

Kristiansen, T. T., Trondsen, M. V. & Dyb, K. (2024). Digitalisering og fellesskap i helsefeltet. I G. C. Aakvaag & U.-D. K. Bæck (Red.), *Robuste fellesskap* (s. 157–174). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa240206>

Kapittel 6

## **Digitalisering og fellesskap i helsefeltet**

Truls Tunby Kristiansen, Marianne V. Trondsen og Kari Dyb

## Innledning

I dette kapitlet drøfter vi hvilken betydning innføring og bruk av digitale teknologier har for hvordan fellesskap dannes, opprettholdes og løses opp i dagens samfunn. Siden alle tre kapittelforfattere jobber innen e-helse<sup>1</sup>, illustrerer vi kapitlet med eksempler hentet fra helsefeltet, både på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå. Kapitlet drøfter pasienters og pårørendes deltakelse i ulike helserelaterede fellesskap, informasjonsdeling mellom ulike organisasjoner og virksomheter i helsefeltet, og digital omstilling i det norske helsefeltet under covid-19-pandemien. Problemstillingen vår er «Hvilken betydning har digitale teknologier for hvordan fellesskap dannes, opprettholdes og løses opp i det norske helsefeltet?».

I det følgende vil vi først redegjøre kort for teori- og begrepsbruk, helsefeltets organisering og typiske «problemhorisont». Deretter kobler vi dette sammen med et begrep om fellesskap, før vi fortsetter med selve drøftingen.

### **Funksjonell differensiering og helsefeltets problemstruktur**

Funksjonell differensiering er et systemteoretisk begrep, og selv om flere av de empiriske eksemplene vi drøfter er hentet fra andre sosiologiske fagtradisjoner enn den systemteoretiske, har kapitlets struktur viktige fellestrekk med en generell systemteoretisk tilnærming (Hagen, 2012; Luhmann, 1995; Kristiansen, 2017). Helsefeltet er organisert i ulike deler og nivåer med ansvar for ulike oppgaver: Sykehusene har som del av spesialisthelsetjenesten ansvar for spesialisert pasientbehandling, mens for eksempel fastleger, sykehjem, pleie- og omsorgstjenester inngår i primærhelsetjenesten. Gjennom en slik intern differensiering avlastes delene og nivåene hverandre slik at helsefeltets samlede problemløsningsevne for samfunnet øker. Vi kan derfor si at

---

1 Med e-helse mener vi ulike former for informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) til bruk innenfor helsefeltet.

differensieringen er *funksjonell* (Vik & Hjelseth, 2022). Funksjonell differensiering innebærer imidlertid også gjensidig avhengighet. Arbeidsdelingen i feltet gjør ulike helsetjenesteytere avhengige av hverandre for å kunne ivareta sine oppgaver. Kommer ikke epikrisen fra sykehuset eller resepten fra fastlegen fram i tide, går det ut over sykehjemmets mulighet til å utføre *sine* oppgaver (Manskow & Kristiansen, 2021). Ikke minst beror helsefeltets problemløsningsevne på *inkludering av individer*. I det norske samfunnet betyr det at alle innbyggere har like rettigheter til helsetjenester. Ved avvik fra dette, det vil si hvis tilgangen av helsetjenester fordeles ut fra noe annet enn helse (f.eks. alder, kjønn, geografi, etnisitet), snakker vi gjerne om diskriminering og/eller privilegier. Kunnskap om slike avvik legges rutinemessig til grunn for utvikling av institusjoner og ordninger som skal sikre allmenn og likeverdig tilgang til helsetjenester. Med begrepet *problemstruktur* er det disse problemene vi sikter til; funksjon, gjensidig avhengighet og inkludering av individer. Det norske samfunnets betydelige satsning på e-helse kan generelt sies å hvile på en forventning om at digital helseteknologi skal spille en avgjørende rolle både med hensyn til allmenn inkludering av individer, for håndtering av gjensidige avhengigheter, og for helsefeltets funksjon for samfunnet.<sup>2</sup>

## Fellesskap

Selv om fellesskap er et av sosiologiens viktigste begreper, finnes det ingen entydig og omforent definisjon av hva fellesskap er (Tjora, 2018). I stedet er det vanlig å fokusere på ulike aspekter ved fellesskap. Fellesskap kan handle om alt fra subjektive erfaringer av samhold, identitet og tilhørighet, til mer objektive betingelser, for eksempel for samarbeid, informasjonsdeling og tilgang til ressurser. Fellesskap handler dermed både om å *ha* noe til felles og om å *oppleve* det slik. I dette kapitlet utforsker vi krysningspunkter mellom fellesskap og e-helse, på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå. Vi drøfter dette ved hjelp av empiriske eksempler på hvert av de tre nivåene 1) digital

---

2 Se f.eks. «En innbygger – én journal»: [www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal](http://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal)

inkludering av individer i ulike helserelaterte mestringsfellesskap, 2) digital samhandling som informasjonsdeling mellom deler av og nivåer i helsefeltet, og 3) digital omstilling under koronapandemien. Målet er å drøfte hvordan fellesskap dannes, opprettholdes og/eller løses opp når digital teknologi innføres i helsefeltet.

