

Velferdsteknologi – fremtidens helsevesen med eller uten omsorg?

Stine Hauvik og Sofrid Vatne

Stine Hauvik, høyskolelektor, Høgskolen i Molde, stine.hauvik@himolde.no

Sofrid Vatne, professor, Høgskolen i Molde, solfrid.vatne@himolde.no

Abstract

Welfare technology – healthcare in the future with or without care?

In the future, it will be a challenge to maintain today's quality of care. Welfare technology may be a solution to reduce the expected care crisis. The public healthcare system is influenced by New Public Management ideals as "what can we afford? rather than "what are the patients' need". Questions concerning patients' rights and healthcare providers' moral obligation seem to be less important. In the discussion Martinsen criticizes that caring has become a secondary term where patients' have less power. To increase the patient's user involvement, Habermas suggests communicative discourse as a solution to the discrepancy between the public healthcare systems focus on earnings, and the patients' need for care.

Keyword/Nøkkelord

welfare technology; elderly; care; patients' participation; New Public Management; Kari Martinsen; Jürgen Habermas

velferdsteknologi; eldre; omsorg; brukermedvirkning; New Public Management; Kari Martinsen; Jürgen Habermas

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4803>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Utfordringer i fremtidens helsevesen

Å beholde dagens standard for helsehjelp vil være en utfordring i fremtiden. Ikke bare øker andelen personer som har behov for bistand, men også mangelen på personer som kan yte helsehjelp (Nakrem & Spilker, 2014; Gautun & Øien, 2016; Gautun, Øien & Bratt, 2016). Innen 2050 vil dagens behov for personell innen helse- og omsorgstjenestene fordobles (St.meld. 47/2008-2009), og allerede i 2035 forventes det at mangelen på sykepleiere vil nå 28 000 årsverk (Gautun & Øien, 2016). Terskelen for å få tildelt sykehjemsplass øker stadig (Gautun & Hermansen, 2011), som følge av en sterk økning i antall eldre som trenger hjelp, men også på grunn av en pågående reduksjon av antall kommunale sykehjemsplasser (Gabrielsen, 2013). Vi mener det derfor vil være nødvendig med ny tenkning når det gjelder hvordan vi i årene fremover ønsker at samfunnet skal forvaltes for å møte vårt økende behov i helse- og omsorg.

Innenfor helsetjenesten er det overordnede målet å løse problemet med flere hjelpetrengende, mindre hjelpende hender og mindre økonomiske ressurser (Hofmann, 2010). Bare ett år etter «Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St.meld 47/ 2008-2009), så vi tydelig at et av det offentliges satsningsområder var økt fokus på hjemmebaserte tjenester og behandling i hjemmet, i stedet for institusjonsbaserte omsorgstjenester (Brevik, 2010; NOU 11/2011). Vi opplever at vår tids rivende utvikling innenfor teknologi blir sett på som en stor ressurs når man skal løse problemet med økende mengde pasienter i sammenheng med en økende mangel på faglært arbeidskraft i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2012; St.meld. 29/ 2012-2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Målet er at velferdsteknologi skal bidra til å forebygge behov for økte hjemmebaserte tjenester og eventuell innleggelse i institusjon, samt å øke mestring av egenomsorg (NOU 11/2011). Velferdsteknologi blir av Hagen-utvalget definerte som: «Teknologisk assistanse som skal bidra til økt trygghet, sosial deltakelse, mobilitet og kulturell aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne» (NOU 11/2011:99). I tillegg mener Hagen-utvalget at velferdsteknologi skal fungere som støtte til pårørende, bidra til økt tilgjengelighet for brukeren, bedre ressursutnyttelse og god kvalitet på tjenestetilbudet.

I dette essayet reflekterer vi med bakgrunn i forskning og teori, over hvilke utfordringer en ensidig vekt på instrumentelle løsninger som velferdsteknologi, kan medføre for brukere av helsetjenesten.

Bruken av velferdsteknologi – et mål i seg selv?

