvidelse i netværket af enheder der systematisk organiseres.

Organisering af datanetværk og infrastruktur er bundne opgaver i realiseringen af *diskursen om sammenhængende forløb*. Data skal strømme frit, så borgeren kun skal afgive oplysninger en gang, og de rette professionelle har de rigtige oplysninger på rette tid og sted. Muligheden for at der kan frigøres ressourcer. Med eDag 3 i 2009, pålægger de offentlige organisationer sig selv at tilbyde borgerne login med NemID, samt fuld digital kommunikation med borgerne via e-Boks. Sundhedsvæsnets tilknyttede MedCom organisation arbejder i perioden med projekt MC6 (2008 – 2009), der omhandler en videre udvikling af MedCom standarderne, og konsolidering og udbredelse af e-journalen og den elektroniske kommunikation mellem privatpraksis, regioner og kommuner. Økonomiaftaler og lovgivning understøtter forløbsdiskursen, og er en udvidelse i det intertekstuelle net strategien og diskursen indgår i.

Den nationale bestyrelse for sundheds-IT og etableringen af Danske Regioners RSI repræsenterer skabelsen af tilsyneladende autonome enheder, der dels ansvarliggøres og stilles til ansvar igennem bekendtgørelser og økonomiaftaler.

*Diskursen om offentlig service – digital service* er repræsenteret i teksten (2007 – 2010), og den suppleres her med en ansvarliggørelse af ledere og ansatte. De offentligt ansatte skal være omstillingsparate og forandringsvillige. Det er dem, der har et delvist ansvar i, at det offentlige høster de forventede økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster ved digitaliseringsprojektet.

De professionelle repræsenterer et fællesskab baseret på et netværk af styrede forhold mellem dem, hvor forpligtelse overfor fælles værdier, normer og betydning samt fælles historie og identitet bliver bindeledet. Regionen og kommunen har i sundhedsvæsenet hver deres forpligtelse, værdier og betydninger. Friheden til at forvalte autonomien stækkes gennem ansvarliggørelse. Staten forsøger gennem netværkene, bekendtgørelsen, sundhedsaftalerne, MedCom projekterne og økonomiaftalerne at lede individerne gennem fællesskabet mod større brug af de digitale løsninger i det daglige arbejde. Diskursen om sammenhængende forløb og service – digital service er tæt forbundet og arbejder sammen som gensidig legitimering.

Digitaliseringsprojektet skal sikre staten større effektivitet og bedre kvalitet. Borgerne har en central plads i realiseringen; citatet her repræsenterer det perspektiv staten ligger ned over borgerne,

”..Brugerne skal tilskyndes til at bruge de kanaler, som er billigst for den offentlige sektor (Den Digitale Taskforce, 2007, s. 16).”, ’Brugere’ og ’billig’ er to ord der betegner ulige tænkninger, der er tilstede i *diskursen om den aktive digitale borger*. Det der er billigst for staten er selvbetjeningsløsninger, borgerne vil benytte. De skal derfor møde brugervenlige IT-portaler for at det offentlige kan være tilgængelig og effektiv i sin service. Selvbetjeningstanken er forenelig med en markeds og administrativ logik, hvor markedspektivets forbrugerbegreb hører til. Bruger og brugerinddragelse repræsenterer en borger logik. Inddragelse af borgerne skal understøtte at tilgængeligheden, og værdien for den enkelte øges i de offentlige selvbetjeningstilbud – et forsøg på kollektivt at subjektiverer friheden forstået som valg, autonomi og forpligtigelse. Det ansvarlige individ og deres styrende samfund.

I strategiteksten (2007 – 2010) åbnes ligeledes op for en erkendelse af de ikke digitaliseringsparate/forhindrede og deres behov – den digital inhabile borger har samme ret til service, men ikke samme pligt til at benytte de digitale løsninger - endnu. Fokuset på digital kommunikation videreføres, og styrkes gennem tiltag, der skal undersøge mulighederne for obligatorisk digital kommunikation på borgerområdet.

Staten præsenterer ligeledes borgerne som en enhed hvorfra der kommer flere forventninger om øgede valgmuligheder, gennemsigtighed og høj kvalitet. Danmarks Statistiks årlige undersøgelse af danskernes IT vaner, viser gang på gang en øgning i brugen, kompetencen og forventninger om indarbejdning af digital velfærd. En reartikulering af *diskurserne om globalisering og økonomisk ansvarlighed* grundet demografiske udfordringer med flere ældre og færre unge, samt de grundlæggende økonomiske forhold styrkes i argumentet om borgernes efterspørgsel og vilje til digital service.

Tabel 8: Oversigt over strategitekst 3 (2007 – 2010).

Strategitekst 3:	Mod bedre digital service, øget effektivisering og stærkere samarbejde – Strategi for digitalisering af den offentlige sektor 2007 – 2010”
Overordnede diskurser med en legitimerende funktion i teksten:	Globaliseringsdiskurs Diskurs om økonomisk ansvarlighed
Rådende diskurser:	Diskurs om sammenhængende borgerforløb Diskurs om offentlig service - digital service Diskurs om den aktive digitale borger
Handlinger i perioden:	<i>Organisering:</i> Strukturreform (2007) Oprettelse af Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD) (2007) Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftale 2 udgave, (2009) Aftale om national sundheds-IT (2010) Oprettelse og Den nationale bestyrelse for sundheds-IT og nedlæggelse af SDSD (2010)  <i>eDag3:</i> Nem adgang til det offentlige på nettet 2009  <i>MedCom:</i> MC6 (2008-2009); Videreudvikling af standarder og konsolidering af udbredelsen

Strukturelt ændres den sociale struktur og (indirekte sociale orden) ved gennemførelse af strukturreformen, gennem etablering af færre og større enheder, samt ændring af det økonomiske grundlag i de nye regioner. Digitaliseringsstrukturen tilpasses ligeledes, og retter sig mod domæneorganisering; for sundhedsområdet først SDSD og sidst i perioden den nationale bestyrelse for sundheds-IT, hvor MedCom deltager med KL, RSI og staten. En udvidelse i det netværk der styres igennem. Aftalen om sundheds-IT, økonomiaftalen og bekendtgørelsen giver staten mulighed for at sætte rammerne for forløbsindsatsen, og derved fremme operationaliseringen af *diskursen om sammenhængende forløb*. Den fællesoffentligt besluttede eDag3, strammer grebet om digitaliseringsprocessen i de decentrale organisationer/enheder. Ligeledes de fællesoffentlige besluttede MedCom projekter – der understøtter gennemførelsen af nye måder at arbejde på, hvor de professionelle ledes til at implementere via aftaler baseret på ansvarliggørelse og kontrol. Borgerne

skal inddrages, og tilskyndes af organisationer og professionelle, til at anvende de digitale løsninger, fordi de giver den enkelte merværdi. Der arbejdes dog også på at undersøge mulighederne for gennemførelse af obligatoriske løsninger. De 3 rådende diskurser arbejder tæt sammen i teksten (2007 – 2010). *Diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb* kobler sig til *diskursen om den offentlige service – digital service*. MedCom organisationen bliver her en central part i det fællesoffentlige samarbejde, da projekter vedtaget og finansieret her danner rammen for de professionelles arbejde. Samtidig er bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor fællesoffentlig ophavsorganisation for eDag3, der retter sig mod borgerne, og deres muligheder for at agere digitalt i relationen med det offentlige, og der sker en reartikulering af *diskursen om den aktive digitale borger*.

#### 6.9. Strategitekst 4 (2011-2015)

*Den digitale vej til fremtidens velfærd – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 - 2015* er udgivet august 2011. Økonomistyrelsen og (Finansministeriet) står som udgiver. Regeringen, KL og Danske Regioner som forfattere. Teksten er tilgængelig elektronisk, og udgives i 4000 papireksemplarer. Strategien er bygget op gennem 3 hovedspor. 2 fællesoffentlige og et spor, hvor domæne organiseringen kan ses ved en opdeling i forskellige offentlige områder; sundhedsområdet, social og serviceområdet ect.

- Spor 1: Slut med papirblanketter og brevpost.
- Spor 2: Ny digital velfærd.
- Spor 3: Tættere offentlige digitalt samarbejde.

Målet med strategien er at arbejde videre med den tidligere indsats for at sikre, at digitaliseringen bliver en del af fornyelsen af den offentlige sektor. Hvormed teksten indgår i en intertekstuel relation med strategitekst 3 (2007 – 2010). Der er opsat kvantificerede mål tilknyttet de enkeltstående spor. Strukturen omkring spor, signalerer en genreændring mod mere specifikke handlinger i forskellige dele af den offentlige sektor – en fællesoffentlig udvidelse. Ændringen i tekstproducent og udgiver forhold, tolkes som den tættere tilknytning digitaliseringsprojektet har fået til den økonomiske ansvarlighedsdiskurs, og styringslogikker udsprunget af ledelses, administrations og økonomiske perspektiver Finansministeriet repræsenterer.

Organisering i domæneområder med udgangspunkt i livsfaser har i de foregående tekster været et gennemgående ønske fra staten, tanken slår igennem i den sociale struktur i perioden.

Sundhedsområdet italesættes nu som et domæneområde, og der er oprettet en ny national bestyrelse for sundheds-IT, med reference til den nationale bestyrelse for digitalisering af den offentlige sektor.

I strategiperioden udgiver den nyetablerede nationale bestyrelse for sundheds-IT; *National sundhedsstrategi* (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013) samt *Strategi for digital velfærd* (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013). Strategitekst 4 (2011 – 2015) refererer til udarbejdelsen af begge strategier, som kommende opgaver, og strategiteksterne inkluderer indsatser fra tekst 4. De to strategier indenfor sundhedsområdet kan tolkes som udtryk for en ændring i den sociale praksis. Digitaliseringsprojektets diskursive praksis konstruerer den sociale praksis. Samfundet tager nu for givet at digitalisering er en væsentlig del af det sociale liv. Samtidig er organisationsændringerne et udtryk for, hvordan de eksterne relationer mellem *diskursen om sammenhængende digitale forløb* (organisering og opgaver), og andre sociale events eksempelvis aftalen om sundheds-IT operationaliseres, og skaber forandring i den sociale struktur.

Staten har med IT som styringsteknologi formået at ændre på organisationsstrukturen i samarbejdsrelationerne med nedsættelse af domænebestyrelserne for de store velfærdområder, og derved udvide netværket af styrede forhold, samt skabe fællesskaber baseret på (tillidsrelationer) gensidighed og samarbejde. Vel og mærke et samarbejde bygget på styring gennem NPG, og NPM redskaber som budgetter, kontrakter med målbare målsætninger og auditeringer som kontrolforanstaltninger.

Datadeling, infrastruktur og anvendelse af de digitale løsninger, er stadig statens omdrejningspunkt i digitaliseringsprocessen, og understøtter reartikuleringen af *diskursen om sammenhængende borgerforløb*. IT-systemer skal tale sammen, der skal udarbejdes og implementeres fælles standarder, og lovgivningen skal fortløbende tilpasses, så den er digitaliseringsklar. De enkelte organisationer skal ikke selv udvikle digitale løsninger ud fra deres eget behov. Der er derfor brug for at den offentlige digitaliseringsindsats koordineres endnu mere. Arbejdet med den fælles IT infrastruktur skal ligge i endnu fastere rammer. Organiserings- og opgaveansvaret sættes igen i spil overfor samarbejdstemaet i diskursen om sammenhængende borgerforløb. Opgaveansvaret skal ses i relation til den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, hvor de nyoprettede domænebestyrelses strategier, og de offentlige organisationers (Danske Regioner og KL) egne digitaliseringsstrategiers realiseringer, skal ligge indenfor rammerne af den fællesoffentlige. Opgaven med implementeringen er dog stadig den enkelte decentrale enheds eget ansvar.

Strategitekst 4 (2011 – 2015) er baseret på en fællesoffentlig aftalestruktur, med gensidig forpligtende samarbejde. Dog lovfæster staten samtidigt digitaliseringsindsatserne i forløbsplanlægningen ved vedtagelsen af den tredje bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, hvor sundheds-IT og digitale arbejdsgange bliver 1 af de 4 obligatoriske indsatsområderne, den enkelte region og dens tilhørende kommuner skal aftale samarbejde og effektivering omkring lokalt.