## Fellesskap på individnivå: mestringsfellesskap

Internett er i dag en formidabel arena for informasjonsdeling og kommunikasjon om, og for, mestring og håndtering av helseproblemer (Petersen et al., 2022). En rekke offentlige og private helsetjenester, frivillige organisasjoner og privatpersoner tilbyr digital informasjon, kommunikasjon, støtte, hjelp og behandling til oss som enkeltindivider og som grupper – enten vi har et helseproblem selv eller er i en pårørendesituasjon. Nettbaserte helsetjenester retter seg mot et bredt spekter av helseområder og kommer i mange ulike former (for eksempel tekst, lyd, bilde, video, spill og målinger/monitorering). Disse tjenestene har som fellesnevner at de skal bistå den enkelte med råd, hjelp og støtte til mestring av helseutfordringer. Vi skal sortere tjenestene langs to akser: 1) om den er basert på fagkompetanse eller brukererfaringer, og 2) om tilbudet gir brukeren mulighet til å være anonym eller ikke.

For det første ser vi en økende digital tilgjengeliggjøring av *fagbaserte* tjenester i regi av både ordinære helse- og omsorgstjenester og frivillige fagbaserte organisasjoner. Eksempelvis tilbyr fastleger nå e-konsultasjon til sine pasienter. Pasienter kan dermed kommunisere med sin lege elektronisk i stedet for å møte opp fysisk på legekontoret. Flere tjenester innenfor psykisk helse, både i offentlig og frivillig sektor, har i de senere årene tatt i bruk videobaserte løsninger (Trondsen et al., 2018). Gjennom slike løsninger har man kunnet gi nye muligheter til kontakt over avstand, og tilby et mer tilgjengelig og likeverdig tilbud uavhengig av bosted.

Oppfølging gjennom videoløsninger har også gitt et alternativ for pasienter eller pårørende som ikke har mulighet til eller ikke ønsker et behandlingstilbud som innebærer fysisk oppmøte. Et slikt eksempel er et tilbud om

videobasert terapi som organisasjonen Blå Kors kompasset gir til ungdom/ unge voksne som har en forelder med alkohol- eller andre rusproblemer. Organisasjonen har seks fysiske kontorer i Norge hvor terapeuter tilbyr rådgivning og samtaleterapi til denne målgruppen. I 2020 etablerte Blå Kors kompasset i tillegg et landsdekkende tilbud om terapi på nett for å inkludere unge pårørende som ikke har mulighet til, eller ønsker, å benytte samtaleterapi gjennom fysisk tilstedeværelse. Forskning på brukererfaringer med dette digitale tilbudet viste at brukerne opplevde at de fikk en god og trygg relasjon med terapeuten via skjermen (Manskow et al., 2023). De erfarte også at samtalene var til god hjelp for mestring av sin pårørendesituasjon (op.cit.). Vi kan betegne samtaleterapien som foregikk i en videobasert relasjon mellom terapeut og bruker, som en form for *mestringsfellesskap*: I fellesskap jobber terapeut og bruker sammen mot et mål om brukerens mestring og håndtering av emosjonelle, relasjonelle, sosiale og praktiske konsekvenser knyttet til det å ha en forelder som har et rusproblem.

Digitaliseringsprosesser i samfunnet har også gitt en ekspansjon av muligheter for deling og utveksling av *erfaringsbasert* kunnskap innenfor helsefeltet. Det har skjedd en betydelig fremvekst av digitale erfaringsbaserte tilbud til personer som lever med ulike helseutfordringer, enten selv eller som pårørende. Det finnes både digitale informasjonssider, grupper og selvhjelpsforum for utveksling av informasjon, erfaringer og støtte mellom mennesker i samme situasjon. Forskning understøtter at digitale muligheter til deling av ulike former for erfaringsbasert kunnskap har vesentlig betydning for forståelse og mestring av egen helse, enten det er som pasient eller pårørende (Trondsen & Tjora, 2014; Ziebland & Wyke, 2012). Basert på en review-studie om bruk av internett til helseformål hevder Ziebland og Wyke (2012) at framveksten av digitale løsninger for brukerbasert støtte og erfaringsutveksling er et av de mest transformativ utviklingstrekkene i helsefeltet de siste tiårene. Digital teknologi gjør det mulig for mennesker som ikke kjenner hverandre fra før, å knytte kontakt og utveksle erfaringer, råd og støtte uavhengig av hvor man bor. Løsningene gir dermed også mulighet til å etablere og å bli inkludert i nye digitale fellesskap. Disse kan vi betegne som *mestringsfellesskap*, fordi hensikten er at erfaringsdelingen skal være en ressurs til mestring av egen helse- eller pårørendesituasjon.