Det synes å være en vanlig oppfatning at vi kan forme fremtiden gjennom god planlegging, hvor vi gjennom å forberede oss godt kan bestemme hva som skal skje i fremtiden. I vår teknologiske tidsalder ser vi det som naturlig at også

helsesektoren løfter frem velferdsteknologi som en viktig del av løsningen. Ifølge Knarvik et al. (2017) var det allerede i årene mellom 2013 og 2016 registrert over 200 pågående prosjekter i norske kommuner som omhandlet velferdsteknologiske løsninger. Forskjellige typer velferdsteknologiske løsninger lanseres nå fortløpende som et middel for å øke trygghet og skape bedre tjenester for brukere og pårørende. Samtidig poengteres det at velferdsteknologi kan gi en mer effektiv bruk av ressursene i kommunene (Helsedirektoratet, 2019). Flere pilotprosjekt innenfor velferdsteknologi indikerer imidlertid at teknologien, ofte utarbeidet av private aktører, har stort rom for forbedring; særlig innenfor brukervennlighet, men også når det gjelder feilkilder og levetid (Raustøl & Falkenberg, 2014; Nortug, Aasan & Myren, 2015; Dugstad, Nilsen, Gullslett, Eide & Eide, 2015). Vi mener at å vurdere utbyttet av velferds-teknologi kan vise seg å bli moralsk utfordrende, for eksempel hvem har mest nytte av velferdsteknologi? Er det pasienten/ brukeren som trenger bistand, den som yter helsehjelp, pårørende, og det offentlige som skal betale for tjenesten, eller er det den private industrien som selger de teknologiske løsningene som «tjener mest»? Vi argumenterer for at noen velferdsteknologiske løsninger vil gi størst utbytte for den som yter helsehjelp og det offentlige som skal betale, og ikke økt vinning eller verdighet for brukeren som burde være i fokus.

Hvis vi går til offentlig sektor, så finner vi at sektoren i hovedsak har basert seg på instrumentell formålsrasjonalitet, hvor de søker de optimale løsninger og måloppnåelser gjennom rasjonelt å vurdere konsekvenser, heller enn å stole på de spontane prosessene som karakteriseres av samhandling mellom ulike aktører (Amdam & Veggeland, 2011). Dette skjer ofte på et overordnet nivå, og ikke med hjelp av de som er nærmest problemet som skal løses. Amdam og Veggeland (2011) argumenterer også for at instrumentell formålsrasjonalitet fører til egoisme, klientifisering og fragmentering. Dette er et argument som støttes av kritikere av det nye markedsorienterte styringsidealet som ble populært på 1980-tallet: New Public Management (NPM), hvor målet for helsevesenet er et skifte fra for eksempel innbyggernes behov for gode helsetjenester, til lønnsomhet for stat og kommune (Grabowski, 2006; Vetlesen, 2010; Skogsaa, 2011). Vi reiser spørsmålet om helsetjenester skal vurderes ut ifra lønnsomhet eller kvalitet? Med bakgrunn i at formålsrasjonelle handlinger er styrt av resultatorientering, mener vi det er viktig å vurdere hvilke resultater som veier tyngst i omsorgsarbeidet.

Helse- og omsorgstjenester finansieres i hovedsak av såkalte «frie midler», som i korte trekk vil si «penger uten faste rammer for bruk». Kommunen står fritt til å fordele midlene ut ifra egne prioriteringer, så fremt de innfrir de krav de er pålagt i henhold til for eksempel innhold og kvalitet i kommunale helsetjenester (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). I tråd med New Public

Management, og med loven i ryggen, kan politikerne bestemme hvordan offentlige oppgaver skal løses, og de kan benytte seg av både private og eller offentlige aktører, som konkurrerer om ansvaret. Målet er «så gode resultater som mulig, så billig som mulig» (Falleth & Saglie, 2012; Harrington, Olney, Carrillo & Kang, 2012; Skogsaas, 2011; Vetlesen, 2010). Kvaliteten på helsetjenestene kan dermed leveres på et minimumsnivå av hva som lovmessig kreves av kommunen. Menon-rapporten fra 2018 (Theie, Lind, Jenssen & Skogli, 2018) slår fast at hvis Norge skal kunne møte det stadig økende behovet innenfor helse- og omsorgssektoren i årene fremover, må tjenesten bevege seg bort fra tankegangen om at sektoren er en bunnløs utgiftspost eller en salderingspost. Det satses i dag svært lite på investeringer i helse- og omsorgssektoren. Denne trenden må snus, hvis det fremtidige omsorgsbehovet skal bli møtt (Theie et al., 2018).