Strukturelt sker der i 2011 et regeringsskifte, hvorefter den nationale bestyrelse for digitalisering af den offentlige sektor nedlægges. Ansvar for udbredelsen af digitaliseringen lægges i en nyoprettet styrelse – Digitaliseringsstyrelsen. Styrelsen placeres under Finansministeriet, hvorved staten styrker sin position, set i relation til en direkte reference til digitaliseringsstrategien og dens handlinger. Budgetloven i 2012 får ligeledes en afgørende betydning for regionernes råderum. Loven bygger på rammestyringsprincippet; hvormed en centralisering af budgetbeslutninger, og en decentralisering af de konkrete driftsbeslutninger, sikrer et politisk værktøj til at kontrollere hvad pengene skal bruges til. Loven fungerer derfor indirekte som et NPM styringsværktøj overfor regionerne. Styringsnetværket gennem ansvarliggørelse strammes i diskursen om sammenhængende borgerforløb.

Der ligger store gevinster i at udnytte de digitale muligheder til at løse kerneopgaverne på nye og smartere måder; ”Velfærdsteknologi er en af nøglerne til at åbne fremtidens velfærd – (modernisering) (Økonomistyrelsen, 2001, s. 3); ”God service kræver ikke nødvendigvis et fysisk møde. I mange tilfælde kan digitale løsninger eller ny teknologi levere en mere moderne og effektiv service” (Økonomistyrelsen, 2011, s. 3).

De fælles offentlige mål er at gøre dagligdagen lettere og mere effektiv for personalet, ved at gøre arbejdsgangene på sygehuset mere effektive, samt sikre kommunikation og sammenhæng på tværs. For sundhedsprofessionelle skal de rette IT-værktøjer gøre, at de får et bedre grundlag til at træffe de rigtige beslutninger, og tilrettelægger deres arbejde og samarbejde mere effektivt og enkelt.

***Diskursen om offentlig service – digital service*** bevæger fortløbende ideen og operationaliseringen af nye måder at arbejde på. Sygehusene skal i perioden have fuldt integrerede digitale kliniske IT-arbejdspladser, og fuldt integrerede MedCom standarder, der f.eks. skal sikre, at lægen til hver en tid har et opdateret og relevant datagrundlag at træffe beslutninger ud fra. Integrationen og flowet af data skal sikres mellem sygehus, kommune og egen læge. ***Diskursen om offentlig service – digital service gennem nye måder at arbejde på***, og ***diskursen om sammenhængende forløb*** arbejder stadig for hinanden. Diskursen om sammenhængende forløb udvikler sig nu til sammenhængende digitale



forløb set i lyset af statens tidligere diskursive praksis, og de handlinger der har påvirket den sociale struktur i sit virke som social praksis.

MedCom projektperioderne MC7 (2010-2011), MC8 (2012-2013) og MC9 (2014-2015) afvikles i strategiperioden (2011 – 2015), og retter sig mod fuld implementering af IT standarderne på sygehuse, og derefter i kommunerne i den tværsektorielle kommunikation. Projekterne danner eksterne relationer med *diskursen om digital service* gennem nye måder at arbejde på i en operationalisering af en tilpasset professionel identitet og tilpassede arbejdsgange. Staten lægger tilrette for en distanceret service, hvor IT-teknologiske løsninger skal erstatte noget af den tidligere direkte kontakt. Dette kan ses som et udtryk for en de-personificering af det relationelle professionelle arbejde. En tænkning der bryder med den autonome sundhedsprofessionelle identitetsforståelse.

Danskerne er et IT modent folkefærd, og *diskursen om den digitalt aktive borger* aktiveres gennem udsagn som dette; ”Erfaringer taler deres tydelige sprog: Borgerne kan og vil gerne betjene sig selv på nettet, hvis det er nemt, brugervenligt og giver værdi (Økonomistyrelsen, 2011, s. 14). Samtidig er der en drejning mod en mere autonom borger; ”Borgerne forventer også, at sundhedsvæsenet er åbent, inddrager dem i at tage vare på eget helbred og levere endnu højere kvalitet i behandlingen” (Økonomistyrelsen, 2011, s. 24).

Borgere der ikke kan efterkomme statens forventninger, må hjælpes. Temaet om den inkompetente digitale borger er nærværende ”... Borgere der vitterligt er forhindrede i at bruge de digitale løsninger...” (Økonomistyrelsen, 2011, s. 14) må hjælpes. Den IT svækkede borger kan ud fra strategiteksten (2011 – 2015), lette sin hverdag ved at give en fuldmagt til sine pårørende, der så kan hjælpe dem – et pårørende tema der i de politiske strategier ikke har været der tidligere, men som trækker mod den aktive borger – assisteret af andre end det offentlige. Med indførelsen af eDag4 i 2014, der gør e-Boks (den elektroniske postkasse) obligatorisk for alle (dog med mulighed for at søge dispensation), og trinvis obligatorisk selvbetjening på borgerportaler frem mod 2015, udvides diskursen om den digitale borger med forpligtigelse. Borgerne skal engageres og rustes til at tage vare på sig selv ved brug af de digitale tilbud. Her er igennem tekst og handlinger en yderligere bevægelse fra kollektivt ansvar til et individuelt ansvar. Det ansvarlige individ og dets styrende samfund. Pårørende får hermed indirekte pålagt sig opgaver om at tage vare på familie, der ikke er i stand til at benytte de obligatoriske digitale tilbud. De digitale løsninger er med til at skabe et fællesskab af pårørende, der gennem pligt og ansvarliggørelse rulles ind i et netværk af styrede forhold; som

obligatorisk digital deltagelse, og samtykkeerklæring til at varetage en pårørendes digitale offentlige pligter, vedkommende ikke selv er i stand til.

Tabel 9: Oversigt over strategitekst 4 (2011 – 2015).

Strategitekst 4:	Den digitale vej til fremtidens velfærd – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 – 2015
Overordnede diskurser med en legitimerende funktion i teksten:	Globaliseringsdiskurs Diskurs om økonomisk ansvarlighed
Rådende diskurser:	Diskurs om sammenhængende borgerforløb Offentlig digital service diskurs Diskurs om den aktive digitale borger
Handlinger:	<p><i>Organisering:</i> Nedlæggelse af Den nationale bestyrelse for digitalisering af den offentlige sektor (2011) Oprettelse af Digitaliseringsstyrelsen (2011) Vedtagelse af Budgetloven (2012) Vedtagelse af Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 3 udgave (2013) Udgivelsen af <i>National strategi for sundhedsvæsenet 2013-2017</i> Udgivelse af <i>Strategi for digital velfærd 2013-2020</i></p> <p><i>eDag4 (2014):</i> Alle borgere skal have en digital postkasse, E-boks, og der skal være en trinvis overgang til obligatorisk selvbetjening frem mod 2015.</p> <p><i>MedCom:</i> MC7 (2010 - 2011): Udbredelse af MedCom standarderne og e-journal. Indsatserne holdes indenfor rammerne i <i>Aftale om sundheds-IT 2010</i>. MC8 (2012 - 2013): Teknologisk fremtidssikring af MedCom kommunikation, MedCom standarder test og konsolidering op ny, E-journal. Indsatserne holdes indenfor rammerne i <i>Aftale om sundheds-IT 2010</i>. MC9 (2014 - 2015): Fuld udbredelse af MedCom standarder mellem sygehus, kommune og almen praksis, sundhedsdatanet/ nationale datakilder. Indsatserne holdes indenfor rammen af <i>Den nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsområdet - Digitalisering med effekt 2013-2017</i>.</p>

Der er en udvidelse i det organisatoriske netværk af enheder i statens digitaliseringsprojekt. NPG og NPM redskaber fungerer som styringsværktøjer i processen gennem yderligere forpligtende samarbejde og ansvarliggørelse, samt kontrol gennem den tredje *Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*, samt *Budgetloven*. Dokumentation og

kommunikation på tværs systematiseres og standardiseres i takt med at MedCom projekterne integreres. Indsatser der retter sig mod en operationalisering af nye måder at agere på – tilrettelæggelse af en distanceret service. Den fuldt digitale arbejdsplads bliver hverdag for de professionelle på sygehuset. Den aktive digitale borger diskurs, udvides med obligatorisk. Heri indlejres et pårørende tema, der flytter på opgaveansvaret fra stat til pårørende/familie. En udvidelse i individualiseringen af ansvaret, der konstruerer de pårørende som borgerens mulighed for aktivt at betjene sig selv ud fra rationalet om den autonome borger, der søger at optimere sine forhold for sig selv.

### 6.10. Strategitekst 5 (2016-2020)

*Et stærkere og mere trygt digitalt samfund. Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016 - 2020* er produceret og udgivet i maj 2016 af Digitaliseringsstyrelsen. Dokumentet er elektronisk tilgængeligt hos Finansministeriet, KL og Danske Regioner.

Opbygningen i strategien består af 3 hovedmål med hver 3 fokusområder.

- Hovedmål 1: Det digitale skal være let, hurtigt og sikre god kvalitet
  - En brugervenlig og overskuelig digital offentlig sektor
  - Bedre brug af data og hurtigere sagsbehandling
  - Bedre og mere sammenhængende velfærd
- Hovedmål 2: Offentlig digitalisering skal give gode vilkår for vækst
  - Bedre rammer for erhvervslivet
  - Offentlige data som vækstdriver
  - En effektiv forsyningssektor
- Hovedmål 3: Tryghed og tillid skal i centrum
  - Den offentlige sektor passer godt på data
  - Robust digitalt fundament
  - Digitalisering for alle

Fokusområderne har underliggende konkrete initiativer, der skal bidrage til at målene bliver til virkelighed. Visionen i teksten er; ”At offentlig digitalisering skaber værdi, vækst og effektivisering og fastholder danskernes tillid til det digitale samfund” (Digitaliseringsstyrelsen, 2016, s. 14).

I indledningen af denne femte og aktuelt gældende fællesoffentlige digitaliseringsstrategi (2016 – 2020), fremkommer et tema om det ukendte digitale i morgen. Den teknologiske udvikling går så

stærkt, at vi ikke ved, hvilke muligheder den bringer med sig i morgen. Heri udtrykkes et trygheds- og tillidstema overfor nye måder at arbejde og agere på. Borgerne skal have tillid til, at det offentlige passer godt på deres oplysninger, og de skal være trygge ved den fremtidige organisering af de offentlige serviceydelser.

”Digitalisering har på flere områder givet anledning til at bryde med den silotænkning, som den offentlige sektor til tider handler ud fra” (Digitaliseringsstyrelsen, 2016, s. 12). Sammenhæng eller mangel på samme er dog stadig et stort politisk problem der skal løses, og den økonomiske- og demografiske situation nødvendiggør, ifølge staten; digitalt understøttet sammenhæng for at imødekomme udfordringerne. Digitaliseringstanken – ideen, relateres her til **diskursen om økonomisk ansvarlighed**. Digitalisering er nødvendig for at nå statens mål om økonomisk ansvarlighed, og samtidig opretholde sin globale position.

Den femte strategi (2016 – 2020) trækker på erfaringer og handlinger igangsat i de tidligere strategier, omkring opbygning af IT-infrastruktur, databaser og registrer. Der er et robust digitalt fundament. IT-arkitektur og infrastruktur er bygget op omkring de fællesoffentlige aftaler og rammer, men der er stadig et stykke vej. Teksten skal derfor læses i lyset af et strategisk samspil med bl.a. *Strategi for digital velfærd 2013-2020* og *National strategi for sundheds-IT 2013-2017* (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013), samt Danske Regioners (2013) digitaliseringsstrategi *Sammenhængende og ensartede digitale muligheder 2013 - 2019*. Tekster der har en direkte eller indirekte intertekstuel relation til tekst 5 (2016 – 2020).

Staten anvender borgernes ønske om oplevelsen af sammenhæng som legitimitetsgrundlag for handlinger i teksten, hvilket er et udtryk for at den peger på **diskursen om den aktive digitale borger**. Et eksempel er, at en borger der skal udskrives, da ikke selv skal være ansvarlig for at bringer vigtige oplysninger om sit behandlingsforløb og planer med sig. Systemet skal sørge for at de rigtige professionelle har de rigtige oplysninger på de rigtige tidspunkter.

