

Velferdsteknologi i norske hjemmetjenester

En praxeologisk studie om statlige visjoner i møte med markedskrefter og kommunale realiteter

Yngvild Brandser Alvsåker

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
Universitetet i Bergen
2023

UNIVERSITETET I BERGEN



Velferdsteknologi i norske hjemmetjenester

En praxeologisk studie om statlige visjoner i møte med markedskrefter og kommunale realiteter

Yngvild Brandser Alvsåker



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 18.12.2023

© Copyright Yngvild Brandser Alvsåker

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2023

Tittel: Velferdsteknologi i norske hjemmetjenester

Navn: Yngvild Brandser Alvsåker

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

Fagmiljø

Under arbeidet med avhandlingen har jeg vært innskrevet som ph.d.-kandidat ved medisinsk fakultet på Universitetet i Bergen (UiB). På universitetet har jeg vært del av forskningsgruppen Praxeologi ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS). Lederen av forskningsgruppen Praxeologi, professor emerita Karin Anna Petersen, har vært min hovedveileder. Professor Jeanne Helene Boge, professor Frode Fadnes Jacobsen og professor Gudmund Ågotnes, som alle er ansatt ved Høgskulen på Vestlandet (HVL), har vært mine biveiledere. Etter at Karin Anna Petersen ble professor emerita i 2021 har det praxeologiske miljøet blitt videreført gjennom opprettelsen av et nettverk av forskere (PRAX-NET) som anvender human- og samfunnsvitenskapelige perspektiver i empiriske studier av den reproduktive sektor generelt, og pleie-, omsorgs-, medisinske-, og pedagogiske praktikker spesielt. Deltagelse i forskningsgruppen og senere nettverkets månedlige lesegruppe og forskningsseminar har vært svært viktig i arbeidet med avhandlingen.

Obligatoriske forskerkurs ble gjennomført ved det Medisinsk-odontologiske fakultet ved UiB, mens valgfrie kurs ble gjennomført ved Forskerskolen MUNI-HEALTH-CARE under ledelse av professor Marit Kirkevold, samt Institutionen för pedagogik, didaktik och utbildningsstudier ved Uppsala universitet, under ledelse av professor emeritus Donald Broady.

Senter for omsorgsforskning, vest (SOFV) ved HVL har finansiert studien og vært min arbeidsgiver under stipendiatperioden. Som ansatt ved senteret har jeg vært tilknyttet ytterligere to forskningsgrupper: Teknologi, helse og samfunn og Tjenesteforsk – Sammenlignende tjenesteforskning. Senteret ga meg også mulighet til å ta del i et internasjonalt forskningsprosjekt om aldersvennlige samfunn kalt "Imagining Age-Friendly «communities within communities». International Promising Practices" i løpet av stipendiatperioden. Dette engasjementet forlenget doktorgradsløpet noe, men ga meg mange nye interessante perspektiver på aldring og internasjonalt forskningssamarbeid, som jeg ikke ville vært foruten.

Under mitt pliktarbeid har jeg vært tilknyttet Omsorgsteknologilaboratoriet ved HVL (nå E-helsearena, HVL) og fagmiljøet Teknologi i helse og omsorg (THOM), som tidligere var underlagt Senter for omsorgsforskning, vest (HVL). THOM-miljøet er et tverrfaglig fagmiljø med spesielt fokus på samarbeid mellom helse- og ingeniørfagene. Som stipendiat har jeg vært del av et større forskningsprosjekt i regi av THOM-miljøet, SOFV og to samarbeidende kommuner. Prosjektet hadde til hensikt å utforske både tekniske og organisatoriske implikasjoner ved å etablere et lokalt responscenter for velferdsteknologi. Prosjektet ble ledet av professor ved Institutt for datateknologi, elektroteknologi og realfag, Knut Øvsthus. Regionalt forskningsfond Vestland og Høgskulen på Vestlandet finansierte prosjektet.

Takk til

Arbeidet med denne avhandlingen har vært en lang, krevende, men også givende prosess. Det at prosjektet ble så langvarig gjorde at jeg fikk følge mine to case-kommuner over mange år, som følgelig har tilført studien et rikt datamateriale og mange innsikter, som et kortere løp muligens ikke kunne fremskaffet. Tilgangen til feltet og mine informanter ute i kommunene – som velvillig har delt sine opturer og nedturer i arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi i de kommunale hjemmetjenester – har vært helt avgjørende for at denne avhandlingen kunne bli til. Tilliten jeg ble vist åpnet mange dører for meg, både på arenaer i regi av statsapparatet, på etats- og ledelsesnivå i kommunene, i hjemmetjenesteavdelinger, omsorgsboliger, velferdsteknologiske responscenter og helt inn til tjenestemottakernes hjem. Tusen takk til alle ansatte i kommunenes velferdsteknologiske prosjektgrupper og hjemmetjenesteavdelinger, som har delt sin unike kunnskap og erfaringer fra feltet. De ansatte bidro videre til feltilgangen ved å trygge brukerne på å åpne sine hjem for «forskeren». Tilliten jeg ble vist tilførte studien verdifulle brukerperspektiv omkring det å være hjelpetrengende og ha teknologi installert i hjemmet. Det var også lærerikt og interessant å høre om tjenestemottakernes historier fra levd liv. Takk for gjestfrihet, åpenhet, nytrukken kaffe og søtsaker!

Senter for omsorgsforskning, vest har som arbeidsgiver og prosjektfinansiør hatt en sentral rolle i studien. Senteret hadde et godt renommé fra tidligere forskningssamarbeid med ulike norske kommuner, som bidro til at jeg ble vist mye tillitt og fikk en unik feltilgang. Både tidligere daglig leder for senteret Hilde Haaland-Kramer og nåværende leder Janne Bjørheim Bøe har på hver sin måte vært veldig gode ledere og støttet meg gjennom stipendiatperioden etter beste evne. Fagmiljøet ved SOFV har bidratt med nyttige innspill og kollegial støtte gjennom min tid som stipendiat. Både ledelsen og kollegiet for øvrig har vist forståelse, omsorg, vært inkluderende og oppmuntrende fra dag en. Tusen takk til hver og en av dere ved senteret! I tillegg må en særlig takk rettes til HVL for tilpasning av arbeidssituasjonen

underveis og utvidelse av doktorgradsstipendet i studiens avslutningsfase. Teknologi i helse og omsorg (THOM) miljøet ved SOFV/HVL bidro på sin side til å øke min tekniske innsikt og nyansere mitt syn på velferdsteknologiens potensiale, gjennom årenes løp. Takk for gode diskusjoner og faglige innspill fra dere alle under tiden med pliktarbeid ved Omsorgsteknologilaboratoriet. En særlig stor takk må rettes til Liv Jorunn Solstad for støtte, omsorg og mye morro på «laben».

Forskningsgruppen Praxeologi ved Universitetet i Bergen har helt tilbake til mitt masterstudium med tittelen: *Smarte hus, sensorer og teknologistøttet omsorg – en praxeologisk studie om det norske velferdsteknologiområdet* (2015), vært svært viktig for min utvikling som forsker. En ph.d.-grad er først og fremst en forskerutdanning ikke kun gjennomføringen av et prosjekt, har min trofaste veileder professor emerita i sykepleievitenskap Karin Anna Petersen alltid sagt. Tilhørigheten i forskningsgruppen Praxeologi har vært avgjørende for meg, både faglig og sosialt. Det er godt å ha noen fagfeller som strever med å forstå de samme teoriene og støtter hverandre i et felles prosjekt, på tross av til dels ulike tematiske interesseområder. Det å tilhøre en gruppe som arbeider ut fra samme optikk, eller epistemologiske ståsted, leser og drøfter tekster i felleskap og gir faglige innspill på arbeidet, har vært uvurderlig for min dannelsesreise.

Overgangen fra å arbeide praktisk som sykepleier til å bli skolert i en akademisk og kritisk refleksiv tradisjon, har vært en krevende prosess, som har utfordret mine grunnantagelser om en rekke sammenhenger i både helse- og omsorgstjenestene og samfunnet for øvrig. Når man først har tatt de praxeologiske brillene på, har mange av oss erfart at det er svært vanskelig å ta de av igjen. Men jeg vil ikke ta de av. Som forsker ønsker jeg å forstå og forklare sosiale praktikker, ikke kun beskrive verden slik den umiddelbart fremstår for oss. En slik forskerposisjon kan være krevende å stå i og man kan kjenne på motstand og møte kritikk, og man må rett og slett være litt modig for å utfordre etablerte sannheter som tas for gitt. Gjennom mitt lange doktorgradsløp har jeg kjent på både motstand og begeistring i min streben mot å forklare hvordan det

kan ha seg at den studerte sosiale verden ser ut slik som den gjør. Konklusjonen, når jeg nå sitter med min avhandling i hånden, er at det er verdt å stå i noen stormer for å skape ny viten.