I Helsedirektoratets andre gevinstrealiseringsrapport (2017) for implementering av velferdsteknologi, synes omsorg å være fraværende: «Budskapet er entydig: Velferdsteknologi gir store gevinster i form av spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte» (Helsedirektoratet, 2017:7). Velferdsteknologiske løsninger skapes i stor grad av private aktører som ikke kjenner helsevesenet, brukernes, pårørendes eller de ansattes behov. De som står for utformingen av tilbudet har ingen relasjon til, eller føler omsorg for de mennesker de skaper de teknologiske løsningene for. Den såkalte «verdighetsgarantien» vedtatt i 2010 stadfester imidlertid retten til å få leve en «verdig, trygg og meningsfull alderdom» i samsvar med sine individuelle behov; vilkårlig om vi bor i hjemmet, i institusjon eller lignende (Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2010).

Omsorg kan forsvinne i fremtidens helsevesen

En grunn til kritikken mot, og skepsisen til velferdsteknologien er at den er ment å erstatte menneskelig hjelp og nærhet i mange tradisjonelle omsorgsoppgaver (Percival & Hanson, 2006; Sparrow & Sparrow, 2006). Hvis teknologien er ment å erstatte menneskelig omsorg og kontakt, vil det være kontroversielt, noe som kan reise spørsmål om hvorvidt teknologien faktisk bidrar til velferd: Det vil si hvorvidt velferdsteknologien er egnet til å sørge for sentrale aspekter ved menneskers velferd (Hofmann, 2010).

Ifølge Martinsen, som fokuserer på omsorgsteori, har samfunnet tillat at effektivitet og produktivitet er blitt de viktigste indikatorer på kvalitet i helsevesenet. Omsorg er blitt et sekundært begrep, hvor pleien av de syke og svake i samfunnet først og fremst måles i penger brukt og penger tjent (Martinsen, 2013). Dette står i sterk kontrast til hva Martinsen (2003a:14) mener er omsorgens fundament: «Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss».

Omsorgens relasjonelle side beskriver en samhandlende situasjon mellom pasient og sykepleier, hvor sykepleier forsøker å sette seg inn i pasientens livsverden, for å forstå pasientens behov og hvordan møte pasientens behov (Martinsen, 2003a). Når det gjelder den velferdsteknologiske storsatsningen vil kontrasten til omsorgsrasjonell tankegang gjøre seg gjeldende dersom for eksempel digitale medisindispensere erstatter brukerens ønske om omsorg i form av tilsyn og menneskelig kontakt (Kiran & Nakrem, 2017). Eldre som mangler et personlig, sosialt nettverk mister sine daglige besøk av hjemmetjenesten, og hjemmetjenesten mister sin mulighet til å daglig observere brukerens helhetlige helsetilstand. Noen vil føle lettelse over å slippe flere besøk enn nødvendig fra hjemmetjenesten, og vil omfavne de velferdsteknologiske løsningene, mens andre ønsker en hverdag hvor det er plass for både teknologi og tradisjonell omsorg, i form av hjemmebesøk (Botsis & Hartvigsen, 2008; Hofmann, 2010).

Martinsen (2013) argumenterer for at utviklingen innenfor helse- og sosialfagene har redusert kroppen til en målbar enhet; hvor man utelukker subjektiviteten til en person, og hvor man er opptatt av de objektive målinger som kan utføres. På denne måten vil kroppen befinne seg i et kontinuum, hvor den stadig «overvåkes» i henhold til hvor frisk, eller hvor syk, man blir målt til å være. Et eksempel på velferdsteknologiske løsninger som kan tilbys hjemmeboende pasienter med kroniske sykdommer i dag, er telemonitorering av vitale tegn ved hjelp av kroppssensorer. Denne måten å kategorisere en person, som enten frisk eller syk, strider imot hvordan pasientrollen oppfattes innfor et omsorgsperspektiv, at mennesket reduseres til tall (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt, 2015).

Vi oppfatter at det i begrepet «omsorgens moralske side» ligger en forståelse av at vi alle er avhengige av hverandre. Vi har et ansvar for de svake blant oss, og solidaritet må etterleves som et grunnprinsipp. Martinsen (2003b) hevder at å yte omsorg for noen handler også om å lære seg å håndtere den makten som gis i situasjonen (Martinsen, 2003b). Så lenge noen er avhengig av andre mennesker ligger det et maktmisforhold i bunnen av relasjonen. Maktmisforholdet kan gjøre seg svært gjeldende innenfor implementering av velferdsteknologiske løsninger: Hvem bestemmer hvilke løsninger som skal tilbys? Er løsningene tilpasset hver enkelt brukers individuelle behov? Hvor stor innvirkning har hver enkelt bruker på sin situasjon? Samtidig er det viktig at tidligere erfaring med teknologi, muligheter for opplæring, hvilket støtteapparat bruker har rundt seg, og brukers ønsker tas i betraktning (Kiran & Nakrem, 2017). Teknologien i seg selv kan bidra til at makten i situasjonen forskyves i brukerens favør i form at økt egenomsorg og mindre behov for bistand, men også gjøre brukeren avhengig av hjelpemidlene, eller føre til mindre mulighet til sosial interaksjon og medmenneskelig omsorg (Hofmann, 2010). På samme måte kan kommunens