For at styrke forløbsplanlægningen retter staten igen sin opmærksomhed mod de offentlige ledere med en forventning om, at der skal være professionel styring af IT-projekter på alle niveauer i alle organisationer. Ledelsesopgaven inddrages hermed aktivt i **diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb**. Staten stiller krav til en stærk decentral implementeringskapacitet, og viderefører brugen af styringsredskaber som kontrakt- og leverandørstyring i IT-projekter, som supplement til netværket af styrede forhold, hvorunder staten kan udøve kontrol i forhold til digitaliseringsprojektets nyoprettede tilsyneladende autonome enheder.

I *Aftale om regionernes økonomi for 2017* (Regeringen & Danske Regioner, 2016) indgår digitalisering rettet mod sundhedsdomænet med følgende punkter: Bedre digitalt samarbejde om komplekse patientforløb, patientrapporterede oplysninger og styrket samarbejde om sundhedsdata. På sundhedsområdet kobles til den strukturelle organisering af digitaliseringsindsatsen i Danske Regioner, RSI funktionen, der i 2010 blev etableret som resultatet på den fællesoffentlige Sundheds-IT aftale. Regionernes IT organisation fremhæves overfor de andre fællesoffentlige domæner som forgangseksemplet for god adfærd. MedCom projektet MC10 (2016 – 2017) konsoliderer operationaliseringen af *diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb og offentlig digital service*. Den fælles offentlige statsforankrede organisation har nået et modenhedsniveau, der gør den klar til at arbejde med egen kvalitetssikring i samarbejdet med eksterne private leverandører, og fremtidssikre sine digitale løsninger til sundhedsvæsenet.

*Den obligatoriske aktive digitale borger* har en central plads i teksten. IT kompetencerne til den digitale generation skal styrkes, kompetenceudviklingen af den kompetente digitale borger skal foregå fra vuggestuen af. Det er helt nærliggende for staten at få borgerne til at vælge de digitale løsninger til, så den nære borgerservice kan realiseres. Derfor fremstiller strategiteksten (2016 – 2020) borgerne, som individer med en forventning om, at det offentlige følger med den digitale udvikling, så det afspejler sig i de serviceydelser den enkelte har brug for. Digitaliseringen er det middel, der kan styrke oplevelsen af nærhed og indflydelse på egen livssituation, fordi der er let adgang til service og information hjemmefra eller i lokalområdet. Edagene har gjort nogen offentlige tjenester obligatoriske i den foregående strategiperiode, men lovgivningsgrundlaget gør at staten må arbejde med frivilligheden for at få implementeret flere IT løsninger. Paradokset mellem teksternes fremstilling af borgernes individuelle ansvar og deres frie vilje/ autonomi er igennem perioden ikke blevet mindre.

En parallel kan ses mellem statens forventninger til borgerne og de professionelle. De skal klædes på til at hjælpe borgerne med digitaliseringsprocessen – fungere som statens forlængede arm. Gennem dokumentet er en opmærksomhed på de professionelles digitale kompetencer. De professionelle skal gennem deres professionelle uddannelse klædes på til de nye måder at løse opgaver på og udføre digitalt understøttet arbejde – en udvidelse af diskursen om offentlig digital service, hvor den etablerer en interdiskursiv relation til uddannelsesdomænet.

Handlingerne tolkes som udtryk for en grundlæggende mistillid fra staten – hvor målet bliver at få borgere og professionelle til at agere som gode borgere og professionelle i statens opfattelse af det

gode. Danmarks statistiks årlige undersøgelser afspejler den rolle tilpasning borgerne har gennemgået i forhold til digitaliseringstanken. Samspillet mellem den teknologiske udvikling, globaliseringen og det private erhvervsliv anvender staten som legitimitetsgrundlag for sit eget digitaliseringsprojekt af den offentlige sektor. Staten har gennem perioden italesat ideen, og lagt til rette for at den kan gennemføres – konstrueret en digital social verden.

Tabel 9: Oversigt over strategitekst 4 (2011 – 2015).

Strategitekst 5:	Et stærkere og mere trygt digitalt samfund – den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016 – 2020.
Overordnede diskurser:	Globaliseringsdiskurs Diskurs om økonomisk ansvarlighed
Rådende diskurser:	Diskurs om digitalt sammenhængende borgerforløb Offentlig digital service diskurs Diskurs om den obligatorisk aktive digitale borger
Handlinger i perioden:	<i>Organisationsændringer:</i> ingen  <i>eDage:</i> ingen  <i>MedCom:</i> MC10 (2016 - 2017): Kvalitetssikring af egne processer og samarbejde med IT-leverandører. Landsdækkende implementering af internationale standarder for at fremtidssikre MedCom kommunikationen. Indsatserne er struktureret efter økonomiaftalen for 2016, den gældende sundhedsaftale 2015-2018, RSI pejlemærker (regionens digitaliseringsstrategi) og KL's digitaliseringsstrategi

De ovenstående tekster viser til hvordan netværket af tekster udvikles og interagerer med hinanden i perioden. Statens ønske om sammenhængende borgerforløb, realiseres løbende ud fra ideen om sammenhængende digitale borgerforløb. For at komme dybere ind i forskningsobjektet; statens anvendelse af IT-teknologi som styringsteknologi i sundhedsvæsenet tager næste tekst udgangspunkt i netop sundhedsvæsenet. Det næste strategidokument, tekst 6 repræsenterer en af de centrale tekster fra sundhedsvæsenet, der har en intertekstuel relation til den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi. I tekstkæden er den beskrevet som sundhedsdomænets ene vej videre frem i digitaliseringsprocessen.

### 6.11. Strategitekst 6 (2013-2017)

*Digitalisering med effekt – national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013 – 2020* udgives i 2013 af den nationale bestyrelse for sundheds-IT. Bestyrelsen blev oprettet i 2010, da "Aftale om sundheds-it" blev indgået (se underafsnit 6.2.). Baggrunden for ændringen kan kobles til

*diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb* identificeret i den samlede fællesoffentlige strategi; hvor ordene øget samarbejde, fællesskab, strukturering, koordinering og prioritering er repræsenteret. Sammensætningen i bestyrelsen er en konstellation med repræsentanter fra staten (3 stk.), Danske Regioner (3 stk.) og KL (1 stk.). Sekretariatet der betjener bestyrelsen, er placeret i sundhedsdatastyrelsen (hører under Sundheds- og Ældre ministeriet), og har repræsentanter fra Sundheds- og Ældre ministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Finansministeriet, Digitaliseringsstyrelsen, Danske Regioner og KL (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Det er altså en tæt relation mellem flere forskellige positioner, med hver deres logikker, der er producenter af teksten. Teksten har i modsætning til de 5 fællesoffentlige digitaliseringstekster, underskrivende afsendere; den daværende minister for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet), Danske Regioners formand og KL's formand.

Digitaliseringsstrategien 2013 – 2020 er elektronisk tilgængelig for alle borgere, og trykt i et oplag på 1000 eksemplarer. Den er bygget op omkring et forord skrevet af repræsentanter for underskriverne, samt 5 fokusområder, hvorunder status og udfordringer for digitaliseringsprocessen i sundhedsvæsenet præsenteres. Under indsatsområderne er opstillet mål for indsatsen og formuleret konkrete initiativer, der på kort sigt skal gennemføres for at realisere strategien.

- Fokusområde 1: Sundhed til borgeren på nye måder
- Fokusområde 2: Digitale arbejdsgange og processer
- Fokusområde 3: Sammenhæng i patientforløb
- Fokusområde 4: Bedre brug af data
- Fokusområde 5: Prioritering, eksekvering og synlighed

Der er en intertekstuel relation til de kommende årlige økonomiaftaler. I dem skal godkendelse og finansiering af yderligere mål sikre, at det afledte potentiale af strategien kan realiseres i strategiperioden.

Teksten fremstår som skrevet primært til Danske Regioner, og derigennem sygehusene. Staten opfordrer regionerne til mere fællesskab omkring indkøb, udvikling og vedligehold af IT-systemer. Ved at være den første fællesoffentlige digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, tolkes teksten her som en styrkelse af det gensidigt forpligtende samarbejde i domænet, der understøtter statens ønske om at udbrede digitaliseringen til alle domæner i den offentlige sektor.

Baggrunden for digitaliseringen af sundhedsvæsenet fremstilles i ræsonneringskæden:

Vi vil have et moderne og effektivt sundhedsvæsen, der hænger sammen, tager udgangspunkt i og indrettes efter patienternes muligheder, tid, behov, og med patienten som aktiv part. Et væsen hvor sundhedsprofessionelle arbejder sammen til gavn for patienten. Fordi; Vi får flere ældre, flere kronikere, der kræver en større indsats på tværs. Derfor: Laver vi en omlægning af sundhedsvæsenet med færre mere specialiserede hospitaler, mere ambulant aktivitet, flere opgaver ude nær ved, eller i borgerens eget hjem. Øget specialisering kræver nemlig mere koordinering og skaber større afhængighed mellem sundhedsvæsenets aktører. ”Prioritering, eksekvering og synlighed er væsentligt. Der skal gennemføres store digitale forandringer i højt tempo – Det kræver klarhed om retning og ansvar, kapacitet i praksis og gennemsigtighed om fremdrift og resultater” (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013). Diskursen om sammenhængende *digitale borgerforløb* er omdrejningspunktet.

Bestyrelsen for sundheds-IT tolkes som statens etablering af en formel tæt knyttet inter-organisatorisk enhed (Sørensen & Torfing, 2009). En konstruktion der giver enheden en koordinerende og kontrollerende rolle. Et udtryk for at staten strukturerer indsatsen yderligere gennem skabelsen af et lag mere af autonome enheder. Ansvarsfordelingen er med handlingen rykket indenfor sundhedsområdet, hvilket gør det muligt for staten at strukturere og kontrollere indsætterne med en tættere relation til Danske Regioner. Sammenhæng er omdrejningspunktet og udmønter sig i organiseringstilpasning samt opgavefordeling.

De årlige økonomiaftaler danner i strategiens periode et tæt netværk af relationer mellem indsatser, finansiering og ansvar ved at forpligte regionerne og kommunerne gennem implementeringsmål for de udarbejdede MedCom standarder, hospitals og kommune meddelelser og genoptræningsplanen, der justeres i løbet af tidsperioden ud fra indholdet i økonomiaftalen. Samtidig forpligtes regionerne og kommuner gennem bekendtgørelsen om sundhedsaftaler, hvor det lovfæstes fra staten, at styrkelsen af patientforløbene skal understøttes gennem indsatsområdet; sundheds-IT og digitale arbejdsgange i sundhedsaftalen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013). NPG og NPM styringsteknologier er repræsenteret side om side i tekstens ord og handlinger.

Brugen af den digitale arbejdsplads på hospitalerne skal gøre det muligt ikke kun at dokumentere, men også åbne op for samstilling af data, deling af data og integrering af sundhedsfaglig viden / kliniske retningslinjer. Den professionelles beslutningskompetence understøttes digitalt, og patientforløbsprogrammer og evidensbaserede kliniske retningslinjer strukturerer patientforløbene i deres integrering i IT- systemerne, og dermed sikres – i tanken- best practice. *Diskursen om*



*sammenhængende digitale forløb* tilpasses her den sundhedsfaglige kontekst. Staten har gennem MedCom standardiseret kommunikationen mellem hospital og kommune gennem indlæggelsesrapporter, plejeplansrapporter, udskrivningsrapporter, genoptræningsplaner og korrespondensemendelelser. Papiret er på vej ud af praksis, og dialogen er mellem hospitalets EPJ, kommunens EOS og patientens e-boks. Hvilken information der sendes, afhænger af det forløb patienten er i. Standardiseringen former det datadrevende patientforløb, og informationerne tager udgangspunkt i fælles fagligt ICF understøttet sprog i de nationale IT skabeloner MedCom løbende udarbejder og implementerer i sundhedsvæsenet.

*Offentlig service – digital service* som diskursiv praksis er ved at være realiseret gennem den sociale praksis mellemliggende niveau af social struktur.