Både innenfor profesjonelle og erfaringsbaserte netjtjenester finner vi tilbud hvor brukeren kan være anonym. For eksempel muliggjør nettbaserte

selvhjelpsforum at enkeltindivider kan møtes i en anonym, digital kontekst, og dele sine erfaringer med andre. Et eksempel er hentet fra en doktorgradsstudie (Trondsen, 2013) av et digitalt, passordbeskyttet selvhjelpsforum for ungdom (15–18 år) med psykisk syke foreldre, hvor deltakerne anonymt kunne møte andre i samme situasjon. I dette forumet drøftet ungdommene temaer de selv introduserte: Det var beskrivelser av erfaringer, følelser, situasjoner og utfordringer knyttet til egen hverdag som pårørende til en psykisk syk forelder, som eksempelvis stigma, taushet og følelse av å være alene og «unormal» ved å ha en psykisk syk forelder. Samtidig drøftet de også mestringsstrategier og ga hverandre råd om hvordan håndtere familiesituasjonen og konkrete utfordringer de sto overfor (Trondsen, 2012). Gjennom deltakernes dialog med hverandre i forumet utviklet det seg en form for fellesskap som Trondsen og Tjora (2014) har betegnet som *fellesskapsnormalisering* («communal normalization») basert på tre sosiale prosesser; gjenkjenning, åpenhet og handlingsrom. Gjennom *gjenkjenning* av hverandres erfaringer og situasjon, *åpenhet* som ga rom for å introdusere og dele vanskelige temaer, følelser og spørsmål de aldri eller i begrenset grad hadde snakket om tidligere, og et utvidet *handlingsrom* («agency») hvor dialogen med hverandre bidro til å se løsningsmuligheter og gjøre aktive grep for håndtering av sin familiesituasjon med å ha en psykisk syk forelder. Ut fra dette fungerte det digitale erfaringsbaserte forumet som en mestringsressurs i deltakernes dagligliv som ungdom og pårørende. Dette forumet er dermed et eksempel på hvordan digitalisering har gitt nye muligheter for å bringe sammen mennesker som ønsker å møte andre i samme pasient- eller pårørendesituasjon – på tvers av geografisk avstand.

Framvekst av ulike typer digitale tilbud på individnivå, enten det er basert på profesjonell eller erfaringsbasert kompetanse, kan ha en særlig verdi for mennesker som enten ikke har tilgang til et liknende fysisk tilbud i sitt nærmiljø, eller av ulike årsaker foretrekker anonymitet eller digitale kommunikasjonsformer. Samtidig kan digitalisering av helsetilbud på individnivå også virke ekskluderende for brukere som ikke behersker eller er komfortable med digital kommunikasjon, eller hvis helsetjenester i for stor grad satser på digitale løsninger og begrenser fysisk tilgjengelige hjelpetilbud. Et bredt og fleksibelt helsetilbud, både digitalt og fysisk, er en viktig komponent for å demme opp for digital ulikhet og digitalt utenforskap.

## Fellesskap på organisasjonsnivå: pasientinformasjon som felles ressurs?

Som pasienter har vi ofte sammensatte helseproblemer; en og samme person kan ha både høyt blodtrykk, ryggskade og tinnitus. Helsetjenestene er på sin side spesialiserte, og pasienter går for eksempel til kardiolog for blodtrykket, fysioterapeut for ryggplagene og spesialist i øresus for tinnitusplagene. Denne spesialiseringen er ofte hensiktsmessig, og gjør at personer som oppsøker helsetjenestene, kan forvente å møte helsepersonell som har spesialisert seg på akkurat deres helseproblem. På den annen side er det økt erkjennelse av at god pasientbehandling krever at de involverte behandlerne og virksomhetene legger pasientens *sammensatte behov* til grunn, og samarbeider med hverandre om behandlingen. Dette gjelder særlig for de mest sårbare pasientgruppene med sammensatte og kroniske tilstander (Berntsen et al., 2019).

Siden helsefeltet er spesialisert, vil det for hver enkelt pasient som regel finnes store mengder helseinformasjon lagret i ulike datasystemer tilknyttet ulike deler av helsetjenesten. Når spesialiserte tjenestetilbydere skal samhandle med utgangspunkt i pasientens sammensatte behov, må denne informasjonen på en eller annen måte gjøres tilgjengelig på tvers av helsetjenestene. Ett område hvor slik deling av informasjon er avgjørende, er *legemiddelhåndtering*. Studier har vist at helsepersonell opplever å bruke altfor mye tid på å fastslå hvilke legemidler pasienter skal ha ved ankomst fra andre deler av helsetjenesten (Manskow & Kristiansen, 2021). For eksempel når en pasient blir innlagt i akuttmottaket på et sykehus, har ikke helsepersonell oversikt over hvilke legemidler pasienten har fått fra fastlegen. *Felles* digitale verktøy blir gjerne sett på som en forutsetning for å løse denne typen problemer, både av helsepersonell og helsemyndigheter. Et slikt verktøy, som er under utvikling av norske helsemyndigheter og som skal innføres fra 2024, heter «Pasientens legemiddelliste» og retter seg mot deling av legemiddelinformasjon mellom helsetjenestenes ulike deler og nivåer. Hensikten er blant annet å redusere sannsynligheten for legemiddelfeil når pasienter «flyttes rundt i helsetjenesten», det vil si når ansvaret for pasientene overføres mellom virksomhetene og nivåene i helsetjenesten.<sup>3</sup>

---

3 <https://www.ehelse.no/nasjonal-e-helseportefolje/tiltak-i-nasjonal-e-helseportefolje/program-pasientens-legemiddelliste>