prioriteringer av sine frie midler tvinge frem bruken av velferdsteknologi, ved å styre hvilke omsorgstilbud kommunen tilbyr.

Tanken om velferdsteknologi i eldreomsorgen utfordrer «omsorg» som et praktisk begrep, gjennom å bidra til å endre måten sykepleiefaget er ment å skulle utøves i fremtiden. Å tilegne seg, og å vise forståelse for andres behov gjennom praktisk samhandling og felles erfaringer og kunnskap, er fundamentalt for å yte omsorg (Austgard, 2010; Martinsen, 2003a). Omsorgsutøvernes forståelse vil dermed kunne settes på prøve når hele, eller deler, av omsorgsarbeidet skal erstattes av teknologiske løsninger. Forskning har vist at mye av motstanden til velferdsteknologi dreier seg om mangel på forståelse; både i når det gjelder selve utøvelsen, og hvordan man bruker teknologien rent praktisk, men også av manglende erfaringer med bruk (Chou, Chang, Lee, Chou & Mills, 2013; de Veer & Francke, 2010; Hofmann, 2010; Powell, Gunn, Lowe, Sheehan, Griffiths & Clarke, 2010;). Samtidig viser forskning at brukere av brukere av velferdsteknologi for eksempel telemonitoreringstjenester, i større grad føler økt egenkontroll og trygghet i situasjonen (Devik & Hellzen, 2012; Hofmann, 2010), hvis de i utgangspunktet er trygge i bruken av moderne teknologi, som for eksempel datamaskiner og smart telefon. Tidligere forskning viser at innføring av velferdsteknologi i omsorgstjenesten er tosidig, noe vi vil utdype nærmere gjennom forskningsresultater.

Hva har forskning avdekket?

Forskning som har undersøkt ansatte i hjemmetjenesten sine holdninger til informasjons- og kommunikasjonsbasert (IKT) velferdsteknologi har belyst et åpenbart paradoks. Til tross for liten direkte bruk av IKT løsninger, var deltakerne positive med tanke på å skulle bruke løsningene i arbeidet sitt. Hovedparten av deltakerne hadde imidlertid ikke fått tilbud om noen form for kursing eller opplæring i bruken av IKT hjelpemidler (Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2017). Annen forskning peker i retning av at manglende informasjon og erfaring ved bruk av velferdsteknologiske løsninger gir negative forventninger og motstand mot bruken (de Veer & Francke, 2010; Hofmann, 2010; Powell, Gunn, Lowe, Sheehan, Griffiths & Clarke, 2010).

Flere omsorgsutøvere er skeptisk til bruken av velferdsteknologi. Skepsisen handler om hvor nyttig, funksjonell og trygg i bruk teknologien er for både ansatte og pasientene. Hvilken påvirkning kan implementeringen av velferdsteknologi ha på kvaliteten på pleie og omsorg? Det fundamentale for omsorgens praktiske side er å oppnå forståelse, gjennom å søke kunnskap og erfaringer, samt gjennom samhandling (Austgard, 2010; Martinsen, 2003a). Omsorgsutøverens praktiske dimensjon utfordres når deres forståelse settes på prøve. Det vil si når måten man skal yte omsorg på ikke føles forståelig i bruk. I tillegg utfordres omsorgens relasjonelle, moralske sider gjennom bekymring for

de man skal yte omsorg til, både når det gjelder behovet for brukermedvirkning, men også følelsen av ansvar for de svake (Nilsen et al., 2016).

Ansattes positive forventninger når det gjelder bruk av IKT løsninger i hjemmebaserte tjenester kan skyldes ansattes egne positive erfaringer vedrørende bruk av lignende teknologiske løsninger. Mange ansatte i helsevesenet i dag har personlig erfaring med bruk av internett og sosiale medier, som kan bidra til å «ufarliggjøre» tanken på kommunikative løsninger for eldre hjemmeboende brukere. Yngre ansatte var også mer positiv til bruk av IKT enn de eldre ansatte (Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2017).