”Vi styrker mødet mellem borgere og sundhedspersoner med sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder” (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013, s. 4). Datadrevende patientforløb strukturerer det professionelle arbejde, men udfordrer samtidig relationen til den sundhedsprofessionelle, der skal løse sit arbejde på en anden måde, yde en digitalt understøttet eller formet service i sit praksisvirke, og den professionelle autonomi og kliniske ræsonering. Borgerforløb bliver til infrastruktur og fælles standarder og står i tæt relation til diskursen om offentlige service – digital service.

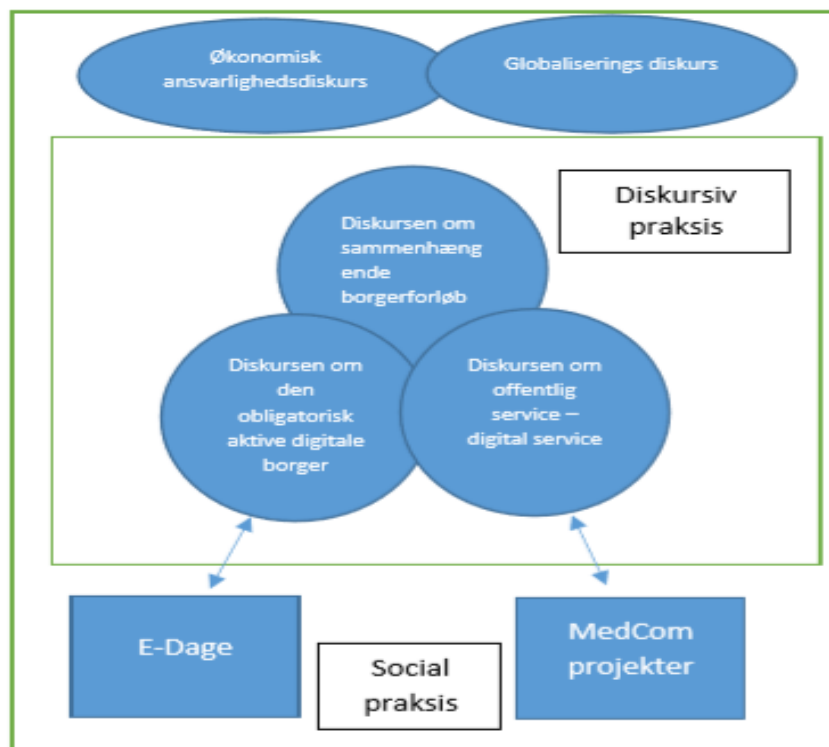
Den *offentlige digitale service diskurs* kobles sammen med diskursen om *sammenhængende digitale borgerforløb*, da realiseringen afhænger af de professionelles tilpasning til de digitale løsninger. Forsøget på at lede de professionelle gennem netværket af autonome enheder og konstruktionen af digital service ansvarliggør dem, og staten forsøger gennem ansvarliggørelsen at skabe digitale professionelle. I strategien (2013 – 2020) beskrives kommende tiltag der skal afdække hvilke faglige behov der skal dækkes, for at den professionelle bliver yderligere digital. Statens italesættelse af tilstedeværelsen af digitalisering som læring i sundhedsuddannelserne i tekst 5 (2016 – 2020), trækker en interdiskursiv kobling mellem diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb og diskursen om digital offentlig service til Sundhedsuddannelsesdomænet.

Borgerens involvering i eget forløb skal være som aktiv medspiller. Patienten er i en aktiv og ligeværdig rolle. ”De digitale muligheder skal sikre at borgeren er aktiv i alle dele af sit patientforløb” (Den nationale bestyrelse for sundheds-IT, 2013). Diskursen om *den obligatorisk digitalt aktive borger* står her i tæt relation til diskursen om *sammenhængende digitale forløb*. Den aktive digitale borger muliggøres blandt andet ved gennemførelsen af digital fuldmagtsløsning til pårørende. Alle

kan hermed betjene sig selv via internetportaler, og se egen journal med oplysninger om medicin, prøvesvar, og notater fra deres indlæggelse på et offentligt hospital, kan bestille tid og modtage sms påmindelser, kan håndtere IT- udstyr hjemme, så kontrol og support til behandling kan foregå via telemedicinske løsninger. Det er vigtigt for staten at borgeren selv eller pårørende tager ansvar, og bidrager med det arbejde den sundhedsprofessionelle ikke er den eneste der kan løse. Gennemførelse af eDagene, hvor eDag 4 har som mål at 80 % af kommunikationen mellem sundhedsvæsenet og borgeren i 2015 skal foregå digitalt, tolkes som udtryk for at processen med digitalisering af borgerforløbet er nået langt. Ligeledes ses hvordan det offentliges post nu skal sendes til borgerens e-Boks. Du skal som borger selv aktivt søge dispensation på baggrund af udvalgte kriterier. Staten konstruere en borger der er autonom, fri og leder sig selv til sit eget bedste. En opfyldelse af ønsket om individualisering af ansvaret.

Nedenfor vises samspillet mellem de 3 rådende diskurser i kæden af tekster, samt diskursernes primære relation til andre sociale events, der har betydning for operationaliseringen af diskurserne gennem tidsperioden:

Model 4: Dialektisk relationel fremstilling af sociale events.



## 6.12. Opsummering:

Staten har gennem de 6 fællesoffentlige strategier skabt en kæde af tekster, der fungerer som et samlet styringsredskab i deres opbygning af forskellige genrer. De præsenteres som strategitekster, forstået som tekst der udtrykker ønsker for fremtiden, baseret på fortid og nutids erfaringer. Teksterne indeholder alle en vision for perioden – ønsket for fremtiden. De trækker alle på tidligere erfaringer. Erfaringer der er opgjort på baggrund af talfaste målinger af antal organisationer der anvender de teknologiske løsninger, og graden af anvendelsen. Målinger der er koncentreret omkring borgernes brug af de teknologiske løsninger. Resultatmålene repræsenterer en anden genre en strategien, en kvantitativ objektiverende genre i modsætning til visionens fremstilling af fremtiden. Ideer og handlinger til realisering ændres igennem teksterne mod flere kvantitative målsætninger, og færre intentioner udtrykt i ønsker for handling. Forhold der afspejler tilstedeværelsen af NPM styringslogikken. Resultatmål, økonomistyring, ledelsesudvikling og auditering er gennemgående redskaber staten sætter i anvendelse.

Forfatter og afsender forholdene forandres i de gennemførte organisationsændringer. Amter/regioner, KL og staten er alle repræsenteret som afsendere, men fordelingen af pladser og den strukturelle placering af den udgivende enhed ændres over tid som fremstillet i analysen. Udviklingen signalerer etablering af flere enheder i netværket omkring digitaliseringsindsatsen i sundhedsvæsenet. Der ses et fællesskab omkring processen, der er holdt i tæt relation til Finansministeriet, og derved den politisk-økonomiske sfære. De strukturelle tilpasninger tolkes her som et udtryk for tilstedeværelsen af NPG styringslogikken. Oprettelsen af tilsyneladende autonome enheder viser både en udvidelse i antallet, hvor der kommer flere strukturerede fællesoffentlige organisationer, samt en udvikling i antal af organisatoriske lag. Der ses en etablering af to nye lag, et i 2001, og igen i 2010.

***Diskursen om sammenhængende forløb*** er eksplicit et udtryk for at sammenhæng giver bedre kvalitet og effektivitet. Rationaler med relationer til en økonomisk logik. Etablering af nye organisatoriske enheder, danner et nyt netværk mellem de fælles offentlige positioner i forhold til digitaliseringsindsatsen. De nye enheder fungerer som tilsyneladende autonome. De ansvarliggøres og stilles til ansvar gennem strategierne, lovtekst, økonomiaftaler og auditeringer rettet mod kontrol af brugen af de fremstillede teknologiske løsninger. Bestyrelsen for digitalisering af den offentlige sektor, Taskforcen, SDSD, den nationale bestyrelse for sundheds-IT og Digitaliseringsstyrelsen er eksempler på nye enheder, der forskyder forholdet fra disciplinerende individualisering mod en styret interageren med andre enheder som Danske Regioner og KL gennem information og aftalepraksis, der gør dem i stand til at styre sig selv. Handlingerne i perioden styrker muligheden for selvstyring

mellem Danske Regioner og staten. Et eksempel er oprettelsen af RSI i Danske Regioner, og IT chefer ude på sygehusene, der er et udtryk for flere lag af enheder, der kan ledes til selvstyring. Det neoliberale rationale træder frem i ovenstående interventioner. Effektivitet, kvalitet, økonomi, organisering, ansvarsforflytning, kontrol, ledelse, ledelse af ledelse fremkommer som temaer i diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb. Dette kobler diskursen til domænet styring af den offentlige forvaltning og administration. Et domæne der også kan betegnes som en diskursorden, med egne netværk af diskurser.

Den statslige styring kan derfor ses i relation til logikker fra domænet om offentlig forvaltning og administration, da NPM redskaber anvendes i stigende grad i statens forsøg på at styre udviklingen af den digitale offentlige sektor. Konkrete målsætninger med talfaste resultatmål finder vej ind i strategiteksterne og økonomiaftalerne. Gældende lovgivning tilpasses, og rettes ligeledes til fra statens side så digitaliseringsindsatserne står klart frem. Netværksdannelsen og de aftalebaserede forhold i styringsredskaberne er et udtryk for tilstedeværelsen af NPG i samspil med NPM.

Diskursen om sammenhængende digitale forløb kan derfor tolkes som operationaliseret via NPM og NPG styringsredskaber, der ændrer på organiseringen og opgavefordelingen igennem perioden – opgaverne forskydes ud i de decentrale enheder, der ansvarliggøres (styring) og stilles til ansvar (kontrol). Der er konstrueret et særligt ansvar i hver af de enkelte organisationer/enheder, hvilket også betyder at der er flere til at definere, hvad der er 'sand' viden. Hver har de deres egne logikker, og der kan derfor opfattes modsatrettede logikker mellem de sundhedsprofessionelle som udøvere, teknokraterne som planlæggere og lederne som managere.

Diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb tolkes her som grænseoverskrider, da logikker fra diskursordenen om offentlig forvaltning og administration intervenserer i det der kan kaldes sundhedsvæsenets diskursorden, og repræsenterer en forandring over tid, hvor det ses at forskellige styringslogikker vinder indpas i sundhedsvæsenet, indlejret i det sammenhængende digitale patientforløb.

*Diskursen om digitalt understøttet service – nye måder at arbejde på* er et udtryk for at de professionelle i den offentlige sektor skal ændre på deres måder at arbejde på, og derved også delvis forståelsen af deres funktion og fagidentitet. Udviklingen af de teknologiske løsninger vil ændre måden at være på og måden af agere på. Teknologiens tekniske karakter kræver nye færdigheder og måder at forstå organisationer på, og teknologien som styringsværktøj lægger til rette for at de professionelle tilpasser sig. Staten konstruerer gennem strategierne en professionel med særlige evner

og vilje til at udfører digitalt understøttet arbejde, og intervenserer igennem perioden i de professionelle handlemuligheder og egenskaber. Først igennem tilrettelæggelse for digital infrastruktur og udvikling af ensartede brugerflader, derefter implementering af standardiserede kommunikationsveje og dokumentationsprocedure. De professionelle gøres til entreprenører, og gennem konstruktionen af det sammenhængende digitale borgerforløb ansvarliggøres og stilles de til ansvar, hvormed staten søger at skabe udvidede netværk af styrede forhold, der kan lede fællesskabet til at lede sig selv indenfor rammerne af lov og orden. De digitale løsninger kan betragtes som distancerende værktøjer, der fremmer en depersonificering i de offentlige serviceydelser, der står i opposition til det herskende professionelle værdigrundlag.

For at styre på afstand må staten binde agenterne til sig. I strategien fra 2016 til 2020 (Digitaliseringsstyrelsen, 2016) italesætter staten autorisationens betydning i digitaliseringsprocessen. De sundhedsprofessionelle skal skoles til at yde digitalt understøttet service ved at blive teknologivante og introduceret igennem deres sundhedsuddannelse. Tilpasses uddannelsesordningerne i fremtiden, er det et udtryk for statens forsøg på at binde de professionelle yderligere til sig, ansvarliggøre dem og derved stække 'autonomien'. Ifølge Bourdieu et udtryk for statens uhindrede adgang til at gennemsætte bestemte mentale strukturer der er i overensstemmelse med statens egne mentale strukturer. De sundhedsprofessionelle underkastes herigennem statens symbolske magt (Bourdieu, 2010b, s. 125) Dokumentation og kommunikation med borger og samarbejdspartnere er implicite forhold i det professionelle arbejde. Der er dokumentationspligt, og ved gradvis at ændre arbejdsgangene fra papir til 0 og 1 taller, leder staten de professionelle, fuldt op af auditeringer omkring brugen der fungerer som kontrolfunktion for processen, samt indirekte styring af den professionelle logik.