Et tilsvarende problem gjelder pasientjournaler. I dag har fastleger, sykehjem, hjemmetjeneste og sykehus hver sine lukkede journalsystemer. Når en person blir innlagt på sykehus, har sykehuset derfor ikke tilgang til fastlegens journal. Sykehusene har heller ikke tilgang til de digitale journalsystemene som brukes i hjemmetjenesten, og hjemmetjenesten mangler på sin side tilgang til sykehusenes journalsystemer. Når helsepersonell på denne måten er gjensidig utestengt fra hverandres journalsystemer, vil de lett kunne havne i situasjoner der de mangler oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand. Dette kan helt opplagt få negative konsekvenser. Dessuten øker risikoen ytterligere jo flere ulike nivåer og deler av helsetjenesten som er involvert i et gitt behandlingsforløp. Som ett av flere tiltak for å skape felles tilgang til viktig pasientinformasjon har norske helsemyndigheter utviklet løsningen Kjernejournal. Med Kjernejournal kan helsepersonell se et utvalg «kjerne»-opplysninger om pasientene sine, uavhengig av i hvilken del av helsetjenesten behandleren og pasienten befinner seg.<sup>4</sup>

### **Oppslutning om løsningene**

Når både myndigheter og helsepersonell overveiende er enige om at det trengs mer effektiv deling av pasientinformasjon på tvers i helsetjenesten, og det innføres digitale løsninger som muliggjør akkurat dette, skulle man kanskje tro at problemet forsvant. Dette forutsetter imidlertid at de digitale løsningene faktisk brukes. Innføringen av Kjernejournal startet allerede i 2015, men løsningen er ennå ikke tatt i bruk som forventet. Sosiologisk kan dette tolkes på flere måter. Blant annet har sosiologisk forskning pekt på hvordan ny teknologi og «nye» samarbeidsformer kan gripe inn i og forstyrre etablerte strukturer og maktrelasjoner i helsetjenestene (Dyb & Warth, 2018). Forskerne har sett hvordan tillit, både til selve teknologien og mellom de ulike behandlerne som bruker løsningen, er avgjørende for oppslutningen om og bruken av løsningen. For eksempel har mange fastleger vært særlig skeptiske til å ta i bruk Kjernejournal. De har opplevd at løsningen både forstyrret etablert praksis rundt hvilken informasjon som deles, og at den førte til merarbeid for dem som yrkesgruppe (Dyb & Warth, 2018).

---

4 <https://www.nhn.no/tjenester/kjernejournal/hva-er-kjernejournal>

Den begrensede oppslutningen om tilgjengelige løsninger som Kjernejournal kan leses som et eksempel på at lansering av nye digitale verktøy ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å endre eksisterende arbeidspraksis rundt deling av pasientinformasjon. Selv om helsepersonell slutter opp om felles behov, både for seg selv, pasientene og helsefeltet sett under ett, kan det være ulike forhold som hindrer at de digitale løsningene blir tatt i bruk, og dermed også hindrer at pasientinformasjon kan benyttes som felles ressurs. Slik vi har sett (Dyb & Warth, 2018), omhandler dette eksempelvis etablerte strukturer og maktrelasjoner og lav tillit til selve løsningene og til de som skal bruke dem. I tillegg kan oppslutningen bli lav dersom de som bruker løsningene, ikke opplever at deres bidrag står i rimelig forhold til hva de får igjen.

Deling av pasientinformasjon mellom helsepersonell kan bidra til å gjøre helsetjenestene bedre. Da må digitale løsninger for informasjonsdeling være tilpasset ikke bare det konkrete tekniske problemet de skal løse, men også de sosiale kontekstene de skal inngå i.

## Fellesskap på samfunnsnivå: nedstengning og kollektiv handlingsdyktighet

Selv om den digitale omstillingen av helsefeltet har pågått lenge, er det en utbredt oppfatning om at omstillingen har tatt lenger tid enn i andre av samfunnets sektorer. Det foregår dessuten et betydelig arbeid for å forstå hvorfor det er slik (bl.a. Riksrevisjonen, 2021<sup>5</sup>). I denne siste delen av kapitlet skal vi forsøke å bidra til slik forståelse ved å benytte en systemteoretisk modell for analyse av *institusjonell endring gjennom rasjonell kollektiv handling* (se Hagens kapittel for en diskusjon av modellen).

I denne diskusjonen skal vi vende blikket mot et interessant empirisk brudd med mønsteret beskrevet over; nemlig den *raske* digitaliseringen under koronapandemien som rammet det norske samfunnet våren 2020. Da

---

5 <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelser-av-en-innbygger---en-journal-styring-og-anskaffelser/>

pandemien kom, ble samfunnet stengt ned, pasienter ble isolert, og det ble vanskelig for mange å komme seg til fastlege og andre nødvendige helsetjenester. Digitaliseringen skjøt fart, og videokonsultasjonsløsninger ble raskt innført både på fastlegekontorer, psykologtjenester og andre behandlingstilbud (Trondsen & Manskow, 2021). Beboere på sykehjem kunne treffe familien kun via video, mens digitale vaksinepass og testresultater ble digitalt tilgjengelig på helsenorge.no. Flere av disse løsningene kom på plass så raskt at flere snakket om «sjokkdigitalisering», ett av mange nyord som pandemien avfødte.<sup>6</sup> Det samme mønsteret var tydelig også utenfor Norge (Wherton et al., 2022).