Forskning har vist at eldre brukere av hjemmebaserte tjenester er bekymret over helsevesenets økte fokus på velferdsteknologi. Særlig ble det uttrykt skepsis til å erstatte ansikt-til-ansikt kommunikasjon (Chou et al., 2013; Mort, Roberts, Pols, Domenech, Moser, 2013) med monitorering, alarmer og kommunikasjon gjennom skjerm, for å kutte kostnader (Mort, Roberts, Pols, Domenech, Moser, 2013).

Mort et al. (2013) mener at velferdsteknologi i seg selv hverken er en måte å spare penger på, eller å løse krisen med flere omsorgsbehov og mindre hjelpende hender. De kritiserer måten det offentlige overfører omsorgsansvaret fra helsevesenet, over på de eldre selv og dere nærmeste. Velferdsteknologiske løsninger krever en høyere grad av involvering og kunnskap av brukeren, samtidig som det ikke løser mange av de grunnleggende behov brukere av hjemmetjenesten kan ha, som for eksempel toalettbesøk og hjelp til måltider.

Er diskurs løsningen?

Mens Martinsen (2013) synes å ha en negativ innstilling til velferdsteknologi i omsorgspraksis, viser forskningen et tosidig bilde. Habermas (1999) setter fokus på at instrumentelle løsninger kan være positive, men det instrumentelle problemet som oppstår, kan løses i en diskurs eller det han kaller kommunikativ handling. Mulighet til å påvirke sin egen situasjon gjennom direkte medvirkning i en diskurs, kan medføre en felles forståelse og dermed løsninger tilpasset brukeren, brukerens nærmeste og omsorgsutøveren.

Habermas mener at problemet som rir det moderne samfunn er at systemverdenen, for eksempel kommune og stat, som er preget av formålsrasjonalitet, penger og byråkratisk makt, har en tendens til å invadere og kolonisere områder av vår livsverden, hvor gjensidig solidaritet og kommunikativ fornuft burde dominere (Eriksen & Weigård, 1999; Norborg, 2010). Innenfor den formålsrasjonelle systemverdenen kan det være vanskelig å argumentere for de myke verdiene i helse- og omsorgssektoren. Det er tall eller hypoteser, tuftet på det objektive og testbare som gjelder. Motstykket er en kommunikativ rasjonalitet som åpner for en åpen, subjektiv og demokratisk dialog med utgangspunkt i etikk

og livsverdenens normer (Eriksen & Weigård, 1999). Det å handle kommunikativt rasjonelt betinger imidlertid at de ulike aktørene ikke ser på hverandre som opponenter, men heller lagspillere som arbeider mot et felles mål.

Anvendelse av dialog og bottom-up perspektivet i en medvirkningskontekst danner hos Habermas grunnlaget for den kommunikative handling, eller diskurs (Eriksen & Weigård, 1999; Habermas, 1999). I en kommunikativ handling er forståelsesrasjonaliteten knyttet til subjekt-subjekt relasjoner mellom individer som er kommuniserende og samhandlende. Det vil si at man går inn i en diskurs om problemet man ønsker å løse, med det formål å oppnå gjensidig forståelse og enighet, slik at man kan koordinere felles handlinger for å oppnå et bestemt mål (Eriksen & Weigård, 1999). I diskursen kan deltakerne bringe inn formålsrasjonelle synspunkt, sammen med omsorgsverdier og emosjoner. På den måten bidrar kommunikasjon til å fremme felleskap, handlingskapasitet og helhetstenkning både i samfunn og hos individer (Amdam & Amdam, 2000; Eriksen & Weigård, 1999). Samtidig kan kommunikativ handling også bidra til å utvikle dialogen mellom en hjelper og en hjelpetrequende gjennom prosessen med å formulere felles mål, samt å beskrive veien mot måloppnåelse. Habermas diskursprinsipp legger til grunn at en norm kun er gyldig med 100 % oppslutning, og at enigheten er nådd gjennom en herredømmefri dialog, hvor det beste argument skal vinne fram, og ikke tvang eller underkastelse (Habermas, 1999).