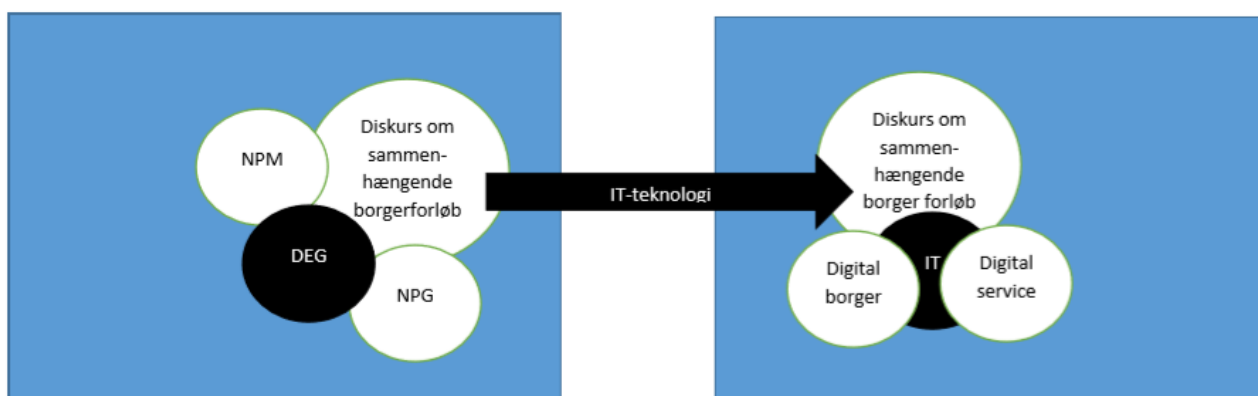
MedCom bliver for sundhedsvæsenet et vigtigt omdrejningspunkt da organisationen er indlejret i en fælles offentlige løsning, der styres gennem netværket af tekster – bl.a. strategier, sundhedsaftaler og økonomiaftaler. Tekster der har en direkte intertekstuel kobling, og hvor der i genrekæderne opstår et miks af genre, der er et udtryk for en høj grad af interdiskursivitet der understøtter forandringsprocesserne i det professionelle arbejde.

***Diskursen om den (obligatoriske) aktive digitale borger*** repræsenterer statens neoliberale menneskesyn, hvor rationalet om styring i frihedens navn dominerer. I gennem teksterne konstrueres den digitalt aktive borger, der efterspørger digitale løsninger. Den digitalt aktive borger er en væsentlig forudsætning for at statens digitaliseringsprojekt skal lykkes i optikken frigive ressourcer.

Diskursen om den aktive digitale borger, der tildels efterspørger, men også anvender løsningerne kobles sammen med diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb. Statens kræfter rettes mod at skabe empowerment overfor borgerne gennem brugerinddragelse, der skal understøtte at individet vil søge at realisere sig selv indenfor rationalet om egen gevinst og optimering af egne livsforhold. Borger logik vs markeds- og administrationslogik. Borgeren kan og vil klare sig selv bedst muligt, og staten lægger tilrette for at der er sociale tiltag der støtter, men forskyder også opgaver ud til familien og individet selv. Selvbetjeningstemaet, obligatorisk IT-borger og fuldmagtserklæringer skaber en øget individualisering af ansvaret.

De 6 strategidokumenterne er internt forbundne, og gennem perioden udvides netværket af tekster strategierne har en intertekstuel relation til, økonomiaftaler, sundhedsaftaler, budgetlovgivning, OECD rapporter, opgørelser over danskerne IT vaner, digitaliserings strategier fra oprettede offentlige domæneområder ect. Det intertekstuelle netværk tolkes som udtryk for en øgning i indsatsen omkring digitaliseringen i den offentlige sektor, en udvikling der viser en øget operationalisering af digital offentlig service. De 3 rådende diskurser arbejder tæt sammen i kæden af tekster. Der er identificeret en høj grad af interdiskursivitet ved dynamikken mellem diskursordenen for den offentlige forvaltning og administration og sundhedsvæsenets orden gennem digitalisering som tanke og digitalisering som supplerende styringslogik i samspil med NPM og NPG teknologierne i diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb.

Model 5: Interdiskursiv relation mellem de to diskursordener.



## 7. Afsluttende diskussion og konklusion

Formålet med studiet er at undersøge hvordan IT-teknologier fremtræder som del af statens styring af sundhedsvæsenet. Dette undersøges gennem forskningsspørgsmålene; Hvordan omtales brugen af de digitale offentlige løsninger gennem den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi i perioden 2001 –

2016? Samt hvilke dominerende diskurser kan identificeres i de politiske tekster, og hvordan forholder de sig til hinanden? Herunder et afsluttende svar og diskussion af forskningsspørgsmålene.

Igennem min analyse har jeg identificeret 3 rådende diskurser, og hvordan de internt arbejder sammen igennem kæden af tekster. De er tæt forbundet til hinanden, og diskurserne om den aktive digitale borger og offentlig service – digital service fungerer som forudsætning for diskursen om digitale sammenhængende borgerforløb. Ligeledes har jeg afdækket en udvikling i operationalisering af de rådende diskurser over perioden fra 2001 og frem, gennem en øgning af organisatoriske enheder staten konstruerer rundt om digitaliseringsprocessen i sundhedsvæsenet, hvor antallet og lagene i strukturen øges. Enhederne hviler på et fællesoffentligt samarbejde, hvilket viser elementer af NPG, hvor redskaber som budgetter, lovbekendtgørelser, resultatmål og auditering i NPM ånden følger med i samspil. Faktorer der gør staten i stand til at styre på afstand, metastyring.

De analyserede tekster og handlinger lægger her til grund for at kunne konkludere at staten igennem perioden har valgt IT teknologi til som rationale, regularitet og teknik. Valg der har ændret på måden at strukturere borgerforløb, heri en ændring i organisering og opgavefordeling, og forandrede roller som (leder), sundhedsprofessionel og borger. En delvis operationalisering af diskurs, der har skabt nye måder at interagere på, nye måder at være på, og nye måder at organisere omverdenen på (Fairclough, 2008, s. 4).

Forandringen i sundhedsvæsenets praksis skabes gennem den identificerede høje grad af interdiskursivitet. Analysen afdækker hvordan den offentlige forvaltnings- og administrations diskursorden intervenserer mere og mere i sundhedsvæsenets diskursorden ved brug af flere styringsteknologier i diskursen om sammenhængende digitale forløb. Her træder IT-teknologi frem som en egen logik – der ligger udover.

For at diskutere mine fund vil jeg først diskutere IT-teknologi i et mikroperspektiv – ud fra en forståelse af IT- teknologi som en teknisk organisering – et middel. IT-teknologi der tager form af praktisk tilrettelagte forhold, og fysiske enheder der har til formål at producere et bestemt praktisk outcome. Forhold hvor en realisering fordrer ændringer i livsformer, roller, indlæring af små kropsteknikker og mentale forestillinger hos de professionelle og borgerne.

### 7.1. IT-teknologi i et mikroperspektiv

De professionelle har en formel status af såkaldte 'autonome' eksperter på deres felt. En autonomi der er konstrueret med licenser og autorisationer gennem en professionaliserings- og bureaukratiseringsproces. De sundhedsprofessionelle felter er omsluttet af deres egne normer,

rådende logikker og forståelsen af ”sand viden” (Rose, 2006). Den tildelte ’autonomi’ indenfor eget felt er en bærende konstruktion for udøvelsen af praksis. I *governing advanced liberal democracies* fungerer de professionelle som ’autonome’ individer. Staten søger gennem ansvarliggørelse at forpligte de professionelle, med hensigten at ansvarliggørelse gør dem mere styrbare. Ansvarliggørelsen i forhold til IT-teknologi træder frem i tilrettelæggelsen af patientforløbet gennem først muligheden for valg, og senere obligatorisk brug af IT-teknologi. Tilrettelæggelsen planlægges af de nyopståede tilsyneladende autonome enheder, der repræsenterer bureaukratiske repræsentanter for de professionelle på sygehusene, hvorved det bureaukratiske felt styrker sin position. Med hjælp fra Bourdieu er det muligt at eksemplificere, og forstå hvordan staten forsøger at konstruere den digitale sundhedsprofessionelle. Bourdieu (2010a) arbejder ud fra tesen om at sociale agenter gennem deres opvækst og livsformer inkorporerer de objektive sociale strukturer som habituelle dispositioner og mentale kategorier (Hansen & Hammerslev, 2010, s. 13). Staten yder et monopol på den legitime brug af (fysisk) og symbolsk vold, hvilket sætter staten i stand til at påtvinge de professionelle sine tanker eller tænkemåder. Staten kan overfor de professionelle påvirke og dermed gennemtvunge tanker om digitaliseret service gennem sundhedsuddannelserne, diskurser i det offentlige rum, ansættelsesforhold, bevilling af puljer til teknologisk efter-videreuddannelse ect. Hvorved det bliver naturligt for de professionelle, at forholde sig til og arbejde med IT-teknologi. Operationaliseringen af diskursen om offentlig service – digital service kendetegner herved de professionelles ændrede vilkår for at løse deres opgaver. Teknologien som teknik fordrer at de opdrages til at se på deres egen praksis i et forløbsperspektiv, for at forstå dynamikken i IT-systemerne og de nye tilrettede arbejdsgange. Den tekniske kompetence skal tilegnes, og selve identitetsforståelsen styres mod en digitaliseret forståelse.

Staten anvender IT-teknologien i et samspil med andre styringsteknologier, eksempelvis audit, der fungerer som kontrolværktøj fra statens side. Et eksempel relateret til IT-teknologien er DÆMP rapporterne regionerne skal lave i forbindelse med bevilling af puljemidler (satspuljemidler) (KKR Sjælland, 2015). Rapporterne er struktureret ud fra auditeringens logik, måler og vejer brugen af hospitals og kommune meddelelserne udarbejdet af MedCom. Kontrollen er med til at skabe mistillid til de professionelle. De forsøges gennem kontrollen at blive opdraget til at være statens forlængede arm.

Den ideologiske baggrund i *advanced liberal democracies* forholder sig til borgeren som subjekter af valg, selvaktualisering, og selvopfyldelse. Et rationale omkring styring gennem individernes frihed som medlemmer af et heterogent samfund. Staten forsøger at konstruere et samfund, hvor der opstår



en ny måde at konceptualisere og administrere moralske relationer mellem mennesker. Digitalisering bliver et værktøj til at fremme individualisering af ansvar fremfor et kollektivt ansvar. Den obligatorisk digitale borger skabes gennem strategier rettet mod frivillighed og tvang, hvis formål er at forme borgernes egenskaber og handlemuligheder, konstruere personer med særlige evner, kendetegn og rettigheder. Gennem individualiseringen af ansvaret, ansvarliggøres borgeren overfor staten. Staten konstruerer ved offentlig italesættelse af den teknologiske udvikling, digitale service ydelser, skoleindlæring, kompetenceudvikling, brugerundersøgelser, krav og tvang en bestemt styring af friheden, ud fra ideen om at borgeren vil søge at optimere sit liv for sig selv.

I civilsamfundet ændrer den teknologiske udvikling den sociale orden. Dunleavy & Margetts (2010) fremhæver hvordan udviklingen og udbredelsen af internettet har ændret på borgerens muligheder i deres private, økonomiske og politiske sfære. Den teknologiske udvikling i sig selv kan derfor ses som en væsentlig empowerment faktor. Staten inkorporerer denne mulighed i sin argumentation og legitimitetsgrundlag for kravet om den obligatoriske digitale borger. Viden bliver lettere tilgængelig for den borger der har kompetencen, og Danmarks Statistiks årlige undersøgelser viser øgning i brugen af internet til informationssøgning om sundhed og sygdom, samt kontakt til sundhedsvæsenet. Statens autonome borger er der, og dem der ikke lige er, kan lave en fuldmagtserklæring, så de kan være med.