Tusen takk til Karin Anna for at du står så stødig i din forskerposisjon. Dette har inspirert alle oss neste generasjons praxeologer til å tro på vårt bidrag som viktig i den øvrige kunnskapsproduksjonen. Din kunnskap og skarpe analytiske blikk har vært utrolig viktig for å bryte med hverdagsforståelsen og etablerte sannheter om forskningsobjektet. Du er dessuten et usedvanlig omsorgsfullt, inkluderende og raust menneske. Ikke minst har du et rikt kontaktnettverk både i Norden og Frankrike som vi har hatt glede av å bli introdusert til. Tusen takk til det øvrige veilederteamet mitt; professor Jeanne Boge, professor Frode Fadnes Jacobsen og professor Gudmund Ågotnes ved Høgskulen på Vestlandet, som hver og en har bidratt på en uvurderlig måte til at jeg nå har kommet i mål. Dere har vært støttende hele veien og aldri vært tvilende til at jeg skulle få prosjektet i havn. Deres støtte har vært avgjørende for meg.

Andre støttespillere som må nevnes med navn er Marianne Giske Holvik, Charlotte Nilsen og Ann-Kristin Nygård. Dere har vært viktige for å bevare troen på prosjektet og holde motivasjonen oppe. Gjennom «shut-up-and-write»-seminarer, Praxeologisk vinforum og studietur til København har side etter side blitt skrevet frem. Sammen har vi også beriket hverandre faglig ved å gi konstruktive tilbakemeldinger på skriftlige utkast. Min tante og professor i statsvitenskap Gry Cathrin Brandser må også nevnes og takkes. Takk for at du ga meg tro på at jeg ville klare å lande prosjektet, både gjennom støttende ord, faglige diskusjoner og tilbakemelding på skriftlig materiale. Tusen takk også til kollega Roar Hansen som beriket min stipendiattid med interessante diskusjoner om velferdsteknologiområdet i Norge. Takk også for at du var «stand-in» for meg i mine case-kommuner da jeg var opptatt med helt andre problemstillinger under min første morspermisjon. Takk også til kollega Arne Bastian Wiik for hjelp med innhenting og tolkning av KOSTRA-data om mine case-kommuner. Mai Camilla Munkejord, Olaug Taklo og Alexander Rafto har på hver sin verdifulle måte bidratt til

å åpne øynene mine for at selvivaretagelse også er viktig for å ha et godt liv og lykkes med de målsettinger man setter seg på livets vei.

Sist, men ikke minst vil jeg rette min dypeste takknemlighet til min kjære familie. Takk til min elskede mann Aksel for at du har vært den bautaen i mitt liv jeg har trengt når det har stormet som verst. Sammen med våre nydelige døtre Klara og Norunn, som begge ble født i løpet av doktorgradsperioden, har vi skapt et hverdagsliv sammen som har bidratt til å ivareta balansen mellom arbeid og hvile. Uten dere hadde det ikke blitt noen doktorgrad! Takk også til mamma og pappa, samt øvrig familie og venner som har støttet opp under familien vår og avlastet oss på ulike vis.

Yngvild Brandser Alvsåker, Bergen 31.08.23

Sammendrag

Denne avhandlingen undersøker hvordan velferdsteknologi – det vil si bruken av ulike former for sensorer og alarmer i hjelpetrengende menneskers hjem – har vokst fram som et helse- og omsorgspolitisk satsningsområde i Norge. Videre søker studien svar på hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi får høy prioritet og mye oppmerksomhet i hjemmetjenestene, og hvilke strukturerende virkninger bruken av teknologi får for pleie- og omsorgsarbeidet i hjemmetjenestefeltet, med to norske kommuner som empiriske case.

Vitenskapsteoretisk er studien forankret i den franske sosiologen Pierre Bourdieus historisk-epistemologiske og praxeologiske tradisjon og gjør bruk av tre ulike forskningsmetodikker: dokumentanalyser, observasjonsstudier og individuelle dybdeintervju. Observasjons- og intervjuundersøkelsene ble gjennomført under feltarbeidet i to norske kommuner, hvor ansatte på ulike nivå av tjenestehierarkiet ble intervjuet og også observert i sitt arbeid. Ved å observere ansatte i utøvende hjemmetjeneste ga studien også tilgang til tjenestemottakernes og deres familiers erfaringer med bruk av forskjellige former for velferdsteknologisk utstyr.

Med utgangspunkt i studiens vitenskapsteoretiske posisjon undersøkte studien velferdsteknologiens historiske opphav i lys av hjemmetjenestefeltets historie, hvor kjønnete maktstrukturer i relasjonen mellom teknologinæringen og pleie- og omsorgssektoren også fremstod som relevant å diskutere. Gjennom studien ble det klart at staten, men også teknologinæringen spilte en sentral rolle i å sette velferdsteknologi på den lokalpolitiske dagsordenen. Analyser av politiske dokumenter fra perioden 1973-2013 og analyser av teknologinæringens markedsføringsstrategier gjennom den samme tidsperioden, dannet grunnlaget for en teori om staten og næringens samvirkende roller på velferdsteknologiområdet.

I lys av Bourdieus (2000/2005) teorier om staten og det økonomiske felt argumenterer studien for at staten virker som en «dobbel sosial konstruksjon» hvor noen sentrale

teser om velferdsteknologi har vokst fram på bakgrunn av kamper i det politisk-byråkratiske felt, og at disse tesene både inkorporeres og reproduseres, men også refortolkes av ansatte i kommunale hjemmetjenester for å kunne fungere operativt i de lokale kontekstene. Videre argumenteres det for at de rådende tesene om velferdsteknologi har blitt understøttet av konkrete virkemidler fra statens side, slik som faglige anbefalinger, finansielle støtteordninger, samt tilpasning av lovverket i retning av økt teknologibruk i hjemmet hos eldre, syke og andre sårbare tjenestemottakere. I teorien om staten som dobbelt sosial konstruksjon betraktes makthaverne i det sosiale rommet som tilhørende i et *produksjonsfelt* hvor noen teser om en sak (*doxa*) gradvis transformeres til en rådende mening om saken, i dette tilfellet synet på bruk av teknologi i kommunale hjemmetjenester. Kommunale hjemmetjenester defineres i den sammenheng som et *konsumpsjonsfelt* hvor staten og næringens teser må refortolkes av lokale helseprofesjonelle praktikere og oversettes til konkrete tjenesteorganiseringer og sosiale praktikker.

Studien argumenterer til sist for at det er en ubalanse i fordelingen av definisjonsmakt mellom agerende i statsbyråkratiet og teknologinæringen (produksjonsfeltet) og lokalpolitiske agenter og kommunale iverksettere (konsumpsjonsfeltet). Studien viser at helsepersonell og tjenestemottakerne i hjemmetjenestene befinner seg i et spenningsforhold mellom statens og næringens idealer på den ene siden og de kommunale realitetene på den andre siden. Studien konkluderer med at misforholdet mellom produksjonsfeltets visjoner og tilgangen på ressurser i de kommunale kontekstene resulterte i belastninger og «sosiale lidelser» for de agerende i utøvende tjenester og tjenestemottakerne. De «sosiale lidelsene» kom særlig til uttrykk når tekniske feil oppstod og resulterte i merarbeid for de ansatte og utrygghet for tjenestemottakerne.

Nøkkelord: velferdsteknologi, hjemmetjenester, hjemmesykepleie, eldreomsorg, Praxeologi, Bourdieu, felt- og praktikkteori, kjønnede maktstrukturer, symbolsk vold, produksjonsfelt og konsumpsjonsfelt.

Abstract

The thesis examines how the use of telecare – defined as the use of a wide range of social alarms and other technical devices in home care recipients' homes – has emerged as a central part of Norwegian health- and care policies, emphasizing the historical background and possible social reasons behind the historical process. Furthermore, the study examines the structuring effects of the use of telecare as a social practice on nursing and care work in the home care field, using two Norwegian municipalities as empirical cases.

Epistemologically, the study is anchored in the French sociologist Pierre Bourdieu's historical-epistemological position and praxeological tradition and makes use of three different research methods: document analysis, observational studies and individual in-depth interviews. The observational studies and interviews were conducted during fieldwork in two Norwegian municipalities, where employees at different levels in the service hierarchy were interviewed and observed while conducting their work. By observing employees in the home care services, the study also provided access to the service recipients' and their families' experiences with the use of different telecare devices.

Based on the study's epistemological position, the study sought answers to the question of the historical origin and development of telecare in the history of home care field, where gendered power structures emerged as another relevant perspective to discuss. It soon became clear that the state, but also the telecare industry, played active roles in placing telecare on the local political agenda. From the analysis of political documents from the time period 1973-2013, as well as the analysis of the industry's marketing strategies throughout this period of time, a theory about the state and the industry's interrelated roles in telecare evolved.

From the vantage point of Bourdieu's (2000/2005) theories about the state and the economic field, the study argues that the state acts as a "double social construction"

where some central theses about telecare have emerged from struggles in the political-bureaucratic field. These theses are both incorporated and reproduced by staff in the municipal home care sector, and they were also reinterpreted in order to fit into the local contexts. The second part of the "double social construction" of the state were found to be related to specific policy measures and initiatives, such as professional guidelines or recommendations, financial support schemes and legislative changes to allow for an increased use of telecare in the homes of elderly, sick or otherwise fragile service recipients.