Helsevesenet har blitt kritisert for å være styrt av eksperter og markedskrefter, samtidig som det ikke har vært tatt hensyn til, eller diskutert, grunnleggende verdier og samfunnsdeltakernes meninger (Habermas, 1987; Harrington, Olney, Carrillo & Kang, 2012). Vi mener at målet bør være at den kommunikative er overordnet det instrumentelle når velferdsteknologi innføres i helsesektoren. Basert på Habermas sin teori om den ideelle samtalesituasjon som er tuftet på maktlikevekt og begrunnelsestvang, kan helsepersonell, brukerorganisasjoner, administratorer og teknologer drøfte seg fram til gode teknologiløsninger for brukerne som ivaretar omsorgsnormer.

I Norge blir brukere i økende grad invitert til å bidra på systemnivå ved utforming av helsetjenester. Brukererfaringer benyttes til å forbedre helsetjenester og bidrar med unik kunnskap og erfaringer fra pasientperspektivet som man ikke får tilgang til ellers (Jamtvedt & Nortvedt, 2015). Vi kan enkelt tenke oss at uten brukermedvirkning i utviklingen av velferdsteknologi, vil teknologien vanskelig kunne svare direkte på brukerens behov).

Habermas (1999) sin teori om kommunikative rasjonalitet handler om solidaritet og kommunikativ samhandling. I helse- og omsorgssammenheng kan vi si at vi snakker om brukermedvirkning og autonomi, hvor personen saken angår, aktivt får delta i beslutninger om eget liv. Støttet av Jamtvedt og Nortvedt (2015:188)

som skriver: «Spørsmålet er ikke om pasienter skal medvirke, det er heller hvilken form en slik medvirkning skal ha og hvordan den skal gjennomføres».

Diskursprinsippet fokuserer ikke på hvilke motiver man har i utgangspunktet, men hvordan man oppnår felles beslutningsgrunnlag, og koordinering av felles handlinger. Normen danner grunnlaget for at de felles beslutninger som tas, uansett er forankret i hver diskursdeltakers moralske- og interesseorienterte meninger. Habermas sine tanker om kommunikative handlinger gjør det dermed mulig å utvide begrepet rasjonalitet fra å fokusere på objektive, tallbaserte saksforhold, til å omfatte både normative verdier for eksempel etiske problemstillinger som reises av pasienter og helsepersonell, i tillegg til ekspressive verdier, eller følelsesmessige oppfatninger, knyttet til pasientens ønsker eller negative opplevelser (Habermas, 1999).

Både begrunnelsestvang og maktlikevekt er eksempler på moralske verdier som verdsettes høyt. Habermas (1999) framsetter diskurs i en likeverdig dialog som hjelpemiddel for å oppnå felles forståelse. I motsetning til Martinsen (2013) framhever Habermas formålsrasjonaliteten som et viktig virkemiddel for å oppnå opplevd framskritt også for brukerne, men at denne møter normative og ekspressive argument i en likeverdig kommunikativ dialog. Dette beskriver imidlertid en idealsituasjon, hvor det kan by på etiske utfordringer at diskursen er tuftet på ulike maktforhold hos deltakerne.

Omsorg, velferdsteknologi og brukervedvirkning

Velferdsstaten Norge har store ambisjoner innen helse, noe den tydelige satsningen på velferdsteknologi viser. Det er likevel viktig å poengtere at bruken av velferdsteknologi må være et hjelpemiddel for å nå målet, ikke målet i seg selv. Vi mener at det overordnede målet for velferdsstatens helsetjeneste bør være å finne en løsning på det økende problemet med flere hjelpetrequende, mindre hjelpende hender og mindre bruk av økonomiske ressurser.

New public management (NPM) som styringsideal gir oss et helsevesen som styres av kroner og øre, mens det å innfri innbyggernes helsemessige behov kommer i andre rekke (Grabowski, 2006; Skogaas, 2011; Vetlesen, 2010). Måten pleie- og omsorg skal utøves på vil derfor styres av «hva vi har råd til?» mer enn «hva trenger pasienten?». Dagens hjelpende hender er utdannet innenfor en helsefaglig tradisjon bygget på grunnleggende omsorgsverdier. Våre omsorgsverdier blir dermed utfordret, når omsorgsutøverne står mellom byråkratiet på den ene siden, og egne omsorgsverdier, solidaritet og moral, på den andre siden (Nortvedt, 2014). Ifølge Eriksen & Weigård (1999) vil det omsorgsmessig være lite strategisk å holde på det skarpe skillet mellom vår opplevde livsverden, og ønsket om kommunikativ rasjonalitet på den ene siden, og en økonomistyrte systemverden med sin formålsrasjonale tankegang på den andre siden.