Nu en diskussion af IT-teknologi i et makroperspektiv – hvordan kan IT-teknologi forstås som styringsideologi, i relation til NPM og NPG i statens styringstiltag overfor sundhedsvæsenet som domæne. Derved måske egentligt et mål i sig selv.

## 7.2. IT-teknologi i et makroperspektiv

Rose's *governing advanced liberal democracies* repræsenterer to centrale styringsparadigmer, NPM og NPG. Osborne (2006) advokerer for at den ene lidt karikeret erstatter den anden, men her tages udgangspunkt i at de begge er til stede. Den enes mangler kan ses som den andens potentiale i relation til at diskutere tilstedeværelsen af IT-teknologi i styringen af sundhedsvæsenet.

Udviklingen i sundhedsvæsenet har skabt en større fragmentering igennem reformtiltag, specialeplanen og det nære sundhedsvæsen. Sammenhæng er derfor et nærværende problem for staten at løse. Diskursen om sammenhængende digitale borgerforløb repræsenterer statens behov for at styre og kontrollere den selvskabte øgede fragmentering. De kendte styringsparadigmer fra den offentlige forvaltning og administrations domæne; NPM og NPG er begge tilstede i styringen af sundhedsvæsenet. NPM rationalet med sit fokus på input og output, kontrol og evaluering, samt

performanceledelse i udførelsen af den offentlige forvaltning og administration, er relateret til den økonomiske linje og det privates virksomhedstænkning. I analysen afdækkes hvordan kontrakttanken, performancemål, budgetstyring, ledelsesudvikling og auditering fungerer i operationaliseringen af diskursen om det sammenhængende digitale borgerforløb som styrings- og kontroltiltag i sundhedsvæsenet. En gennemgående kritik af NPM er, at rationalet har et intre-governmentalt fokus i en stadig mere plural verden, og det i sin praktisering har ført til øget fragmentering. I de skandinaviske lande, herunder Danmark, har strømmingen haft en social orienteret modvægt (Osborne, 2006, s. 380).

Samtidig er det mere holistisk orienterede NPG udtryk for et rationale orienteret mod inter-organisatoriske relationer og styring af processer, serviceeffektivitet og outcome. Styringsperspektivet rummer herved både en plural stat og en pluralistisk stat, hvor mangfoldige processer informerer det politiske beslutningssystem. Oprettelsen af tilsyneladende autonome enheder, etableres i relation til netværkstanken, hvor staten gennem dannelse af netværk af forskellig karakter, udøver metastyring. Styring på afstand er mulig gennem regulering og reducere af netværkets 'autonomi'. Det relative selvregulerende netværk er med til at forme og udføre politiske beslutninger. Det kan være medvirkende til at forme identiteterne af individerne, deres forestillinger om hinanden, samt normer og værdier den konkrete beslutning og regulering bygges på (Sørensen & Torfing, 2009, s. 236). Til forskel fra NPM fokuseres her på inter-organisatoriske relationer og styring af processer, og strømmingen vægtlægger service effektivitet og outcome højere end input og output, der råder i NPM.

Netværkene tolkes som en konstituering af et politisk respons til den vedvarende kritik af både koncentrationen af al magt hos staten i forhold til velfærden, og neoliberalisme (Osborne, 2006). I Statens forsøg på tilbagetrækning fra det sociale liv (Bourdieu, 2010a), råder NPM rationalet, men den neoliberale markedsstrategi har vidst sig internationalt at fejle i forsøget på at lette staten, og da staten erfarede at veletablerede kvasi-markeder krævede tids- og ressourcekrævende regulering var vejen ifølge Osborne (2006) og Sørensen & Torfing, (2009) banet for NPG styringsnetværk. De tilsyneladende autonome enheder/ netværk sættes i spil i statens metastyring gennem forsøg på at mobilisere viden, ressourcer og energi til at frigøre og ansvarliggøre borgerne og sundhedsvæsenets organisationer, så de bliver i stand til at styre sig selv på baggrund af narrativer, standarder og benchmarks, der er væsentlig for den nye styringsmentalitet.

For at få en dybere forståelse af hvad IT-teknologi som styringside eller rationale er, inddrager jeg Dunleavy & Margetts (2010) konstruktion af digital-era governance (DEG). De advokerer for, at i lyset af den sociale modernisering, der anskues som værende under dramatiske ændringer gennem udviklingen af internet og online processer, er der opstået et helt andet styringsparadigme, der bryder med NPM rationalerne, der bl.a. har medvirket til fragmenteringen i den offentlige sektor, samt NPG netværksstyringen. Strømningen forsøger at gøre op med silotænkningens brudte processer i den offentlige forvaltning gennem partnerskaber, regovernmentalising og skabelse af nye styringsprocesser der lægger op til at gøre tingene en gang fremfor mange, sænkning af procesudgifterne og anvendelse af delte services der nedbryder det NPM organisatoriske hierarki. Rationalet har ligesom NPG afsat i en behovsbaseret holisme (Dunleavy & Margetts, 2010). Ønsket er at skabe klient fokuserede strukturer i organisationer og borgerforløb. Omdrejningspunktet for realiseringen er IT-teknologiske løsninger, der bør altomfavnes. Løsningerne skal skabe duelige borgere; der gør mere, isokratisk administration; gør det selv styring og *full open book governance*, fremfor de svært gennemskuelige frihed gennem information praktikker, der gør styringen uigennemskuelig. DEG forsøger at gøre op med de mange decentralt etablerede autonome enheder, ved at skabe styring og kontrol gennem digitale løsninger og netværk. Herved altså både et med og medspil til NPG.

Alle tre styringsstrømninger, NPM, NPG og DEG kan konkluderende siges at træde frem i analysen. Resultatmålsstyring, budgetplanlægning, auditering repræsenterer NPM teknikker. Oprettelsen af Digitaliseringsstyrelsen, bestyrelsen for digitalisering af sundhedsvæsenet, MedCom og RSI kan ses som formelle, inter-organisatoriske, lukkede etablerede netværk, hvis funktion er at operere op ad og ned ad i forhold til vidensdeling og implementeringsopgaver i de udførende sundhedsorganisationer. NPGs teknikkerne fungerer i samspil med NPM, hvor de tilsyneladende autonome enheder, søges styret gennem ansvarliggørelsen overfor fællesaftalte målsætninger, og søges ansvarliggjort gennem målbare resultatmål og afrapportering. IT-teknologien rummer potentialet for at styre og koordinere tilrettelæggelsen af forløbskoordinering. Datadeling og udveksling er for staten muligheden for at sænke omkostningerne og styrke sammenhængen. DEG teknikkerne skaber mulighed for her og nu videnstilgang til bl.a. kliniske retningslinjer, og heri en indlejret forventning om styrkelse af det evidensbaserede patientforløbet der kan understøtte den kliniske beslutningstagen. De digitale løsninger giver ligeledes adgang til real time feedback, der øger styrbarheden. DEG rationalet er dog at minimere netværket af decentrale autonome enheder for at realisere det fulde potentiale af digital styring og kontrol.

Rose argumenterer i hans *advanced liberal democracies* for, at i den nutidige strategi for styring af individet står skabelsen af frihed centralt (Rose et al 2009 s. 12; Rose, 2003, s. 183; Rose, 1996, s. 147). Frihed er ikke modstand mod styring. Tværtimod ses frihed, forstået som valg, autonomi, eget ansvar og forpligtigelsen til at maksimere eget liv som en slags entrepriise (Rose et al, 2009, s. 12). Mennesket forsøges individuelt eller kollektivt subjektiveret gennem forskellige strategier, der har til formål at forme egenskaber og handlemuligheder. Alle 3 styringsrationaler bygger på den liberalistisk orienterede forståelse af borgeren som et 'autonomt' individ der søger at realisere sig selv i lyset af hvad der er godt for ham, samtidig råder kontrollen fra en sanktionerende stat.

Statens styringsapparat indeholder alle 3 styringsrationaler (NPM, NPG og DEG), hvor elementer af dem hver supplerer hinanden og modvirker hinandens styringsambition. Rationalerne ændrer sig i lyset af nye problemstillinger. Statens gennemgående problem er manglende sammenhæng i patientforløbene. Styringsrationalerne har på hver deres måde været i anvendelse for at løse problemet, men har i forsøget skabt nye variationer af forløbsproblematikken. DEG spås ikke at have en anden karakter end NPM og NPG. Forhold i de forskellige dimensioner af det sammenhængende borgerforløb kan løses, men der vil i forsøget skabes andre problemstillinger i stedet.

### 7.3. Refleksion over forskningsproces

Det har undervejs i processen vist sig at kritikken af Faircloughs dialektiske relationelle CDA er nærværende. Hans metodologi har været vanskelig at håndtere i praksis. Hvor lidt og hvor meget social teori skal der til, hvordan og hvornår skal der skelnes mellem elementer med semiotisk indhold og ikke i den sociale praksis. I forhold til mig selv som novice i et felt jeg ikke er velbevandret i, har det været en lang og møjsommelig vej frem til endepunktet.

Jeg har valgt at forholde mig til staten som repræsentant for det samlede politiske og centraladministrative felt – en voldsom simplificering af virkeligheden. Dette valg er taget ud fra ønsket om belyse hvordan staten anvender IT-teknologi som styringsteknologi i sundhedsvæsenet. I baggrunden er linjerne trukket op til en veksling mellem stat, borger og professionelle som samlede (analytiske) enheder. Studiets fokus er rettet ensidigt mod staten, og har i sig selv ikke som ambition af kritisere, men at synliggøre forhold der kan udsættes for kritik. Samtidig er ambitionen at studiet kan bidrage til at give en forståelse til de professionelle omkring IT-teknologi som styringspraksis i sundhedsvæsenet. En belysning af et afgrænset udsnit af en kompleks virkelighed.

## 8. Litteraturliste

- Andersen, M. (2010). *Digital Sundhed får dødsstødet efter 4 år*. Hentet fra <https://www.computerworld.dk/art/100586/digital-sundhed-faar-doedsstoedet-efter-fire-aar>
- Bossen, C. (2011). Accounting and Co-Constructing: The Development of a Standard for Electronic Health Records. *Computer Supported Cooperative Work*. 20:473-495 DOI 10.1007/s10606-011-9141-3
- Bourdieu, P. (2010a). Statens venstre hånd og statens højre hånd. Interview med Pierre Bourdieu. *Praktiske grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 ISSN 1902-2271 pp. 113-120 (En oversættelse af et interview gennemført 1998)
- Bourdieu, P. (2010b). Modstridende interesse i staten. *Praktiske grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 ISSN 1902-2271 pp. 113-120 (En oversættelse af en Bourdieus originale tekst fra 1993)
- Bratberg, Ø. (2016). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. (1. utg). Oslo: Cappelen Damm AS
- Brennan, J., McElligott, A. & Power, N. (2015). National health models and the adoption of eHealth and ePrescribing in primary care – new evidens from Europe. *Journal of Innovation in Health Informatics*. Vol 22, No 4, 399-408. Doi.org/10.14236/jhi.v22i4.97
- Christensen, I. L. (2006). Lidt om styringsteknologi. *Kritisk debat*. [http://www.kritiskdebat.dk/articles.php?article\\_id=215](http://www.kritiskdebat.dk/articles.php?article_id=215)

Danmarks Statistik. (2016). *IT anvendelse i befolkningen*. Lokaliseret på:

<https://www.dst.dk/da/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=20739>

Delpierre, C., Cuzin, L., Fillaux, J., Alvarez, M., Massip, P. & Lang, T. (2004). A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *International Journal for Quality in Health Care* vol. 16 no. 5. Pp. 407-416

Den Digitale Taskforce. (2002). *På vej mod den digitale forvaltning – vision og strategi for den offentlige sektor*. Hentet fra <https://digst.dk/media/12700/digitaliseringsstrategi-2001-2004.pdf>

Den Digitale Taskforce. (2004). *Den offentlige sektors strategi for digital forvaltning 2004 – 2006 – realisering af potentialet*. Hentet fra <https://digst.dk/media/12702/digitaliseringsstrategi-2004-2006.pdf>

Den Digitale Taskforce. (2007). *Strategi for digitalisering af den offentlige sektor 2007 – 2010, mod bedre digital service, øget effektivisering og stærkere samarbejde*. Hentet fra <https://digst.dk/media/12701/digitaliseringsstrategi-2007-2010.pdf>

Den nationale bestyrelse for sundheds-IT. (2013). *Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017*. Hentet fra [https://www.sundhed.dk/content/cms/6/3406\\_national-strategi-for-digitalisering-2015.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/6/3406_national-strategi-for-digitalisering-2015.pdf)

Digitaliseringsstyrelsen. (2016). *Et stærkere og mere trygt digitalt samfund. Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016 – 2020*. Hentet fra [https://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Digital-velfaerd-2016\\_2020/Sammenhaengende-velfaerdsforloeb-for-borgere](https://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Digital-velfaerd-2016_2020/Sammenhaengende-velfaerdsforloeb-for-borgere)

Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S. & Tinkler, J. (2006). *Digital Era Governance: IT corporations, the state and E-Government*. New York: Oxford University Press Inc.