Forskjellen mellom digitaliseringstakten før og etter pandemiutbruddet i 2020 åpner for flere ulike tolkninger. Én tolkning er at pandemien skapte en situasjon der aktører i det norske helsefeltet rett og slett *trengte* digital teknologi for å kunne tilby helsetjenester, og derfor tok dette i bruk. En annen tolkning er at pandemien skapte et særegent fellesskap – en slags dugnadsånd – som motiverte aktørene og skapte handlekraft. «Koronadugnad» er enda ett av pandemiens nyord, og kan tas til inntekt for sistnevnte tolkning. Likevel, å forklare økt omstillingsevne med krise eller kriseutløst dugnadsånd er lite tilfredsstillende for den som vil forstå digital omstillingsevne også utenfor krisetider.

En tredje tilnærming, som også er vår tilnærming, legger til grunn at digitalisering av det norske helsefeltet var etablert som et viktig felles anliggende lenge før pandemien brøt ut (se f.eks. st.meld. Én innbygger – én journal fra 2013). Med Kristiansen (2020)<sup>7</sup> skal vi nærme oss dette med begrepet *problemfellesskap*. Et problemfellesskap kan oppstå i alle sammenhenger, også på samfunnsnivå, rundt erkjennelsen av å stå i et felles problem, eller av å «være i samme båt». Når vi skriver at dette problemfellesskapet allerede var etablert før pandemien, mener vi ganske enkelt at det var stor grad av konsensus om at helsefeltet var under press, for eksempel fra eldrebølge, endret sykdomspanorama og så videre, og at digitale løsninger måtte være en nødvendig del av «fremtidens helsesektor». Vi antar videre at et problemfellesskap,

6 <https://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/Publicasjoner/Spraaknytt/spraaknytt-22020/hyttekrig-og-hostebot-en-eksplasjon-av-nye-koronaord/>

7 Den følgende diskusjonen benytter kun et utvalg begreper fra en mer omfattende analytisk modell, og målet er først og fremst å forsøke å si noe overordnet om hvordan pandemien endret betingelsene for digital omstilling i helsefeltet.

under bestemte betingelser, kan bli til et *handlingsdyktig* fellesskap. Det er vår påstand at pandemien på enkelte områder transformerte et allerede etablert problemfellesskap til et handlingsdyktig fellesskap. Vi legger også til grunn at kunnskap om hvordan dette problemfellesskapet ble handlingsdyktig, kan ha overføringsverdi ut over krisesituasjonen pandemien skapte.

### **Eksempel: videokonsultasjoner og «sjokkdigitalisering»**

Pandemien viste oss at myndigheter, helsepersonell og teknologileverandører kunne samarbeide «effektivt og målrettet» for å få på plass nødvendig digital teknologi slik at man kunne løse helserelaterte oppgaver i et nedstengt samfunn. På ett nivå kan dette ses som uttrykk for at det norske samfunnet er robust og handlingsdyktig. På den annen side viste pandemien at samfunnet bare trengte noen måneder på å få på plass løsninger man hadde strevd med i årevis med å etablere. For eksempel kom de første videoløsningene godkjent for medisinske konsultasjoner allerede tidlig på 2000-tallet. Før pandemiutbruddet i 2020 var likevel kun rundt 3 prosent av årlige medisinske konsultasjoner såkalte *e-konsultasjoner*<sup>8,9</sup>. Etter pandemiutbruddet økte andelen til rundt 40 prosent, og den har siden ligget mellom 20 og 30 prosent (Helsedirektoratet, 2020). Det følgende er en diskusjon av hvorfor dette skjedde. Diskusjonen er ikke basert på en empirisk undersøkelse, men er en systemteoretisk rekonstruksjon av nedstengningen fra et tenkt fastlegekontors perspektiv. «Fastlegekontoret» forstås her som en selvstendig aktør som må ta stilling for eller imot innføring av videokonsultasjonsløsninger.

Selv om mange har argumentert for at pandemien stilte det norske samfunnet overfor nye og *særskilt komplekse* utfordringer, kan man med et systemteoretisk perspektiv legge til grunn at nedstengningen trolig også *reduerte* kompleksitet i viktige sammenhenger. Med dette utgangspunktet skal vi argumentere for at valget mellom å anskaffe og ikke å anskaffe videokonsultasjonsløsninger på norske fastlegekontorer kunne tas i en situasjon som på viktige punkter var *mindre* kompleks under pandemien enn før pandemien.