Bourdieu's theory of the state as a double social construction, highlights that some agents hold powerful positions in the social space and thus belong to a *field of production*. In the field of production certain beliefs or assumptions on a given matter are gradually transformed into governing opinions (*doxa*), in this case, the belief and governing opinions behind the use of telecare in the municipal sector. The municipal sector can on the other hand be regarded as a *field of consumption* where the governing opinions are reinterpreted by local health professionals and translated into concrete organizational structures and social practices.

The study argues that there is an uneven distribution of power between actors in the state bureaucracy and the technology industry (*the production field*) on one hand, and the local political agents and municipal practitioners (*the consumption field*) on the other. The thesis argues that the health professionals and the care recipients were faced with the consequences of the discrepancy between the policy visions and available resources in the municipal contexts and experienced "social suffering". This was particularly the case when the technical devices failed and caused additional workload for the staff and insecurity for the vulnerable care recipients.

Keywords: telecare, homecare services, homecare nursing, older adult care, Praxeology, Bourdieu, field and practice theory, gendered power structures, symbolic violence, field of production, field of consumption.

Innhold

Fagmiljø	I
Takk til	III
Sammendrag	VII
Abstract	IX
Forord	XIV
1. Innledning	1
1.1 Forskningsobjektet og hensikten med studien.....	6
1.2 Kort presentasjon av case-kommunene og feltarbeidet.....	7
1.3 Avhandlingens posisjon i relasjon til den eksisterende forskningslitteraturen på velferdsteknologiområdet	9
1.4 Avhandlingens disposisjon	16
2. Metodologi og teoretisk rammeverk	18
2.1 Studiens vitenskapsteoretiske forankring i Pierre Bourdieus praxeologiske rammeverk.....	18
2.2 Kunst, praktisk teori eller vitenskap?	21
2.3 Å bryte med prekonstruksjoner om forskningsobjektet.....	25
2.4 Teoretiske nøkkelbegreper hos Bourdieu	27
2.4.1 <i>Felt og kapital</i>	28
2.4.2 <i>Habitus og doxa</i>	32
2.4.3 <i>Symbolsk makt og vold</i>	36
2.4.4 <i>Kjønnede maktstrukturer og symbolsk vold</i>	39
2.5 Bourdieus teorier om staten og det økonomiske felt	41
2.5.1 <i>Statens påvirkning av markedskreftene</i>	41
2.5.2 <i>Feltoptiske analyser av husmarkedet og det reproduktive felt</i>	44
2.5.3 <i>Statens rolle i konstruksjonen av et marked og reklamens symbolkraft</i>	46
2.5.4 <i>Neoliberalisme som dominant styringslogikk i vestlige samfunn</i>	49
2.5.5 <i>Kommisjoner og andre statsbyråkratiske praksisformer</i>	51
2.5.6 <i>Å tenke med begrepene produksjons- og konsumpsjonsfelt</i>	55
2.5.7 <i>Bourdieuus teorier om produksjonsfelt og konsumpsjonsfelt i lys av nyinstitusjonell organisasjonsteori</i>	58
2.5.8 <i>Oppsummering om studiens teoretiske rammeverk</i>	61
3. Studiens konstruksjonsarbeid	64
3.1 Bruddet med prekonstruksjoner og byråkratiske termer	66
3.2 En selvobjektivering av forskerens posisjon i det akademiske felt	70
3.3 Feltarbeidet i studiens to case-kommuner: foki, informantutvalg og praktisk gjennomføring.....	79
3.3.1 <i>Tilgangen til feltet og beslutningen om et komparativ design</i>	83
3.3.2 <i>Løye til å gjennomføre studien</i>	87
3.3.3 <i>Informert samtykke</i>	89
3.3.4 <i>Konfidensialitet</i>	92
3.3.5 <i>Forskerrolle</i>	95
3.3.6 <i>Informanter og datamateriale</i>	101
3.4 Arbeidet med datamaterialet fra feltarbeidet	104
3.4.1 <i>Indikatorer på sosial, økonomisk, kulturell og symbolsk kapital i det kommunale ledelses- og iverksettelsesnivået</i>	105
3.4.2 <i>Indikatorer på sosial, økonomisk og kulturell kapital på individnivå som grunnlag for kollektive habituskonstruksjoner</i>	108
3.4.3 <i>Å konstruere frem posisjonene i det sosiale rommet</i>	113
3.5 Historisering av teknologiske overvåkningspraktikker i offentlig regi – hensikt og arbeidsmetodikk	116

3.5.1	<i>Søkeprosess og utvalg av dokumenter</i>	119
3.5.2	<i>Oppbyggingen av og arbeidet med registranten</i>	122
3.5.3	<i>Analyse av høringsuttalelser som uttrykk for kamper i det politisk-byråkratiske felt</i>	128
3.5.4	<i>Analyse av reklameannonser for velferdsteknologi</i>	130
3.6	Avsluttende og retrospektive refleksjoner om studiens design og forskningsprosess	131
4.	Hjemmetjenester som kontekst for velferdsteknologiske overvåkingspraktikker	135
4.1	Pleie- og omsorgsarbeidets historiske utvikling i Norge – fra familieomsorg til offentlig forsørgelse og hjem igjen (ved hjelp av teknologi).....	136
4.1.1	<i>Overgangen fra familier til et offentlig (velferdsstatlig) ansvar for pleie- og omsorg i Norge</i>	136
4.1.2	<i>Hjemmebaserte eller institusjonelle pleie og omsorgstjenester – kamper og utviklingstrekk</i>	142
4.1.3	<i>Kjønnede maktstrukturer i relasjon til (velferds)teknologi og (hjemme)sykepleie</i>	148
4.2	Det velferdsteknologiske markedets genese.....	153
4.2.1	<i>Velferdsteknologimarkedets utbredelse i norsk kontekst i lys av statlige visjoner og kommunale realiteter</i>	157
4.2.2	<i>Responstjenester som tjeneste, kampområde og del av det velferdsteknologiske markedet</i>	162
4.3	Hjemmet som hushold, privat sfære og arena for informasjonsteknologisk overvåking.....	166
4.4	Preliminære antagelser om forskningsobjektet i lys av feltets historie og tilstedeværende maktstrukturer.....	171
5.	Analyse- og drøftingskapittel 1: kamper om teknologisk overvåking i produksjonsfeltet	173
5.1	1970-1979: ideen om informasjonsteknologisk overvåking av hjemmeboende introduseres.....	174
5.1.1	<i>Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 1970-tallet</i>	183
5.2	1980-1989: økonomiske krisetider overskygger teknologiske fremskritt og muligheter.....	185
5.2.1	<i>Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 1980-tallet</i>	192
5.3	1990-1999: tilspissing av kampen mellom teknologioptimistiske og teknologikritiske posisjoner.....	195
5.3.1	<i>Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 1990-tallet</i>	204
5.4	2000-2009: teknologisk innovasjon som premisse for velferdsstatens overlevelse.....	207
5.4.1	<i>Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 2000-tallet</i>	226
5.5	2010-2019: økende teknologioptimisme og mer målrettede statlige virkemidler.....	227
5.5.1	<i>Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 2010-tallet</i>	235
5.5.2	<i>Høringsprosessen i forkant av innovasjonsmeldingen – reell medvirkning eller en konsensuskapende praktikk i det politisk-byråkratiske felt?</i>	237
5.6	Velferdsteknologinæringens markedsføringsstrategier gjennom historien.....	250
5.7	Avsluttende drøftinger om tilstedeværende posisjoner og dominante teser (doxa) i det velferdsteknologiske produksjonsfeltet.....	259
5.7.1	<i>Tilstedeværende posisjoner i produksjonsfeltet og deres makt- og innflytelse omkring doxa</i>	262
6.	Analyse- og drøftningskapittel 2: kamper om doxa og organiseringen av velferdsteknologi som tjenestetilbud i hjemmetjenestene	268
6.1.1	<i>Bakgrunnsdata om studiens case-kommuner</i>	270
6.1.2	<i>Kort presentasjon av nøkkelinformantene på kommunalt prosjektgruppenivå</i>	275
6.1.3	<i>Prosjektgruppens arbeid og samarbeidsrelasjoner</i>	277
6.2	Produksjonsfeltets praksisformer i møte med kommunale realiteter.....	281
6.2.1	<i>Fagarrangementer i regi av produksjonsfeltet: symbolske og praktiske implikasjoner</i>	289