Dunleavy, P. & Margetts, H. (2010). The second wave of digital era governance. American Political Science Association Conference. *LSE Research Online*, <http://eprint.lse.ac.uk/27684/> pp. 1-32

Dyb, K. & Andreassen, H. K. (2014). Telemedicin: Et maktperspektiv. *Tidsskrift for forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 21, 37-55

Ejersbo, N. & Greve, C. (2014). *Modernisering af den offentlige sektor* (3 utg.). København: Akademisk Forlag BUSINESS.

Fairclough, N. (2000). Discourse, social theory, and social research: The discourse of welfare reform. *Journal of Sociolinguistics* 4/2. 2000: 163-195.

Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse – Textual analysis for social research*. (1. udg.) Oxon: Routledge.

Fairclough, N. (2008a). En social teori om diskurs. I E. H. Jensen (Red.). *Kritisk diskursanalyse – En tekstsamling* s. (1. udg.) København: Hans Reitzels Forlag.

Fairclough, N. (2008b). A dialectical-relation approach to critical discourse analysis in social research. I R. Wodak & M. Meyer (Red.). *Methods in critical discourse analysis* (2 utg.). Sage pp. 1-26.

Fairclough, Norman. (2010). *Critical discourse analysis – The critical study of language*. (2 udg.) Oxon: Routledge.

Fairclough, I & Fairclough, N. (2012). *Political discourse analysis – A method for advanced students*. (1 udg.) Oxon: Routledge. (kap: 3)

Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofessioner: Tværsamarbejde som en social praksis for den neoliberale velfærdsstats professioner*. Roskilde: Roskilde Universitet.

Folketinget. (2012). *Budgetloven*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142310>

Hansen, J. & A., Hammerslev, O. (2010). Bourdieu og staten. *Praktiske grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 ISSN 1902-2271 pp. 11-31

Hansen, B. & Stenbæk, J. (2016). *Et sundhedsvæsen, der hænger bedre sammen*. Debatoplæg i Jyllands Posten. Hentet fra <https://jyllands-posten.dk/debat/breve/ECE8443294/et-sundhedsvaesen-der-haenger-bedre-sammen/>

Høgsgaard, D. (2016). *Tværfagligt samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives*. Ph.d. afhandling hentet fra <https://forskning.ruc.dk/da/publications/tv%C3%A6rsektoriel-samarbejde-og-kommunikation-imellem-sundhedsprofess>

Jensen, L., Andersen, T. S. & Henneberg, S. (2014). Statens budget – processer, rammer og aktører. I T. Christiansen (Red.). *Budgetlægning og offentlige udgifter* (s. 125 – 169). Hans Reitzels Forlag.



Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. (1 udg.) Roskilde universitetsforlag.

KKR Sjælland, (2015). *Den ældre medicinske patient. Kommunikation og samarbejde – Hvordan står det til?* Lokaliseret på: <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/jura/documents/d%C3%A6mp-rapport%20maj%202015.pdf>

La Rocca, A. & Hoholm, T. (2017). Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Services Research* 17:149 DOI 10.1186/s12913-017-2096-4

Mathiesen, B. E., Handberg, C. & Thomsen, L. M. (2011). Koordinerede og sammenhængende forløb. I B. R. Hjortbak, J. Bangshaab, J. S. Johansen & H. Lund (Red.), *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (s. 130 – 143). Århus: Huset Venture.

Meissner, A. & Schnepf, W. (2014). Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical informatics and decision making*. 14:54

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL & Danske Regioner. (2016). *Kommissorium for MedCom*. Hentet fra <http://medcom.dk/media/7231/revideret-kommissorium-for-styregruppen-for-medcom.pdf>

Møller, H. R. (2011). Styringsteknologier og rehabilitering. I B. R. Hjortbak, J. Bangshaab, J. S. Johansen & H. Lund (Red.), *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (s. 144 – 157). Århus: Huset Venture.

Nielsen, N. H. & Frølich, N. (2017). Digitalisering af den offentlige sektor: Den digitale vej til fremtidens besparelser og afhumanisering. *Kritisk debat*.  
[http://www.kritiskdebat.dk/print\\_2.php?item\\_id=1835](http://www.kritiskdebat.dk/print_2.php?item_id=1835)

Nguyen, L., Bellucci, E. & Nguyen, L. T. (2014). Electronic health records implementation: An evaluation of information system impact and contingency factors. *International Journal of Medical Informatics*, vol. 83, issue 11, s. 779-796.

Obstfelder, A., Lotherington, A. T. & Johannessen, L. K. (2013). Regjering av samhandling I helsesektoren: IKT-helse som praksisregime og elektronisk timebestilling som styringsteknologi. I

A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse – Kunnskap, kommunikation og teknologi i helsetjenesten* (s. 202-219). Oslo: Gyldendal Akademisk.

O'Malley, A. S., Grossman, J. M., Cohen, G. R., Kemper, N. M. & Pham, H. H. (2009). Are Electronic Medical Records Helpful for Care Coordination? Experiences of Physician Practices. *JGIM*. Doi:10.1007/s11606-009-1195-2

Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*. Vol. 8 Issue 3 377-387. Doi:10.1080/14719030600853022

Protti, D., Wright, G., Treweek, S. & Johansen, I. (2006). Primary care computing in England and Scotland: a comparison with Denmark. *Informatics in Primary Care*, 14:93-9

Regeringen & Danske Regioner. (2010). *Aftale om Sundheds-IT*. Lokaliseret på:

[http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Digitalisering/2010/Juni/~-/media/Filer%20-%20dokumenter/Digitalisering/Sundheds\\_it.ashx](http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Digitalisering/2010/Juni/~-/media/Filer%20-%20dokumenter/Digitalisering/Sundheds_it.ashx)

Regeringen & Danske Regioner. (2016). *Aftale om regionernes økonomi for 2017*. Hentet fra <https://www.fm.dk/nyheder/pressemeddelelser/2016/06/aftale-om-regionernes-oekonomi-i-2017>

Regeringen. (2013a). *Mere borger mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. Hentet fra [https://www.sum.dk/~-/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Sundhedsudspil/Sundhedspolitisk-udspil-13052013.ashx](https://www.sum.dk/~-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Sundhedsudspil/Sundhedspolitisk-udspil-13052013.ashx)

Regeringen. (2013b) *Bedre kvalitet og samarbejde – Opfølgning på evalueringen af kommunalreformen*. Hentet fra <http://www.stm.dk/multimedia/bedre-kvalitet-og-samarbejde-opfoelgning-paa-evalueringen-af-kommunalreformen.pdf>

Regionernes sundheds-IT. (2016a). *Forretningsmodel for regionernes sundheds-IT (RSI)*. Hentet fra <http://www.regioner.dk/media/3118/rsi-forretningsmodel-endelig-juni-2016.pdf>

Regionernes sundheds-IT. (2016b). *Regionernes model for ledelse og styring af fællesregionale digitaliseringsprojekter*. Hentet fra <http://www.regioner.dk/media/3583/rsi-projektmodel-endelig-juni-2016.pdf>

Region Sjælland. (2015). *Fælles om bedre sundhed – sundhedsaftale 2015-2018*. Hentet fra <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen/Documents/Sundhedsaftale%202015-2018.pdf>

Roger, R. (2004). Interview with Norman Fairclough. I R. Rogers (Red.). *An introduction to Critical Discourse Analysis in Education* (2. utg.). New York: Routledge.

Rose, N. & Miller, P. (1992). Political Power beyond the state: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology BJS*. Vol. 43, No. 2. Pp. 173-205

Rose, N. (1999). *Powers of freedom – Reforming political thought* (6 . utg.). Cambridge: University Press. Kap. 4 s. 137-166

Rose, N. (2003). At regere friheden – en analyse af politisk magt i avanceret liberale demokratier. I C. Borch & T. Larsen (Red.), *Perspektiv, magt og styring – Luhmann og Foucault til diskussion* (s. 180 – 200). (1 udg.) København: Hans reitzels forlag.

Rose, N. (2006). Governing “Advanced” Liberal Democracies. I A. Sharma A. Gupta (Red.), *The Anthropology of the State: A Reader* (s. 144 – 162). Blackwell Readers in Anthropology.

Rose, N., O’Malley, P. & Valverde, M. (2009). Governmentality. *Legal Studies Research Paper*. No. 09/94. <http://ssrn.com/abstract=1474131>

Serretzlew S. & Blom-Hansen, J. (2014). Budgetlægning i kommuner og regioner. I T. Christiansen (Red.). *Budgetlægning og offentlige udgifter* (s. 170 – 202). Hans Reitzels Forlag.

Schrøder, I. & Bangshaab, J. (2012). Dilemmaer og spændingsfelter i rehabilitering. I I. Schrøder & K. S. Petersen (Red.), *Sociologi og rehabilitering* (s. 289 – 311). København: Munksgaard.

Sundheds- og Ældreministeriet. (2009). *Bekendtgørelsen om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=125826>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2013). *Bekendtgørelsen om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=160777>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2014). *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. Hentet fra <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/vejledning-nr.-9005-af-201213.pdf>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=192522>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2017a). *Økonomiaftalen for 2018*. Hentet fra [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/Juni/~/\\_media/Filer%20-%20dokumenter/OeA-2018-FAKTAARK/062Faktaark-Digitalisering-i-sundhedsvaesenet.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/Juni/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/OeA-2018-FAKTAARK/062Faktaark-Digitalisering-i-sundhedsvaesenet.ashx)

Sundheds- og Ældreministeriet. (2018). *Sundhedsloven*. Hentet fra (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=199871>

Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*. Vol. 87, No. 2, (234-258). Doi: 10.1111/j.1467-9299.2009.01753.x

Thomsen, J. P. F. (2013). *Politologi – en introduktion* (2 utg.). Hans Reitzels Forlag.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Økonomistyrelsen. (2011). *Den digitale vej til fremtidens velfærd. Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 – 2015*. Hentet fra <https://www.fm.dk/publikationer/2011/den-digitale-vej-til-fremtidens-velfaerd/>

## 9. Bilag

### 9.1. Bilag 1

#### SØKEORD

↓ OR ↓  
 mellom ord i samme kolonne

	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3	Søkeord 4
<b>Dansk</b>				
<b>Engelsk</b>	Technology  Digitalization  Computerized  Medical records systems, computerized  Computerbased  Patient record*  Patient system*  <u>Patient identification system</u> *	Shared service hospital  Hospital shared services  Health services  Delivery of health care  Primary health care  Secondary health care	Governmentality  Political systems  Government  Politics	

	<u>Electronic health record*</u>			
	Web-based			
	Web-based			
	System*			

**AND**
  
 mellom ord i forskjellige kolonner

## SØKEHISTORIKK

Database / søkemotor / nettsted	Søk nr.	Søkeord/ søkekombinasjoner	Antall treff (pr. ....)	Kommentarer til søk / treffliste (fyll ut etter behov)
Cochrane	#1	Technology (MeSH)	5604	
	#2	Technology (ti, ab, kw)	13307	
	#3	Digitalization (ti, ab, kw)	60	
	#4	Computerized (ti, ab, kw)	6066	
	#5	Medical records systems, compute-rized (MeSH)	631	
	#6	Medical records systems, compute-rized (ti, ab, kw)	396	
	#7	Computerbased (ti, ab, kw)	23	
	#8	Patient record* (ti, ab, kw)	57247	