Med bakgrunn i argumentasjonene ovenfor vil brukermedvirkning være viktig når man skal utvikle velferdsteknologiske løsninger for fremtidens helsetjeneste. Et samarbeid mellom pasienter, ansatte og de som skal designe teknologien er viktig. De ansatte er på sett og vis også brukere av samme velferdsteknologi som pasienten, når de assisterer brukerne av hjemmebaserte tjenester med deres behov. Tilpassede løsninger, trygg teknologi, brukervennlighet er viktige begrep for å bidra til å bryte barrieren mange kan føle på, når det gjelder implementering av velferdsteknologi i sine liv, og sin hverdag (Helsedirektoratet, 2012).

Som en løsning kan man se for seg en gylden middelvei, et kontinuum, hvor man sammen med bruker fortløpende evaluerer behovet for teknologi og omsorg, og at det er ressurser til å møte behovene som hele tiden kan være i endring. Kan opprettelse av brukerråd være en vei å gå for å gi omsorgens normer en stemme, viske ut maktskillet mellom brukere og tilbydere av tjenestene? Pasienter får i en brukerrådssammenheng en viktig rolle som deltaker i likeverdig dialog sammen med både sykepleierne, og for eksempel representanter for tilbyderne av velferdsteknologiske løsninger.

Innenfor velferdsteknologisk implementering kan det virke som om at «veien blir til mens man går», og at både brukere og tilbydere av velferdsteknologiske løsninger utfordres av denne usikre strategien. Forskning etterlyser mer trygghet og løsninger tilpasset de som skal bruke dem i forståelse og samarbeid. Flere eldre og ansatte i helsevesenet er positive til bruken av velferdsteknologi, men som et supplement, ikke som eneste løsning (de Veer & Francke, 2010; Hofmann, 2010; Powell, Gunn, Lowe, Sheehan, Griffiths & Clarke, 2010; Mort et al., 2013; Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2017). Man kan ikke fase ut de varme hendene, og erstatte de med kun kald teknologi, og man kan ikke yte omsorg uten relasjoner og moral. Samtidig som man heller ikke kan fase ut ny teknologi som kan bedre brukerens situasjon. Det overordnede spørsmålet blir derfor: Hva skal veie tyngst innenfor omsorgstjenesten; kroner og øre, eller brukernes medbestemmelse og verdighet?

Litteratur

- Amdam, J. & Amdam, R. (2000) Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Amdam, R. (2010). Empowerment planning in regional development. *European Planning Studies* 18(11):1805-1819
- Amdam, J. & Veggeland, N. (2011). Teorier om samfunnsstyring og planlegging. Oslo: Universitetsforlaget
- Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly* 28(4):288–296.

- Austgard, K. (2010). Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Botsis, T. & Hartvigsen, G. (2008). Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14(4):195-203.
- Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2/2010. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Brunborg, H. (2004). Befolkningen blir eldre. Økonomiske analyser nr 5/2004. s.9-20. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Chou, C., Chang, C., Lee, T., Chou, H. & Mills, M. E. (2013). Technology Acceptance and Quality of life of the Elderly in a Telecare Program. *Computers, Informatics, Nursing* 31(7):335-342.
- de Veer, A. J. & Francke, A. L. (2010). Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 47(7):846-54.
- Den norske legeforening (2001). Når du blir gammel – og ingen vil ha deg... Statusrapport. Hentet 21.04.18 fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/>
- Den norske legeforening (2006). Godt og bli gammel i Norge? Fra ord til handling i eldreomsorgen. Statusrapport. Hentet 21.04.18 fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/Godt-a-bli-gammel-i-Norge/>
- Devik, S. A. & Hellzen, O. (2012). Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre - Hvilke gevinster er oppnådd med velferdsteknologi som kommunikasjonsstøtte for hjemmeboende eldre i kommunehelsetjenesten? - Og hva kan påvirke utbyttet? [Rapport] 79/2012. Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullstlett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester: Opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport. Skriftserien 13/2015. Høgskolen i Buskerud og Vestfold.
- Eriksen, E. O. & Weigård, J. (1999). Kommunikativ handling og deliberativt demokrati: Jürgen Habermans teori om politikk og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget.
- Falleth, E. & Saglie, I. L. (2012) Kommunal arealplanlegging I: Utfordringer for norsk planlegging. red. Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. s. 85-100. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010). Hentet 29.04.18 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor på sykehjem. I: Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. red. Jorun Ramm. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorg under press. Rapport 12/2011. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. & Øien, H. (2016). Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport. Oslo: NOVA.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport 6/2016. Oslo: NOVA.
- Grabowski, D. (2006). The cost-effectiveness of long-term care services: review and synthesis of the most recent evidence. *Medical Care Research and Review* 63(1):3-28
- Habermas, J. (1987). *The theory of Communicative Action*. Boston: Polity Press.
- Habermas, J. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Harrington, C., Olney, B., Carrillo, H. & Kang, T. (2012) Nurse Staffing and Deficiencies in the Largest For-Profit Nursing Home Chains and Chains Owned by Private Equity Companies. *Health Services Research* 1(1):106-128
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). *Velferdsteknologi*. Hentet 22.01.19 på: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Notat. Oslo: Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning* 10(2):188-191
- Kiran, A. H. & Nakrem, S. (2017). *Etiske perspektiver ved bruka av velferdsteknologi. I: Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. red. Nakrem, S. & Sigurjónsson. s. 100-114. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Knarvik U., Rotvold G. H., Bjørvig S. & Bakkevold P. A. (2017). *Kunnskapsoppsummering om velferdsteknologi. Rapport fra 12/2017. Nasjonalt senter for e-helseforskning*.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Hentet 22.01.19 på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2013) *Omsorg, sårbarhet og tid. I: Nødvendige omveier – en vitenskapelig antologi til Kari Martinsen 70-årsdag*. red. Alvsvåg, H.,