6.2.2	<i>Case-kommunene og prosjektgruppens posisjoneringer til det rådende doxaet i produksjonsfeltet</i>	292
6.2.3	<i>Gevinstrealisering som statlig legitimeringsstrategi og kommunenes posisjoneringer herav</i> 305	
6.2.4	<i>Forståelsen av velferdsteknologi som ressursbesparende – et doxa under press? ...</i> 309	
6.2.5	<i>Innovativ offentlige anskaffelser som statlig styringsform og kommunenes posisjoneringer herav</i> 316	
6.2.6	<i>Oppsummerende drøftelser av case-kommunenes posisjoneringer på det velferdsteknologiske området</i> 324	
6.3	<i>Den lokale anskaffelsesprosessen: møtet mellom produsenter og konsumenter</i>	331
6.3.1	<i>Rommet av konsumenter og deres disposisjoner</i>	332
6.3.2	<i>Prosjektgruppemedarbeiderne i Case-kommune 1 sine posisjoneringer til velferdsteknologi som politisk satsningsområde</i>	343
6.3.3	<i>Prosjektgruppemedarbeiderne i Case-kommune 2 sine posisjoneringer til velferdsteknologi som politisk satsningsområde</i>	351
6.3.4	<i>Teknologioptimisten, pragmatikeren og skeptikeren –homologi mellom posisjon, disposisjon og posisjoneringer</i>	353
6.3.5	<i>Rommet av produsenter og deres disposisjoner</i>	358
6.3.6	<i>Prosjektgruppens krav til teknisk utstyr og tjenester under anskaffelsesprosessen</i>	359
6.3.7	<i>De valgte velferdsteknologifirmaenes plassering i rommet av produsenter</i>	365
6.3.8	<i>Homologien mellom konsumenter og produsenter</i>	371
6.3.9	<i>De observerte firmaenes markedsføringsstrategier i lys av produksjonsfeltets doxa</i> 373	
6.4	<i>Oppsummerende drøftelser om kamper i konsumpsjonsfeltet i relasjon til produksjonsfeltets visjoner om egenomsorg i smarte hus</i>	378
7.	Analyse- og drøftningskapittel 3: Den sosiale lidelsen i diskrepansen mellom produksjonsfeltets visjoner og kommunale realiter	382
7.1	<i>Prosjektledernes kamper og sosiale lidelse</i>	385
7.2	<i>De iverksettende prosjektmedarbeidernes kamper og sosiale lidelse</i>	395
7.2.1	<i>Å være en mellomposisjon mellom to verdener</i>	397
7.2.2	<i>Responscenteret som en materialisering av produksjonsfeltets visjoner og arena for velferdsteknologisk «prosjektmakeri»</i>	404
7.3	<i>Teknologinæringens sosiale lidelse</i>	413
7.4	<i>Hjemmetjenesteavdelingene som sosialt rom</i>	416
7.4.1	<i>Det utøvende helsepersonellets posisjoneringer i lys av deres disposisjoner</i>	419
7.5	<i>Det utøvende helsepersonellet i hjemmetjenestens posisjon og sosiale lidelser</i>	423
7.5.1	<i>Uitenderte varsler</i>	425
7.5.2	<i>Falske varsler og falsk trygghet</i>	427
7.5.3	<i>Avbrytelser i arbeidet som følge av alarmer og velferdsteknologiens høye prioritet i feltet</i> 436	
7.6	<i>Tjenestemottakernes posisjon og sosiale lidelser</i>	440
7.6.1	<i>Hjelpemidler som et forstyrrende element i den private sfære</i>	440
7.6.2	<i>Tjenestemottakerne og deres pårørendes posisjoneringer i lys av deres disposisjoner</i>	443
7.6.3	<i>Trygghetsalarmpraktikken og distinksjonen mellom å være til bry og redselen for å være til bry</i> 452	
7.6.4	<i>Velferdsteknologi som legitimeringsstrategi for hjemmebasert eldreomsorg</i>	454
7.6.5	<i>Oppsummerende drøftelser om teknologibrukernes sosiale lidelser</i>	458
8.	Avslutningsvise teoretiske drøftelser	460
8.1	<i>Velferdsteknologi som politisk satsningsområde og teknologisk overvåking som sosial praktikk</i> 461	
8.2	<i>Velferdsteknologiens strukturerende virkninger i norske kommunale hjemmetjenester</i>	468
	Litteratur	472
	Vedlegg	496

Forord

Denne avhandlingen utforsker bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten med bruk av den franske sosiologen Pierre Bourdieus praxeologiske analyseoptikk. Et slikt vitenskapelig ståsted innebærer et ønske om å forstå og forklare den sosiale verden, utover slik den umiddelbart fremstår for oss. Ved hjelp av empiriske studier og teoretiske analyseverktøy kan forskeren gradvis konstruere frem en teori om den sosiale verden som studeres.

Jeg startet min masterutdanning i sykepleievitenskap i 2013 etter å ha arbeidet noen år som sykepleier både på sykehjem, i hjemmetjenesten og på sykehus. På masterstudiet hadde vi undervisning om velferdsteknologi, der dette temaet umiddelbart vekket noe i meg. Jeg reagerte med en skepsis og inntok et kritisk blikk på tematikken fra første stund. Jeg ble opptatt av etiske implikasjoner av teknologibruk, personvern og overvåkingsproblematikk, samt teknologiens mulig fremmedgjørende implikasjoner.

Bourdieu mente at vitenskapen ikke ble drevet av god vilje, men med en lidenskap for å bringe frem verdens urettferdigheter og dominansforhold, hvorpå han uttalte at *«for å arbeide [vitenskapelig], skal man være rasende. Og for å styre sitt raseri, skal man arbeide»* (Bourdieu, 2002, referert til i Prieur, 2002, s. 115). Det er med et visst raseri, eller i alle fall undring, at jeg bestemte meg for å studere teknologibruk i hjemmetjenesten i min master – og nå doktorgradsavhandling – med henblikk på å forstå og forklare hvilke drivkrefter som ligger bak fremveksten av denne sosiale praktikken. Det praxeologiske forskningsmiljøet har gitt meg verktøyene til å utforske temaet på en kritisk refleksiv måte. Ikke kritisk som i negativ eller kritiserende, men kritisk i en akademisk mening og i form av å søke forståelse og forklaringer på grunnleggende spørsmål slik som: hvordan det kan ha seg at akkurat bruk av teknologi i hjelpetrengendes hjem forstås som en sentral løsning på fremtidens omsorgsutfordringer?

Våren 2015 ble det utlyst en stipendiatstilling ved Senter for omsorgsforskning, vest som virket spennende og relevant for meg, ettersom jeg hadde arbeidet med temaet velferdsteknologi i hjemmetjenestene i min masterstudie og fortsatt hadde et iboende vitenskapelig raseri. Jeg hadde ikke fått svar på all min undring og hadde en driv til å fremskaffe en dypere innsikt omkring mine spørsmål. Jeg undret meg over hvordan teknologibruk virket inn på pleie- og omsorgspraktikker i hjemmetjenestene, hvordan ansatte, brukere og deres pårørende posisjonerte seg til saken og jeg var nysgjerrig på hvordan en lokal organisering av et responscenter ville fungere i praksis.

Min interesse for de organisatoriske aspektene ved innføring av ny teknologi dannet et godt grunnlag for å ta del i prosjektet, da arbeidspakken jeg søkte meg inn på hadde en samfunnsvitenskapelig- og helsefaglig profil, med fokus på organisasjonsendringer relatert til etableringen av et lokalt responscenter for velferdsteknologi i en norsk kommune. Fokuset på organisasjonsendringer og implikasjoner på kommunalt plan samsvarte også godt med den samfunnsvitenskapelige skoleringen jeg hadde fått i løpet av min masterutdannelse. Jeg fikk relativt frie tøyler av prosjektledelsen til å utforme prosjektet i tråd med min kompetanse og interesser. Den tekniske delen av prosjektet ble ivaretatt av en postdoc innen ingeniørfag, som blant annet utforsket bruk av mobil IoT-teknologi i boligen, systemintegrasjon, alarmkoding, teknisk robusthet og reliabilitet, samt koblingen av data fra velferdsteknologi til elektronisk pasientjournal (EPJ). I tillegg til å generere forskningsbasert kunnskap var prosjektet også et innovasjons- og fagutviklingsprosjekt på lokalt plan, der både teknologileverandører, to kommuner og ansatte ved ingeniør- og helsefag samarbeidet om å finne de beste løsningene i praksis omkring det lokale responscenteret. Studien fikk etter hvert en komparativ dimensjon, der en kommune som hadde valgt en ekstern kommersiell leverandør av responscenter, ble inkludert som en av mine case-kommuner.

Selv om arbeidet med avhandlingen har vært en lang og strevsom prosess, har jeg aldri mistet interessen for studiens tematikk: bruk av velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenester. Jeg har fått fordype meg enda mer i et tema som interesserer meg og

møtt mange engasjerte fagfolk som virkelig brenner for å skape gode teknologiske løsninger for tjenestemottakerne. Både fagkompetansen og «stå-på-viljen» ute i kommunene har aldri sluttet å imponere meg! Som forsker har jeg holdt meg i bakgrunnen og vært tydelig på at tekniske anvisninger for praksis ikke var hensikten med min studie. Jeg har derimot gjennom observatørrollen forsøkt å danne meg et overblikk over flere sammenhenger på det velferdsteknologiske området i Norge som virker inn på praksisfeltet. Jeg har beskrevet verden slik den fremstår for det blotte øye, mens mine teoretiske analyser har hatt til hensikt å forstå og forklare hvorfor verden ser ut slik som den gjør. Ved å stille noen helt grunnleggende spørsmål til det som tas for gitt av de innvidde i hjemmetjenestefeltet og samfunnet for øvrig, har noen nye måter å betrakte teknologistøttet pleie- og omsorgsarbeid på blitt analysert frem. Avhandlingen tilbyr ingen direkte anvisninger for praksis, men ved å innta et «fugleperspektiv» på praksisfeltet, er håpet at avhandlingen kan åpne øynene opp for noen sammenhenger som ellers ville vært vanskelig å få øye på. Jeg håper også at avhandlingen min bidrar med nye perspektiver og kunnskap som vekker interesse og inspirasjon hos leseren.