8 E-konsultasjon er et samlebegrep for de digitale konsultasjonsformene tekstkonsultasjon og videokonsultasjon.

9 Oppdaterte tall fra Helsedirektoratet fram til november 2022. [www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/e-konsultasjoner-hos-fastleger](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/e-konsultasjoner-hos-fastleger)

Før pandemien ville en gitt aktør som både 1) sluttet opp om myndighetenes visjon om, og samfunnets behov for, velfungerende og allment tilgjengelige videokonsultasjonsløsninger på norske fastlegekontorer, og som 2) oppriktig ønsket å bidra til dette, måtte forholde seg til en rekke usikkerhetsmomenter, blant annet a) økonomiske, tids- og kompetansemessige kostnader ved innføring, b) usikkerhet knyttet til om videokonsultasjoner ville «slå an» blant pasientene, og c) det faktum at fysiske konsultasjoner fremdeles fungerte tilfredsstillende. En ville også måtte forholde seg til risikoen for at innføringen ble så ressurskrevende at det ville gå ut over kapasiteten til å levere helsetjenester – noe som ville rammet pasientene. Motsetningen mellom fellesskapets og det enkelte fastlegekontors behov ville i en slik situasjon kunne bidra til en form for handlingslammelse. Med et begrep om rasjonell kollektiv handling (Hagen, 2012; Kristiansen, 2017) kan vi tolke dette tenkte scenariet som et eksempel der individuell rasjonalitet dominerte over kollektiv rasjonalitet, og gjorde det umulig for fastlegekontorer å handle kollektivt rasjonelt, selv om de etter alt å dømme sluttet opp om videoløsninger som en del av fremtidens helsetjeneste. Vi finner få eller ingen eksempler hvor toneangivende aktører i alvor har argumentert for at videokonsultasjoner *ikke burde spille en rolle* i det norske helsefeltet – likevel var altså kun ca. 3 prosent av konsultasjoner ved fastlegekontorene digitale fram til og med februar 2020. To måneder senere var andelen over 40 prosent før den stabiliserte seg på rundt 20 prosent (Helsedirektoratet, 2020).

En måte å begripe dette på er å legge til grunn at pandemien forenklet handlingssituasjonen for fastlegekontorene og derigjennom bidro til økt digital omstillingsevne. I et nedstengt samfunn var det ikke lenger slik at den individuelle rasjonaliteten stod i veien for den kollektive rasjonaliteten. Tvert imot kunne videoløsninger nå innføres både i tråd med fastlegekontorenes egeninteresse og den kunne knyttes til den nasjonale «koronadugnaden».

For bedre å forstå dette fra fastlegekontorenes perspektiv skal vi se kort på hvordan betingelsene forut for nedstengningen endret seg da samfunnet ble stengt ned. For det første ser vi at kostnadene ved omstilling relativt sett gikk ned. Fordi det ikke lenger var mulig å tjene penger på fysiske konsultasjoner, og fordi myndighetene opprettet en egen takst for e-konsultasjoner, endret det økonomiske regnestykket seg for fastlegekontorene. Spørsmålet om pasientenes oppslutning forsvant også i en kontekst der videoløsninger ble eneste alternativ for mange pasienter. Tanken om at tradisjonelle, fysiske

konsultasjoner fremdeles fungerte tilfredsstillende, mistet sitt grunnlag av samme grunn. Dermed ble det å investere i videoløsninger et åpenbart og rasjonelt valg. Konflikten mellom individuell og kollektiv rasjonalitet mistet relevans, og dette skapte en helt ny og mindre kompleks situasjon for aktørene.

Etter gjenåpningen av samfunnet er rasjonalitetskonflikten igjen aktuell, og spørsmålet er om det er mulig for samfunnet å trekke lærdom fra pandemien. Hagen skriver i sitt kapittel om tre viktige aspekter ved rasjonell kollektiv handling: kollektiv rasjonalitet, rasjonell solidaritet og kollektiv makt (se også Kristiansen, 2017). Kollektiv rasjonalitet orienterer handlinger mot fellesskapets behov. I vårt eksempel dreier fellesskapets behov seg om at e-konsultasjoner forventes å være allment tilgjengelig for pasienter ved norske fastlegekontorer. Rasjonell solidaritet er ulike uttrykk for vilje – inkludert forventninger om slik vilje – til å gi avkall på egne muligheter for det felles beste. Slike forventninger har lenge sirkulert i den offentlige samtalen rundt e-helse generelt. Feltets aktører har lenge skullet «stille til start samtidig», de har lenge visst at «det kommer til å gjøre vondt», og oppfordringene om å bygge ned feltets «siloeer» har vært mange (Direktoratet for E-helse, 2018, s. 55).

I vårt perspektiv knytter det særskilt nye ved «sjokkdigitalisering» seg til *begrensningene* pandemien satte for feltets aktører. Pandemien legitimerte inngripende tiltak – nedstengning av samfunnet – som på avgjørende måter kastet om på konflikten mellom individuell og kollektiv rasjonalitet for fastlegekontorene. Det er dermed interessante overlapp mellom pandemisituasjonen og det tredje begrepet i Hagens modell: kollektiv makt. Både nedstengning og annen bruk av kollektiv makt betyr begrensninger på aktørenes mulighet til å prioritere egeninteressen foran fellesskapet. Mens kollektiv makt straffer individuelt rasjonelle strategier og belønner kollektivt rasjonelle strategier, gjorde pandemien og nedstengningen det umulig for fastlegekontorene å prioritere egeninteressen foran fellesskapet. Nedstengningen skapte en situasjon der rasjonalitetskonflikten ikke lenger ga mening. I en viss forstand kan vi dermed si at pandemien og nedstengningen midlertidig løftet fastlegekontorene ut av en «sosial felle» (Kollock, 1998) og lot dem handle i tråd med interesser de sluttet opp om, for et problemfellesskap de allerede opplevde seg som del av.