- Bergland, Å. og Førland, O. s. 369-375. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Means, R. (2007). Safe as houses? Ageing in place and vulnerable older people in the UK. *Social Policy and Administration* 41(1):65-85
- Mort, M., Roberts, C., Pols J., Domenech M. & Moser, I. (2013). Ethical implications of home telecare for older people: a framework derived from a multisited participative study. *Health Expectations* 18(3):438-449.
- Nakrem, S & Spilker, K. (2014). Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I: *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. red. Haugan, G. & Rannestad, T. s. 242-253. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/s12913-016-1913-5
- Nordtug, B., Aasan, H. M. & Myren, G. E. S. (2015). Implementering av velferdsteknologi. En kvalitativ studie: Hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste? Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge. Rapportserie 1/2015. Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Nortvedt, P. (2014). Er omsorg realistiske? *Sykepleie* 102(5):66-67
- Norborg, R. W. (2010). Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmende arbeid - Mellom politikk og realitet. Rapport 3/2010. Volda: Høgskolen i Volda & Møreforskning.
- NOU 11/2011. Innovasjon i omsorg. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Percival, J. & Hanson, J. (2006). Big brother or brave new world? Telecare and its implications for older people's independence and social inclusion. *Critical Social Policy* 26(1):888-909.
- Powell, J., Gunn, L., Lowe, P., Sheehan, B., Griffiths, F. & Clarke, A. (2010). New networked technologies and carers of people with dementia: an interview study. *Ageing & Society* 30(6):1073-1088.
- Raustøl, T. & Falkenberg, G. (2014). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? [debatt] Hentet 22.04.18 fra: http://kommunal-rapport.no/debatt/hvordan_lykkes_med_velferdsteknologi
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fänge, A. M., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S. & Woolrych, R. (2014). Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. *Social Science & Medicine* 106:1-9
- Skogsås, B. P. (2011) Conflicts and ambivalences: a case study of clinical pathways in Norway. *Journal of Social Work Practice*, 25(3):335-349
- Sparrow, R. & Sparrow, L. (2006). In the hands of machines? The future of aged care. *Minds and Machines* 16(2):141-161.
- St.meld. 47/2008-2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- St.meld. 29/2012-2013. Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Syse, A., Pham, D. Q. & Keilman N. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3:25-36.
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B. & Skogli, E. (2018). Bemanning, kompetanse og kvalitet: Status for kommunal helse- og omsorgstjenestene. Rapport 51/2018. Oslo: Menon Economics
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. Sykepleien 98(3):60-63.
- Wiles, J. L. (2005). Home as a new site of health care consumption. London: Routledge
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of «Aging in Place» to Older People. *The Gerontologist* 52(3):357–366
- Øyen, K. R., Sunde, O. S., Solheim, M., Moricz, S. & Ytrehus, S. (2017). Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and communication technology as a market good within Norwegian welfare services. *Informatics for health & social care*. DOI: 10.1080/17538157.2017.1297814