1. Innledning

Denne avhandlingen søker med en praxeologisk¹ optikk svar på hvordan det kan ha seg at velferdsteknologier – slik som trygghetsalarmer og ulike former for sensorer i boligen – i økende grad har vokst frem som et politisk satsningsområde i Norge og sammenlignbare vestlige kontekster (Berridge, Furseth, Cuthbertson & Demello, 2014; Thygesen, 2019; Tøndel & Seibt, 2019). Videre søker avhandlingen svar på hvilke strukturerende virkninger bruk av velferdsteknologi som sosial praktikk får for pleie- og omsorgsarbeidet i hjemmetjenestefeltet, med to norske kommuner som empiriske eksempler.

Å arbeide praxeologisk, eller refleksivt sosiologisk, handler om å innta en kritisk distanse til hverdagsforståelsen eller den herskende mening om saken (doxa), slik den eksempelvis fremstilles i praktikernes dagligtale, i mediene eller politiske dokumenter (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 180-181; Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 217-221). For å bryte med prekonstruksjoner og det som tas for gitt omkring ens forskningsobjekt må forskningsobjektets sosialhistorie og oppkomstvilkår skrives frem (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 220). Helt tilbake til min masterstudie om det norske velferdsteknologiområdet (Brandser, 2015), har jeg arbeidet med å bryte med rådende prekonstruksjoner om velferdsteknologi som sosial praktikk ved hjelp av historisering og gransking av sentrale politiske dokumenter, samt feltarbeider i kommunale hjemmetjenestekontekster. Jeg har til nå argumentert for at staten har inntatt en særlig aktiv rolle i å fremme velferdsteknologi som sosial praktikk i hjemmetjenestefeltet – både som ledd av en overordnet politisk målsetting om en hjemmebasert helse- og

¹ Praxeologi som vitenskapsteoretisk ståsted er forankret i den franske sosiologen Pierre Bourdieus historiske-epistemologi, som omtales som refleksiv sosiologi hos Bourdieu (Bourdieu, 1973/2019; Bourdieu & Wacquant, 1996). Forskningsgruppen ved Universitetet i Bergen (UiB), som jeg har vært en del av siden jeg skrev min masteroppgave i perioden 2013-2015, valgte å ta navnet *Praxeologi* ettersom miljøet i stor grad har latt seg inspirere av Pierre Bourdieus teoriunivers og det å arbeide kritisk refleksivt (Praxeologi, 2021).

omsorgstjeneste – men også som følge av næringspolitiske visjoner (Alvsåker & Ågotnes, 2022).

Felles for de politiske føringene fra både nasjonal og internasjonal kontekst er at bruk av velferdsteknologi legitimeres som følge av å posisjoneres som en sentral del av løsningen på «fremtidens omsorgsutfordringer». Fremtidens omsorgsutfordringer relateres til demografiske endringer der et misforhold mellom en økende andel hjelpetrengende (særlig eldre) og færre arbeidstakere («hender») i helsevesenet problematiseres fra myndighetshold (Berridge et al., 2014; Bygstad & Lanestedt, 2017; Lynch, 2015; Lynch, Glasby & Robinson, 2019; Mort, Roberts & Callén, 2013; Tøndel & Seibt, 2019). I norsk kontekst peker for eksempel beregninger gjort av Statistisk sentralbyrå (2020) på at antallet mennesker i alderen 70 år og eldre vil doble seg innen 2060, og at aldersgruppen over 80 år vil øke enda mer. Samtidig viser statistiske beregninger at en økning av yngre hjelpetrengende under 67 år også er i vente, som følge av en økende andel kronisk syke i samfunnet, parallelt med en gradvis omorganisering av helsevesenet der stadig mer ansvar på helse- og sosialområdet har blitt overført til kommunene (K. Christensen & Wærness, 2018; Jacobsen & Mekki, 2012; Otnes, 2015).

I dette omsorgs- og næringspolitiske landskapet har velferdsteknologi særlig siste par tiår blitt beskrevet som noe nytt, banebrytende og innovativt, som skal sikre velferdsstatens overlevelse (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013; NHO & SPEKTER, 2019; NOU 2011:11), men tar man et historisk tilbakeblikk vil man oppdage at man i Norge og sammenlignbare land har brukt ulike former for varslings- og alarmteknologier til å følge opp hjelpetrengende fra avstand, over en relativt lang historisk periode (Fisk, 2003; Thygesen, 2019). Fra midten av 2000-tallet har det for eksempel blitt talt om avansert «smarthusteknologi» eller «omsorgsteknologi» (bruk av flere sensorer koblet til trykghetsalarmen) i boligen (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; Teknologirådet, 2009). Denne «nye» teknologien som dreier seg om å ta i bruk såkalte annen- og tredjegerasjons passive sensorer, skilte seg ifølge myndighetene

og næringen fra såkalte førstegenerasjons varslings- og alarmteknologier (ringesnor, trygghetsalarm ol.) ved at utstyret ikke krever en alarmaktivering fra brukeren (Helsedirektoratet, 2012, s. 33). Man så herav for seg at brukere som ikke var i stand til å selv aktivere trygghetsalarmen (særlig eldre med demens) likevel kunne nyttiggjøre seg av teknologi for å kunne bli boende lengre hjemme (Bowes, 2006; 2013; Thygesen, 2011). Det som imidlertid skiller dagens politiske satsning på velferdsteknologi fra fortidens visjoner, er at det i dag arbeides mer målrettet og strategisk fra myndighetshold med bruk av flere ulike politiske virkemidler for å realisere politikken til konkrete praktikker og tjenesteorganiseringer i hjemmetjenestene (Kleiven, 2017; Thygesen, 2019). Det har også skjedd en dreining fra et fokus på hjelpemidler til funksjonshemmede til et mer dominerende fokus på velferdsteknologier for en aldrende befolkning (Thygesen, 2019, s. 33-34). Det var særlig etter den norske offentlige utredningen *Innovasjon i omsorg* fra 2011, og det politiske vedtaket om et Nasjonalt program for velferdsteknologi (NVP) i St. Melding 29 *Morgendagens omsorg* fra 2013, at det oppstod et markant brudd i måten velferdsteknologi nå ble omtalt av staten og markedsført av næringen. Statens villede politikk og mer strategiske virkemidler på velferdsteknologiområdet i denne perioden førte også til at kommunene ble «tvunget» til å arbeide mer systematisk med velferdsteknologiske nyvinninger, særlig inspirert av internasjonale «telecare-satsninger» (Thygesen, 2019, s. 36-37; Tøndel & Søraa, 2021).

På veien mot å realisere de politiske målsettingene om hjemmebasert pleie og omsorg (ved hjelp av teknologi) har det til enhver tid pågått kamper i det politisk-byråkratiske felt, innen teknologinæringen og innad i hjemmetjenestefeltet som praksis. I den sammenheng har jeg i min masteroppgave og senere akademiske arbeider på ph.d.-nivå vist og argumentert for at kampens kjerne har forskjøvet seg fra et spørsmål om velferdsteknologi bør være en del av hjemmetjenestens tjenestetilbud, til et spørsmål om *hvordan* denne målsettingen best mulig kan realiseres (Alvsåker & Ågotnes, 2022; Brandser, 2015).

I denne avhandlingens empiriske studier som blant annet bestod av feltarbeider i to norske kommunale hjemmetjenesteavdelinger, ble velferdsteknologiske prosjektmedarbeidere og ulike former for iverksettere som arbeidet med det overnevnte *hvordan*-spørsmålet observert. Dette spørsmålet eller iverksettende fokuset dreide seg om hvordan tjenestene best mulig kunne omorganiseres og «rigges» for økt bruk av velferdsteknologiske sensorer og alarmer, der hvordan man kunne løse responsen på varslene som utstyret til enhver tid genererte følgelig var et av de praktiske problemene som måtte løses. Studiens iverksettere ble også tvunget til å samarbeide tett med kommersielle teknologileverandører som både leverte sensorer og alarmer, men også IKT-systemer og responstjenester. Velferdsteknologiområdet i Norge som sosialt rom består i så måte også av et kommersielt marked der ulike teknologileverandører forsøker å utvikle teknologier som treffer en etterspørsel i kommunene, mens kommunene på sin side arbeider med å imøtekomme de statlige skisserte ressursutfordringene og løsningsforslagene for helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse & KS, 2021, s. 51).

Bourdieu's (2000/2005) teorier om det økonomiske felt og staten (redegjøres for i underkapittel 2.5) rettet blikket mitt mot statens rolle i å fremme det velferdsteknologiske markedet og teknologiske overvåkingspraktikker i Norge, der teknologinæringens posisjonerings i feltet også syntes å være relevant å medtenke. For eksempel var doktorgradsstudiet i utgangspunktet del av et treparts innovasjonsprosjekt der to kommuner, en høyskole og tre teknologileverandører samarbeidet om å teste ut nytt teknologisk utstyr og responstjenester i to kommunale hjemmetjenestekontekster. Innovasjonsprosjektet (2015-2018) hadde som målsetting å evaluere tekniske² og organisatoriske³ implikasjoner ved bruk av velferdsteknologiske sensorer utover den ordinære trykghetsalarmen. Et fokus på responstjenester var relatert til teser i forskningslitteraturen om at økt bruk av varslings- og alarmteknologier kunne medføre en økning i både den tekniske og organisatoriske

² En postdoc med ingeniørfaglig bakgrunn hadde fått dette oppdraget av høyskolen.