En kan imidlertid vanskelig bruke erfaringene fra pandemien til å argumentere for «sterk styring» av digitaliseringen av helsefeltet. For myndigheter kan lærdommen heller være at en aktivt må forholde seg til rasjonalitetskonflikten i situasjoner der denne «setter scenen», det vil si der den konstruerer

handlingsalternativene for feltets aktører. I slike situasjoner kan feltets aktører slutte opp om kollektivt bindende beslutninger dersom de erfarer rasjonalitetskonflikten som en hindring for digital omstilling, og dersom de anerkjenner beslutningenes funksjon som løsning på kollektive handlingsproblemer.

## Avslutning

Gjennom kapitlet har vi vist eksempler på hvordan innføring av digital teknologi har fått betydning for fellesskapsdannelse i det norske helsefeltet, på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå. Problemstillingen vår har vært «Hvilken betydning har digitale teknologier for hvordan fellesskap dannes, opprettholdes og løses opp i det norske helsefeltet?». I alle analysene har vi benyttet eksempler på dannelsen av fellesskap rundt digital helseteknologi, samtidig som eksemplene også peker på faktorer som virker mot slik fellesskapsdannelse. I denne avsluttende delen skal vi knytte de tre analysene sammen. Spørsmålet er nå om fellesskapene vi har diskutert, kan kalles robuste. I dagligtalen kan robust bety både «sterk» og «motstandsdyktig». I en mer sosiologisk språkdrakt kan vi knytte robusthet både til sosiale systemers problemløsningsevne, herunder inklusjon av individer, fordeling av ressurser og omstillingsevne – og deres evne til å bestå over tid. Fellesskapene vi analyserer, kan være mer eller mindre robuste i seg selv, men de kan også bidra til å gjøre det norske samfunnet mer eller mindre robust.

I første del drøftet vi hvordan innføring av digital teknologi kan gi pasienter og pårørende nye muligheter til å delta i fellesskap for å få hjelp til å mestre egen helse- eller livssituasjon. Slike fellesskap har vi valgt å kalle *mestringsfellesskap*. Samtidig ble det påpekt hvordan digitalisering også kan virke ekskluderende, for eksempel ved manglende digital kompetanse hos potensielle brukere. Et definerende trekk ved digitale mestringsfellesskap er likevel at de både lar flere personer og grupper få *tilgang til* helsehjelp, noe som handler om inklusjon, og at de derfor også kan føre til at flere faktisk får denne type hjelp, noe som handler om funksjon. De digitale mestringsfellesskapene kan dessuten bare bestå dersom samfunnsmedlemmene faktisk bruker dem. De må derfor både være inkluderende og legge til rette for mestring. Det er

et empirisk spørsmål hvorvidt digitale mestringsfellesskap er robuste i den siste betydningen, og om de bidrar etter hensikt eller er levedyktige over tid. Så lenge digitale mestringsfellesskap finnes og blir brukt, kan vi imidlertid betrakte dem som bidrag både til å gjøre helsehjelp tilgjengelig for flere, og til at flere helseutfordringer faktisk blir løst. Det vil si at digitale helsefellesskap kan bidra til både økt inklusjon og problemløsning, og dermed til å gjøre det norske samfunnet til et mer robust fellesskap.

I andre del drøftet vi hvordan innføring av digitale løsninger kan hjelpe gjensidig avhengige aktører å bruke pasientinformasjon som en felles ressurs. Samtidig så vi at innføring av nye digitale løsninger ofte kan støte mot og forrykke balansen i sosiale maktrelasjoner og strukturer, og vi så hvordan dette kan hindre oppslutning om de samme løsningene. Disse løsningene retter seg mot et reelt samhandlingsproblem i helsefeltet, og dette gjør dem interessante. Løsningene retter seg direkte mot aktører med behov for å håndtere sine gjensidige avhengigheter på en bedre måte. Jo mer komplekse helsetjenestene blir, jo mer komplekse gjensidige avhengigheter vil aktørene måtte ta hensyn til. Hvis ikke denne kompleksitetsøkningen balanseres gjennom utvikling av hensiktsmessige måter å samarbeide om bruk av pasientinformasjon på, vil resultatet kunne bli *fragmentering* og svekket evne til å løse problemer. Vi legger til grunn at samhandling er så avgjørende for helsefeltets funksjon at man kan forvente at digitale løsninger for deling av pasientinformasjon over tid vil finne sin form. Som vist i kapitlet, forutsetter dette at aktørene som skal bruke løsningene, sammen lykkes med å finne rettfærdige, effektive og ikke minst sikre måter å bruke dem på.