	#9	Patient system* (ti, ab, kw)	99413	
	#10	<u>Patient identification system*</u> (MeSH)	18	
	#11	<u>Patient identification system*</u> (ti, ab, kw)	1004	
	#12	<u>Electronic health record*</u> (MeSH)	313	
	#13	<u>Electronic health record*</u> (ti, ab, kw)	1838	
	#14	Web-based (ti, ab, kw)	3572	
	#15	Web-based system(s) (ti, ab, kw)	1119	
	#16	#1 - #15	166558	Søgt med OR imellem de 15 søgeord, 1 kolone søgning
	#17	Hospital Shared Services (MeSH)	2	
	#18	Shared service hospital (ti, ab, kw)	194	
	#19	Health services (MeSH)	97810	
	#20	Health services (ti, ab, kw)	25831	
	#21	Delivery of health care (MeSH)	48812	
	#22	Delivery of health care (ti, ab, kw)	5877	
	#23	Primary health care (MeSH)	7396	
	#24	Primary health care (ti, ab, kw)	24820	
	#25	Secondary health care (ti, ab, kw)	11353	
	#26	#17 - #25	148461	Søgt med OR imellem de 9 søgeord, 2 kolonesøgning

	#27	Governmentality (ti, ab, kw)	0	
	#28	Political systems (MeSH)	3	
	#29	Political systems (ti, ab, kw)	57	
	#30	Government (MeSH)	1015	
	#31	Government (ti, ab, kw)	2240	
	#32	Politics (MeSH)	54	
	#33	Politics (ti, ab, kw)	96	
	#34	#27 - #33	3292	Søgt med OR imellem de 7 søgeord, 3 kolonesøgning
	#35	#16 and #26 and #34	404	Titel og abstract screening. Fundet 5 fuldtekst artikler til gennemlæsning.
PubMed#	#1	Technology (MeSH)	372028	
	#2	Technology (ti, ab, kw)	261401	
	#3	Digitalization (MeSH)	0	
	#4	Digitalization (ti, ab, kw)	809	
	#5	Computerized (MeSH)	0	
	#6	Computerized (ti, ab, kw)	66831	
	#7	Medical records systems, computerized (MeSH)	0	
	#8	Medical records systems, computerized (ti, ab, kw)	0	

	#9	Computerbased (MeSH)	0	
	#10	Computerbased (ti, ab, kw)	18	
	#11	Patient record (MeSH)	133745	
	#12	Patient record* (ti, ab, kw)	10781	
	#13	Patient system (MeSH)	0	
	#14	Patient system* (ti, ab, kw)	123	
	#15	Patient identification system (MeSH)	2477	
	#16	Patient identification system* (ti, ab, kw)	2044	
	#17	Electronic health record (MeSH)	14736	
	#18	Electronic health record* (ti, ab, kw)	10649	
	#19	Web-based (ti, ab, kw)	0	
	#20	Web-based (MeSH)	24191	
	#21	Web-based System (MeSH)	0	
	#22	Web-based System* (ti, ab, kw)	773	
	#23	#1 - #22	823245	Kombineret med OR imellem hver søgning
	#24	Shared service hospital (MeSH)	308	
	#25	Shared service hospital (ti, ab, kw)	2	
	#26	Hospital shared services (MeSH)	2149	
	#27	Hospital shared services (ti, ab, kw)	8	

	#28	Health services (MeSH)	1924346	
	#29	Health services (ti, ab, kw)	69733	
	#30	Delivery of health care (MeSH)	965230	
	#31	Delivery of health care (ti, ab, kw)	10674	
	#32	Primary health care (MeSH)	136891	
	#33	Primary health care (ti, ab, kw)	23301	
	#34	Secondary health care (MeSH)	26909	
	#35	Secondary health care (ti, ab, kw)	361	
	#36	#24 - #35	2547492	Kombineret med OR imellem hver søgning
	#37	#23 AND #36	129081	
	#38	Governmentality (MeSH)	0	
	#39	Governmentality (ti, ab, kw)	189	
	#40	Political systems (MeSH)	10862	
	#41	Political systems (ti, ab, kw)	633	
	#42	Government (MeSH)	138300	
	#43	Government (ti, ab, kw)	68797	
	#44	Politics (MeSH)	48979	
	#45	Politics (ti, ab, kw)	10068	
	#46	#38 - # #45	252760	Kombineret med OR imellem hver søgning
	#47	#23 AND #36 AND #46	5187	Filter for reviews giver en reduktion til 484 hits.

Cochrane gennemført d. 31.07.2017.

**3 bloksøgninger.** Afsøgt og anvendt kendte MESH-termer, og suppleret med ordet som fritekstord. Trunkering er anvendt.

Søgning i Cochrane databasen har givet 5 fuldttekst artikler til nærmere gennemlæsning:

Delpierre, C., Cuzin, L., Fillaux, J., Alvarez, M., Massip, P. & Lang, T. (2004). A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *International Journal for Quality in Health Care* vol. 16 no. 5. Pp. 407-416

### **Donovan (2016) fravalgt**

Meissner, A. & Schnepf, W. (2014). Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 14:54

### **Motamedi (2009) fravalgt**

Nguyen, L., Bellucci, E. & Nguyen, L. T. (2014). Electronic health records implementation: An evaluation of information system impact and contingency factors. *International Journal of Medical Informatics*, vol. 83, issue 11, s. 779-796.

Referencelister er gennemgået.

Gennemført i PubMed: 25.09.2017

Søgning i PubMed databasen har givet 2 fuldttekst artikler til nærmere gennemlæsning:

Brennan, J., McElligott, A. & Power, N. (2015). National health models and the adoption of eHealth and ePrescribing in primary care – new evidences from Europe. *Journal of Innovation in Health Informatics*. Vol 22, No 4, 399-408. Doi.org/10.14236/jhi.v22i4.97

La Rocca, A. & Hoholm, T. (2017). Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Services Research* 17:149 DOI 10.1186/s12913-017-2096-4

Valgt systematic review i filter reducerer fra 5187 til 484.

Gennemført i Cinahl: 25.09.2017

Søgning i Cinahl databasen har givet 1 fuldttekst artikler til nærmere gennemlæsning:

Protti, D., Wright, G., Treweek, S. & Johansen, I. (2006). Primary care computing in England and Scotland: a comparison with Denmark. *Informatics in Primary Care*, 14:93-9

Nedenstående er printscreens fra søgningen og tilpassede søgeord fra databasen:

	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3
<b>Dansk</b>			
<b>Engelsk</b>	Technology Digitalization Computerized Medical records systems, compute-rized Computerbased Patient Record Systems* (MeSH) Patient record* Patient system* Patient identification system* <u>Electronic health record*</u> Web-based Web-based System*	Shared Services, Health Care (MeSH) Hospital shared services Shared service hospital Health services Health Care Delivery Delivery of health care Primary health care Secondary health care	Governmentality Political systems Government Politics

OR  
 ↓  
 mellem ord i samme kolonne

S64	S52 AND S63	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (838) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S63	S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (73,477) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S62	AB Politics	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (1,866) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S61	TI Politics	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (3,028) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S60	(MH "Politics+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (41,352) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S59	AB Government	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (22,027) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S58	TI Government	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (4,867) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S57	(MH "Government+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (9,147) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S56	AB Political systems	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (96) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S55	TI Political systems	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (1) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S54	AB Governmentality	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (126) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S53	TI Governmentality	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (31) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S52	S28 AND S51	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (26,667) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S51	S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (817,172) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Ed</a>
S50	AB Secondary health care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (85) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S49	TI Secondary health care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (18) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S48	(MH "Secondary Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (145) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S47	AB Primary health care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (4,551) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S46	TI Primary health care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (2,563) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S45	(MH "Primary Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (37,968) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S44	AB Delivery of health care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (597) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S43	TI Delivery of health care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (53) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S42	AB Health Care Delivery	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (2,873) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S41	TI Health Care Delivery	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (821) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S40	(MH "Health Care Delivery+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (207,535) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Ed</a>
S39	AB Health services	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (29,271) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S38	TI Health services	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (5,504) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S37	(MH "Health Services+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (666,506) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Ed</a>
S36	AB Hospital shared services	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (0) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
S35	TI Hospital shared services	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (0) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>

<input type="checkbox"/>	S34	AB Shared service hospital	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S33	TI Shared service hospital	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S32	AB Shared Services Health Care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S31	TI Shared Services Health Care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S30	TI Shared Services, Health Care	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S29	(MH "Shared Services, Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (440)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S28	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (111,716)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S27	AB Web-based System	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (136)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S26	TI Web-based System	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (21)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S25	AB Web-based	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (5,753)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S24	TI Web-based	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,109)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S23	AB Electronic health records	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (3,264)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S22	TI Electronic health records	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (935)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S21	(MH "Electronic Health Records")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (13,372)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S20	AB Patient identification system	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (9)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S19	TI Patient identification system	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (3)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S18	AB Patient system	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (51)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S17	TI Patient system	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (3)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S16	AB Patient Record	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,406)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S15	TI Patient Record	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (253)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S14	AB Patient Record Systems+	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S13	TI Patient Record Systems+	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S12	(MH "Patient Record Systems+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (17,729)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S11	AB Computerbased	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (19)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S11	AB Computerbased	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (19)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S10	TI Computerbased	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S9	AB Medical records systems, compute-rized	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S8	TI Medical records systems, compute-rized	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (0)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S7	AB Computerized	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (7,498)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S6	TI Computerized	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,491)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S5	AB Digitalization	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (46)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S4	TI Digitalization	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (11)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S3	AB Technology	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (40,727)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S2	TI Technology	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (18,099)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S1	(MH "Technology+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (34,646)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>



## 9.2. Bilag 2

Bilag 2: Oversigt over MedComs projektperioder 2001 - 2016

Projektperiode:	Udvalgte indsatser relateret til tværsektoriel kommunikation i sundhedsvæsenet som eksemplificering:
MedCom3 (2000-2001)	Der gennemføres aktiviteter vedr. konsolidering af eksisterende EDI-kommunikation (elektronisk kommunikation mellem praksissektoren og resten af sundhedsvæsenet), internet og kommuneprojekter.
MedCom4 (2002-2005)	Udbredelse af kvalitetssikring af EDI-kommunikation, Storscala afprøvning af kommunikation til og fra den kommunale hjemmepleje, Inter regional kommunikation og e-journal på sundheds.dk rettet mod sygehusene.
MedCom5 (2006-2007)	IT infrastruktur tilpasning som forberedelse til strukturreformen, med indførelse af ny teknologi i den tværsektorielle kommunikation, Sundheds.dk understøttelse og e-journal konsolidering.
MedCom6 (2008-2009)	Fokus på opgaverne i IT strategien for sundhedsområdet fra 2007 (ikke inkluderet i undersøgelsen) Videreudvikling af MedCom standarderne, konsolidering og udbredelse af e-journal på sygehusene samt den elektroniske kommunikation.
MedCom7 (2010-2011)	Udbredelse af MedCom standarderne og e-journal. Indsatserne holdes indenfor rammerne i "Aftale om sundheds-IT" 2010.
MedCom8 (2012-2013)	Teknologisk fremtidssikring af MedCom kommunikation, MedCom standarder test og konsolidering op ny, E-journal. Indsatserne holdes indenfor rammerne i "Aftale om sundheds-IT" 2010.
MedCom9 (2014-2015)	Fuld udbredelse af MedCom standarder mellem sygehus, kommune og almen praksis, sundhedsdatanet/ nationale datakilder. Indsatserne holdes indenfor rammen af Den nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsområdet "Digitalisering med effekt" 2013-2017.
MedCom10 (2016-2017)	Kvalitetssikring af egne processer og samarbejde med IT-leverandører. Landsdækkende implementering af internationale standarder for at fremtidssikre

	<p>MedCom kommunikationen. Indsatserne er struktureret efter økonomiaftalen for 2016, den gældende sundhedsaftale 2015-2018, RSI pejlemærker (regionens digitaliseringsstrategi) og KL's digitaliseringsstrategi.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------