³ Doktorgradsprosjektet som denne avhandlingen er et resultat av.

kompleksiteten, deriblant andelen alarmer og varsler fra utstyret (Farshchian, Vilarinho & Mikalsen, 2017; Fensli, Vatnøy, Svagård & Boysen, 2016b; Roberts, Mort & Milligan, 2012). Det var fra trepartssamarbeidets (høyskole-kommune-teknologileverandør) ståsted også av interesse å undersøke om en lokal forankring av hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden, inklusive responstjenester kunne innebære noen fordeler.

Et fokus på ulike måter å organisere respons på alarmer og varsler som tema hadde følgelig blitt utpekt av både den lokale høyskolen (arbeidsgiver/studiens finansør) – men også i samarbeid med studiens første case-kommune og noen samarbeidende teknologileverandører – som en relevant tematikk å studere nærmere. Foruten å være et tema med såkalte «kunnskapshull», var temaet også politisk aktuelt. Sentrale myndigheter på området hadde for eksempel posisjonert responstjenester for velferdsteknologi som et område med behov for både mer erfarings- og forskningsbasert kunnskap (Helsedirektoratet, 2016, s. 11-36). Temaet var i så måte også utpekt av staten. Ved å innta en praxeologisk posisjon inntar avhandlingen imidlertid en akademisk begrunnet kritisk distanse til staten (og det økonomiske felts) visjoner og problemforståelser, ved hjelp av empirisk-teoretiske analyser av statens rolle i å legitimere praktikken og teknologimarkedet, på både et symbolsk og praktisk plan.

Forholdet mellom staten, det kommunale forvaltningsnivået og næringen vokste derav gradvis frem som et sentralt omdreiningspunkt for studien. I den sammenheng søker studien både svar på hvordan velferdsteknologi som politisk målsetting og kommersielt produkt oppstod og videre hvordan bruk av velferdsteknologi strukturerer praktikkene i hjemmetjenesten. Studien undersøker hvilke kamper og spenninger som utspilte seg i overgangen fra statlige ideer, visjoner og målsettinger om velferdsteknologi på den ene siden, og opptaket og reforhandlingene av disse ideene på praktikernes plan (både blant kommunalt ansatte og teknologinæringen) på den andre siden – som i siste instans munnet ut i de observerte praktikker og tjenesteorganiseringer i kommunene.

1.1 Forskningsobjektet og hensikten med studien

Forskningsspørsmålene ble utformet i tråd med en praxeologisk vitenskapstradisjon der det er vanlig å stille tre grunnleggende spørsmål til praktikken som studeres. Hvordan kan det ha seg at praktikken oppstod, hvor kommer praktikken fra historisk og sosialt, og til sist hvordan virker praktikken strukturerende på det feltet den inngår i (Petersen & Callewaert, 2013; Petersen & Høyen, 2021). Hensikten med å stille slike grunnleggende spørsmål om hvordan det kan ha seg at bruk av ulike former for velferdsteknologisk utstyr gradvis har vokst frem som et politisk satsningsområde i norske hjemmetjenester, og hvordan denne satsningen virker inn på de ansattes arbeid (praktikker) og tjenestemottakernes hverdagsliv – er følgelig relatert til studiens historisk-epistemologiske ståsted og målsettinger om å bryte med herskende meninger og grunnantagelser som råder i både det politisk-byråkratiske felt og i praktikernes hverdagstale – der teknologi ubestridt fremstilles som en sentral del av løsningene på «fremtidens omsorgsutfordringer».

Videre er man i en praxeologisk vitenskapstradisjon opptatt av hvilke implikasjoner den praktikken man studerer har i det aktuelle feltet man studerer og de øvrige praktikker teknologien inngår i. Ved å studere velferdsteknologi som en sosial praktikk i et felt, er man også opptatt av å undersøke hvilke agenter som er engasjert i saken og om praktikken er en akseptert og integrert del av feltet, eller om det foregår kamper i feltet om saken. Tilstedeværende kamper og spenninger forsøkes videre å forklares ut ifra feltets struktur, dvs. relasjonelle makt- og dominansforhold som foreligger i den aktuelle konteksten (Bourdieu, 1980/2007; Bourdieu & Wacquant, 1996). Hensikten med studien er følgelig å beskrive med henblikk på å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi som en sosial praktikk oppstod og hvordan denne praktikken strukturerer hjemmetjenestefeltet og de involverte agenter praktikker, og mer overordnet deres sosiale posisjon i feltet og samfunnet for øvrig.

Studiens overordnede forskningsspørsmål lyder herav som følger:

1. Hvordan kan det ha seg at velferdsteknologisk overvåking av eldre og andre hjelpetrequende mennesker oppstår som et politisk satsningsområde og sosial praksis i Norge?
2. Hvor kommer velferdsteknologisk overvåking av eldre og andre hjelpetrequende mennesker som sosial praksis fra historisk (genese)?
3. Hvordan virker velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praksis strukturerende på helsepersonell, tjenestemottakere og deres pårørende, og hvordan kan det ha seg at denne sosiale praksisen får så stort fokus og prioritet i hjemmetjenestene?

1.2 Kort presentasjon av case-kommunene og feltarbeidet

Feltarbeidet i de to case-kommunene undersøkte i korte trekk hvordan ulike involverte agenter⁴ i en kommunal velferdsteknologisatsning, slik som kommunale fagpersoner og prosjektgrupped medarbeidere (iverksettere), ledere fra både teknisk og helsefaglig hold, samt representanter fra teknologinæringen og sluttbrukerne av utstyret posisjonerte seg til velferdsteknologi i lys av deres disposisjoner og posisjon i feltet. Videre fokuserte feltarbeidet på hvordan det ble arbeidet og hvilke nye praktikker som oppstod på veien mot å «rigge» tjenestene for økende bruk av velferdsteknologiske sensorer og alarmer i hjemmetjenestemottakernes hjem – deriblant gjennom innkjøp av nytt digitalt utstyr, tilpasninger av utstyret og organisering av responstjenester. Hvordan velferdsteknologi som del av kommunens pleie- og omsorgstilbud til eldre og

⁴ Bourdieu brukte konsekvent begrepet agent (latin= å agere) om de agerende innenfor en posisjon i et felt, som i enkelte utgivelser har blitt oversatt til begrepet aktør. Aktørbegrepet henspiller i større grad på at mennesket er et fristilt subjekt som bevisst og av noen bestemte motivasjoner i likhet med en skuespiller inntar en bestemt rolle i en gitt kontekst for å oppnå noe. Agentbegrepet rommer i så måte både en epistemologisk og ontologisk forståelsesramme som også medtenker at mennesket er del av en kontekst med en bestemt historie som disponerer for å handle på visse måter i ulike situasjoner. Det som har vist seg utfordrende med å ta i bruk agentbegrepet på de skandinaviske språkene handler om assosiasjonene dette ordet har til en representant som ofte er utenfor den aktuelle kontekst man studerer, slik som en spion eller selger (forord av Bjørn Kvalvik i Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 12).

andre hjelpetrengende strukturerte de øvrige pleie og omsorgspraktikkene i hjemmetjenestene, de ansattes arbeidshverdag og brukernes hverdagsliv var som nevnt også sentrale spørsmål. Feltarbeidet beveget seg på tvers av ulike sosiale rom eller felter, hvor ansatte på ulike nivå av tjenesten ble fulgt.

Studiens case-kommuner hadde pågående velferdsteknologiprosjekter og arbeidet med å anskaffe nytt velferdsteknologisk utstyr og responstjenesteløsninger. Første møte med studiens case-kommuner fant sted høsten 2015, mens feltarbeidet formelt startet opp i 2016 og bestod av to delstudier. Den første delstudien fokuserte på prosjektgruppeansatte på et byråkratisk-administrativt ledelses- eller iverksettelsesnivå i de to kommunene, og hvilke praktikker som oppstod som følge av at velferdsteknologi hadde vokst frem som et nasjonalt- og lokalpolitisk satsningsområde. Prosjektgruppemedarbeiderne som hadde helsefaglig bakgrunn samarbeidet tverrfaglig med ansatte fra både kommunal forvaltning, innkjøpsavdeling og IKT-avdeling, samt teknologinæringen og representanter fra akademia (ingeniører fra høyskolen).

Prosjektgruppen i Case-kommune 1 hadde foruten administrative og organisatoriske arbeidsoppgaver også ansvar for mer tjenesterettet drift relatert til velferdsteknologi, slik som kartlegging av brukerbehov, tilpasning og montering av utstyret (også i samarbeid med montør), samt alarmrespondering på et lokalt responscenter. Prosjektgruppene i begge kommuner hadde også ansvar for at velferdsteknologi som tjeneste var lovlige og forsvarlige, dvs. etter forskrifter og overordnede instruksjoner fra kommunal administrasjon, samt statlige føringer og krav. Begge case-kommunenes prosjektgruppemedarbeidere hadde i tillegg ansvar for utadrettet informasjonsarbeid mot utøvende helsepersonell, tjenestemottakere og øvrige deler av lokalbefolkningen (såkalt «forankring» av prosjektet), samt dialog med ansvarlige myndigheter på området og teknologileverandører. Den første delstudien fokuserte også på hvilke sosiale forhold som lå bak valgte organiseringsmodeller, valg av teknologisk utstyr og leverandører.