I tredje del drøftet vi hvordan innføring av digital helseteknologi kan bli omdreingspunkt for såkalte *problemfellesskap* på samfunnsnivå, og at slike problemfellesskap i noen situasjoner kan bli handlingsdyktige. Det siste forutsetter imidlertid en løsning på den kollektive handlingens problem, noe som kan skje på ulike måter. Robusthet kan i denne sammenhengen bety samfunnsfellesskapets evne til både å håndtere den destruktive virkningen av konflikten mellom individuell og kollektiv rasjonalitet, og til å utnytte dens integrerende virkning. I kapitlet har vi vist hvordan nedstengningen av samfunnet i forbindelse med koronapandemien skapte betingelser som løste kollektive handlingsproblemer ved å *ferne* rasjonalitetskonflikten for enkelte av feltets aktører. Utenfor krisetilstand og nedstengning vil rasjonalitetskonflikten imidlertid kunne gjøre seg gjeldende igjen. Robusthet kan da

innebære at samfunnet finner andre måter å håndtere rasjonalitetskonflikten på. I stedet for eksterne «sjokk» har vi pekt på kollektiv makt som en kilde til de begrensningene som trengs for å oppnå kollektiv handlingsdyktighet. Kollektiv makt er politiske beslutninger som får sin legitimitet nettopp fra sin betydning som løsning på konflikten mellom individuell og kollektiv rasjonalitet. Slike beslutninger demper rasjonalitetskonflikten ved å gjøre det kostbart å handle på måter som skader fellesskapet, og lønnsomt å handle på måter som bidrar til felles problemløsning. Robusthet i denne forstand handler om hvordan kollektiv makt kan gjøre etablerte problemfellesskap rundt digital omstilling i helsefeltet handlingsdyktige også uten drahjelp fra globale kriser.

## Referanser

- Berntsen, G. K. R., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrovseth, S. O., Brattland, T. & Rumpfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 682–682. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4397-2>
- Direktoratet for e-helse. (2018). *Utviklingstrekk 2018*. Direktoratet for e-helse.
- Dyb, K. & Warth, L. L. (2018). The Norwegian National Summary Care Record: a qualitative analysis of doctors' use of and trust in shared patient information. *BMC Health Services Research*, 18(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3069-y>
- Hagen, R. (2012). Samfunn som handlingsdyktig fellesskap. I H. E. Næss & K. Dahlgren (Red.), *Tanker om Samfunn*. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2020). *E-konsultasjoner hos fastleger*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/e-konsultasjoner-hos-fastleger>
- Kollock, P. (1998). Social dilemmas: The anatomy of cooperation. *Annual Review of Sociology*, 24, 183–214. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.183>
- Kristiansen, T. T. (2017). Det norske samfunnet som handlingsdyktig fellesskap – Svikt og endring etter 22. juli-terroren [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet]. Tromsø. <https://hdl.handle.net/10037/11799>
- Kristiansen, T. T. (2020). The Sociological Observation of Society as a Whole. *Cybernetics & Human Knowing*, 27(1), 47–64.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Stanford University Press.
- Manskow, U. S. & Kristiansen, T. T. (2021). Challenges Faced by Health Professionals in Obtaining Correct Medication Information in the Absence of a Shared Digital Medication List. 46. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010046>
- Manskow, U. S., Mebust, T. H., Muravez, M. S. & Trondsen, M. V. (2023). Unge som har foreldre med rusproblemer: En brukerundersøkelse om erfaringer med videobasert samtalerapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 20(1), 15–27. <https://doi.org/10.18261/tph.20.1.3>
- Petersen, A., Schermuly, A. & Anderson, A. (2022). «A platform for goodness, not for badness»: The heuristics of hope in patients' evaluations of online health information. *Soc Sci Med*, 306, 115115. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115115>
- Tjora, A. H. (2018). *Hva er fellesskap* (Bd. 63). Universitetsforlaget.
- Trondsen, M. V. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qual Health Res*, 22(2), 174–188. <https://doi.org/10.1177/1049732311420736>
- Trondsen, M. V. (2013). Vi er ikke syke mennesker – vi har bare et behov for å snakke. En kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet]. Tromsø.
- Trondsen, M. V. & Manskow, U. S. (2021). Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 125–137. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-03>

- Trondsen, M. V. & Tjora, A. (2014). Communal Normalization in an Online Self-Help Group for Adolescents With a Mentally Ill Parent. *Qualitative Health Research*, 24(10), 1407–1417. <https://doi.org/10.1177/1049732314547708>
- Trondsen, M. V., Tjora, A., Broom, A. & Scambler, G. (2018). The symbolic affordances of a video-mediated gaze in emergency psychiatry. *Social Science & Medicine*, 197, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.056>
- Vik, E. & Hjelseth, A. (2022). Integrasjon av helsetjenester: åtte teser om samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 63(2), 122–140. <https://doi.org/10.18261/tfs.63.2.3>
- Wherton, J., Greenhalgh, T., Hughes, G. & Shaw, S. E. (2022). The Role of Information Infrastructures in Scaling up Video Consultations During COVID-19: Mixed Methods Case Study Into Opportunity, Disruption, and Exposure. *J Med Internet Res*, 24(11), e42431. <https://doi.org/10.2196/42431>
- Ziebland, S. & Wyke, S. (2012). Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health? *Milbank Q*, 90(2), 219–249. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00662.x>