Den andre delstudien foregikk i utøvende hjemmetjeneste i form av observasjoner av utøvende helsepersonell i deres arbeid hjemme hos tjenestemottakere, samt inne på omsorgsboligkomplekser som var underlagt hjemmetjenestens ansvar. Helsepersonell ble fulgt på både dag-, kvelds-, og nattskift i ulike avdelinger av de to case-kommunens hjemmetjenesteavdelinger. Delstudie to fokuserte i korte trekk på hvordan de kommunale iverksetternes valg av teknologisk utstyr, organisering av den velferdsteknologiske tjenestekjeden og de omorganiseringene som skjedde som følge av velferdsteknologiprojektet, virket på ulike nivå av de kommunale hjemmetjenestene. Utøvende helsepersonell, samt tjenestemottakere med deres pårørende utgjorde følgelig denne delstudiens primære informantgrupper, der både formelle forskningsintervju og mer uformelle samtaler var anvendte teknikker for å få tak i hva som stod på spill på dette nivået av tjenestehierarkiet.

1.3 Avhandlingens posisjon i relasjon til den eksisterende forskningslitteraturen på velferdsteknologiområdet

Kunnskapsproduksjonen på velferdsteknologiområdet – om man tar hele den internasjonale forskningslitteraturen i betraktning – fremstår som relativt omfattende (Lynch, 2015). Majoriteten av den internasjonale forskningslitteraturen (særsilt innen helsefag) legger imidlertid det rådende politiske narrativ⁵ om velferdsteknologi (telecare) som premiss i utarbeidelsen av forskningsspørsmål og studiedesign, der mye av litteraturen følgelig evaluerer kvalitative og økonomiske effekter ved bruk av velferdsteknologi, samt tjenestemottakere og ansattes erfaringer med teknologien og hva eventuelle barrierer for implementeringen relaterer seg til (*hvordan*-spørsmål). Noen studier fokuserer også på organisasjons- og praksisendringer i helse- og omsorgstjenestene, etiske dilemma og personvern hensyn som følge av teknologibruk,

⁵ I en bourdieusk feltoptikk vil begrepet doxa fremfor narrativ være å foretrekke. Doxa-begrepet handler om hva den herskende mening om saken i et bestemt felt er, som videre er blitt naturalisert, inkorporert og ingen stiller spørsmål ved lenger (Bourdieu, 1977, s. 165-167).

mens kun et mindretall stiller kritisk-teoretiske spørsmål til selve premisset bak den omfattende politiske satsningen på velferdsteknologi (Lynch, 2015, s. 54-56).

Grovt skissert kan forskningen på velferdsteknologi i norsk, så vel som internasjonal kontekst, inndeles i en «policy-tro» fløy som mer eller mindre har inkorporert de statlige helse- og omsorgspolitiske føringer som til dels ubestridte sannheter, og følgelig representerer en kunnskapstradisjon tiltenkt bruk *i* og *for* praksis, om vi tenker i durkheimianske termer (Durkheim, 1972, 1975 referert til i Petersen, 1995b, s. 40). Denne forskningen konsentrerer seg i så måte om subjektivistiske perspektiver fra sluttbrukerne av velferdsteknologisk utstyr, som kan handle om utfordringer og muligheter, fordeler og ulemper med bruken fra et ansatt-, bruker- og/eller pårørendeperspektiv (Berge, 2017; Karlsen, 2019; Karlsen, Moe, Haraldstad & Thygesen, 2019; R. Stokke, 2018).

I den «policy-tro» fløyen finner vi også en rekke forskningsrapporter som viser at mange eldre føler seg tryggere i eget hjem ved bruk av velferdsteknologi (Berge, 2017; Isaksen et al., 2017; Karlsen, 2019; Karlsen et al., 2019), i tråd med myndighetenes antagelser (Helsedirektoratet, 2012, 2015b). Innenfor denne diskursen/kunnskapsproduksjonen er hjemmet posisjonert som en ubestridt helsefremmende setting som bidrar til økt deltakelse og aktivitet, og som kan fremme både sosioøkonomiske og helsefremmende gevinster (Berge, 2016; Mahler et al., 2014). Besøk fra helsepersonell i hjemmet blir på sin side posisjonert som en til dels inngripende praksis som forstyrrer hverdagslivets rytmer og privatlivet til eldre og andre hjelpetrequende, og gjøre mer skade enn gagn for deres følelse av selvstendighet, deltagelse og mestring (Berge & Øvsthus, 2014). Denne akademiske diskursen posisjonerer følgelig den profesjonelle omsorgsgiveren som tilhørende i et paternalistisk og gammeldags omsorgsregime, der hendene hennes ikke lenger er «varme», men snarere «klamme» (Corneliussen & Dyb, 2021, s. 4; Tøndel, 2018, s. 291), mens teknologisk utstyr på sin side posisjoneres som innovative løsninger som kan endre paternalistiske (ortodokse) omsorgsregimer. Det handler ikke lenger om å

overvåke pasientene, men snarere å «våke over» dem ved hjelp av teknologi (Thygesen, 2011).

Mange forskere i fagtradisjonen som studerer teknologi i helse og omsorg plasserer seg epistemologisk i STS-tradisjonen⁶, som fremstår som en mye anvendt epistemologisk retning i studier av både helse- og velferdsteknologi i både norsk og internasjonal kontekst (Moser, 2019). Tradisjonen har i motsetning til mye av den anvendte forskningslitteraturen på velferdsteknologiområdet noen teoretiske ambisjoner. Teknologi studeres i et STS-perspektiv som aktører på linje med mennesker, innvevd i sosiale nettverk, der særlig teknologiens påvirkning av organisasjoner, praksiser og sosiale relasjoner er i fokus. Tradisjonen posisjonerer seg som et motsvar til teknologisk determinisme (Thygesen, 2009, s. 21, 114), men det fremstår imidlertid som at det statlige doxaet om velferdsteknologi ligger som premiss for mange av forskningsbidragene om velferdsteknologi i STS-tradisjonen (se f.eks. Moser & Thygesen, 2013; Thygesen, 2009, 2011). Med det mener jeg at man i denne tradisjonen tilsynelatende i liten eller ingen grad vektlegger undersøkelser av grunnpremisser bak praktikken, dvs. hvilke makt- og dominansforhold som har ledet til at «teknologistøttet omsorg» ved hjelp av velferdsteknologi i utgangspunktet oppstod (praktikkens genese og sosialhistorie).

Et eksempel på en enda mer policy-tro forskningsfløy er den relativt omfattende internasjonale litteraturen om hva som hemmer og fremmer aksept og bruk (implementering og adopsjon) av velferdsteknologi, spesielt utbredt i britisk kontekst (Greenhalgh et al., 2017; Greenhalgh et al., 2018; Hamblin, Yeandle & Fry, 2017). Det finnes også norske miljøer som har engasjert seg i denne akademiske dialogen om aksept, adopsjon og i den sammenheng mulige hindringer og barrierer for opptak av

⁶ STS står for Science, Technology and Society-studies, ofte omtalt som vitenskap- og teknologistudier, eller studier av kunnskap, teknologi og samfunn på norsk. Fagtradisjonene har røtter helt tilbake til velferdsteknologiens opprinnelse på 1980-tallet (Moser, 2019, s. 14). Tradisjonen som er bygget opp av anerkjente samfunnsvitere slik som Bruno Latour, Madeline Akrich, Michel Callon og John Law (Thygesen, 2009, s. 21, 114).

teknologi i tjenestene (Batt-Rawden, Björk & Waaler, 2017; Berge, 2016; Dugstad, Sundling, Nilsen & Eide, 2020). Fagfeltet er særlig opptatt av å fremme betydningen av *kompleksitet* som del av forklaringen på hvorfor det er så vanskelig å få til varig endring og implementering av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten. Kompleksiteten ved velferdsteknologi relateres til at utstyret implementeres i et system (eller organisasjoner) der mange ulike aktører (f.eks. brukere, helsepersonell, IKT-avd., teknologileverandører m.fl.) samarbeider. Helse- og omsorgstjenesten er – i motsetning til et tydelig definert og stabilt system – mer uforutsigbart, hevdes det. Komplekse, tilpassningsdyktige systemer er sammensatt av aktører som kan opptre på uventede måter, som igjen kan endre konteksten og derav handlemåten til andre samarbeidspartnere. Komponenter som aktørene forholder seg til, det være seg andre mennesker eller teknologier, kan igjen være forbundet til mange ulike systemer (både sosiale, organisatoriske eller tekniske). Å få til endring i komplekse organisasjoner der mange ulike aktører må samhandle er forbundet med både ulike systemer og logikker, og er på den måten mer krevende enn endringsarbeid i organisasjoner der alt er statisk og forutsigbart. Det er altså ikke bare én årsak-virkning-forklaring på hvorfor implementering av velferdsteknologi eller annet endringsarbeid lykkes eller ei (Greenhalgh et al., 2018).

Til sist finnes det en relativt omfattende kvantitativ forskningslitteratur som forsøker å finne noen sammenhenger mellom velferdsteknologi og samfunnsøkonomiske besparelser, eller en statistisk signifikant økning i livskvalitet som følge av velferdsteknologi. Noen studier finner slike sammenhenger (Aanesen, Lotherington & Olsen, 2011), mens det for majoriteten av forskerne har vist seg vanskelig å finne statistisk signifikant evidens for besparelser både i internasjonal (Davies, Rixon & Newman, 2013), britisk (Henderson et al., 2014; Hirani et al., 2014; Steventon et al., 2013) og norsk kontekst (Intro International, A-2 Norge, Designit & AHO, 2018; Lizardi, 2022). Som forklaring på hvorfor velferdsteknologi ikke har vist seg å generere de gevinster myndigheter og andre iverksettere hadde forventet seg, vises det (også som overnevnt) ofte til *komplekse organisasjoner*, samt at ulike former for utilsiktet

bruk eller misbruk av utstyret kan genere merarbeid for tjenestene (Stirling & Burgess, 2021, s. 67).

På tross av den manglende evidensen for samfunnsøkonomiske eller livskvalitetsrelaterte fordeler ved bruk av velferdsteknologi, viste en spørreundersøkelse besvart av lokale britiske myndigheter og iverksettere av velferdsteknologitjenester at synet på teknologiens potensialer og den lokale satsningen på velferdsteknologiområdet ikke hadde blitt endret som følge av manglende dokumentasjon på teknologiens effekter i forskningen (Woolham, Steils, Fisk & Forsyth, 2017, s. 8). Stirling og Burgess (2021, s. 66) argumenterer i den sammenheng for at et «policy-problem» har oppstått som følge av en diskrepans mellom hvordan politiske føringer argumenterer for satsningen på velferdsteknologi og mangelen på dokumenterbare effekter i forskningslitteraturen. Videre argumenterer Stirling og Burgess (2021, s. 67) for at det er forskjeller mellom statlige problemforståelser og målsettinger med velferdsteknologi og lokale refortolkninger av teknologiens primære siktemål, noe denne avhandlingens andre og tredje analysekapittel (kap. 6 og kap. 7) også vil drøfte.

Også i norsk kontekst har myndighetene gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet vært opptatt av å legitimere den politiske satsningen på velferdsteknologi, ved å dokumentere både kvalitative og økonomiske effekter på kommunalt plan (Helsedirektoratet, 2015b, 2017; Helsedirektoratet et al., 2021). Private forskningsinstitutt slik som SINTEF, samt konsulentbransjen (også i samarbeid med profesjonsfaglige akademiske institusjoner) har vært særlige aktive i produksjonen av følgeforskningsrapporter om kommunale gevinster og erfaringer med velferdsteknologi (Røhne & Holmesland, 2016; SINTEF, 2022; Ørjasæter & Kistorp, 2016). Denne type forskning gir en god oversikt over pilot-prosjekter og kommunale erfaringer herav, men fremstår som tro til doxaet om saken i politiske føringer, samt komplett ateoretiske.

Både følgeforskningslitteraturen som dokumenterer kommunale erfaringer, og den kvantitative litteraturen som tar for seg evalueringer av økonomiske og psykososiale effekter, er langt fra det som ligger i begrepet *kritisk* i samfunnsvitenskapelig forstand, der man derimot stiller spørsmål til grunnpremisset for velferdsteknologisatsningen. Noen av evalueringene er til og med gjennomført på oppdrag av myndigheter⁷ som derav kan tolkes som ledd i en statlig legitimeringsstrategi. Samfunnsvitenskapen skiller seg ifølge Bourdieu (1988a) fra både den medisinske og juridiske vitenskap ved å innta en heterodox posisjon til statlige føringer, mens derimot både medisinen og jussen kun har en relativ autonomi som følge av tette bånd til staten og et mandat om å sikre befolkningens helse og lovlighet gjennom ulike former for disiplinering (Bourdieu, 1988a). Bourdieus analyser av det akademiske felt kan i så måte gi oss en pekepinn på hvordan det kan ha seg at sykepleiere og andre med helsefaglig bakgrunn i en akademisk rolle, fremdeles innehar en lojalitet til staten og det medisinske felts doxa⁸. Med det viser jeg til at mye av forskningslitteraturen har til hensikt å oppfylle statlige visjoner – ikke stille kritiske spørsmål til satsningen per se. Begrepet kritisk misforstås imidlertid ofte av helsefaglige forskningsmiljøer i retning av å inneha en negativ grunninnstilling til det som utforskes, mens det i virkeligheten handler om å innta en objektiv og forklarende posisjon med et «innenfra-blikk», men adskilt fra praktikernes selvforståelse (Petersen & Callewaert, 2013, s. 20).

Denne avhandlingen har kritiske og teoretiske ambisjoner, gjennom å stille noen grunnleggende spørsmål til premissene bak satsningen på velferdsteknologi ved hjelp av historisering, dokumentanalyser av politiske dokumenter, samt feltstudier i kommunale kontekster. Det er funnet få andre studier om velferdsteknologi som inntar det Bourdieu i *Den kritiske ettertanke* omtalte som en «radikal tvil» til forskningsobjektet (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 217-221). Altså at man

som

⁷ Whole system demonstrator er den største evalueringen av velferdsteknologi og helseteknologi som er gjort i britisk kontekst. Studiene ble finansiert av det britiske helsedepartementet (Department of Health (UK), 2011).

⁸ Kristian Larsens (2009, s. 43) analyser av det medisinske felt peker i retning av et herskende doxa som handler om at alt vi gjør, gjør vi for pasientens beste for å unngå sykdom eller forbedre helse.

forsker forsøker å bryte med grunnpremissene bak velferdsteknologisatsningen, med henblikk på å forstå og forklare hvor denne sosiale praktikken kommer fra historisk og sosialt. Når jeg velger å bruke begrepet «velferdsteknologisk overvåking» i mine forskningsspørsmål og «velferdsteknologiske overvåkingspraktikker» i avhandlingen for øvrig, er dette også å regne som en posisjonering i en pågående akademiske diskusjon som markerer en avstandstaking fra doxaet og den byråkratiske begrepsbruken om forskningsobjektet i eksempelvis politiske dokumenter, medieoppslag og «policy-tro» forskningsmiljøer m.m. – der synet på teknologi har blitt forsøkt omvendt og snudd på hodet til sammenligning med de opprinnelige logikkene i hjemmetjenestefeltet, som tok avstand til teknologisk overvåking og løftet frem verdien av menneskelig omsorg. For eksempel argumenterer Tøndel og Seibt (2019, s. 245) for at helsepersonell tradisjonelt sett har vært opplært til at teknologi kan stå til hinder for den menneskelige omsorgen og skape en dehuman, kald pleierelasjon, mens det særlig etter Hagenutvalgets NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* helt motsatt ble argumentert for at det var menneskene som tok opp for mye plass i omsorgsrelasjonen.

Med årenes løp har det på den annen side kommet samfunnsvitenskapelige og til dels kritiske forskningsbidrag om velferdsteknologi i akademisk mening fra både norsk kontekst (Haukelien, 2020; Tøndel, 2018; Tøndel & Seibt, 2019; Tøndel & Søraa, 2021) og andre vestlige kontekster der velferdsteknologi er tatt i bruk (Eccles, 2021; Hamblin, 2022; Lynch, 2015; Lynch et al., 2019; Mort et al., 2013; Neven, 2015). Denne litteraturen får frem noen strukturelle vilkår og makt- og dominansforhold som ligger bak myndighetens velferdsteknologisatsning, og stiller videre noen kritiske spørsmål til den voldsomme teknologioptimismen som råder i dagens samfunn, politiske føringer, kommunale strategier osv. Videre får studiene frem mange gode empiriske eksempler på at velferdsteknologi ikke alltid er et gode, men også innebærer forstyrrelser av de opprinnelige omsorgspraktikker og relasjoner, samt omstrukturering tjenestene og forvitring av det offentlige omsorgsansvaret (Lynch, 2015; Lynch et al., 2019; Milligan, Roberts & Mort, 2011). For eksempel når en pleie- og omsorgssituasjon må avbrytes, fordi sykepleier eller annet helsepersonell får en alarm fra en

velferdsteknologisk sensor, eller pårørende på en skjult måte blir en aktiv part i den velferdsteknologiske tjenestekjeden (Hamblin, Burns & Goodlad, 2023; Tøndel, 2018). Videre vises det til at ansatte ofte får skylden eller tar konsekvensen når teknologien ikke fungerer, der strukturelle vilkår og mulighetsbetingelser innad i hjemmetjenestefeltet i alt for liten grad medtenkes (Haukelien, 2020; Tøndel & Søraa, 2021).

Denne grovt skisserte gjennomgangen av forskningsfronten på velferdsteknologi har pekt på at faglitteraturen er dominert av det rådende doxa og målsettinger om saken i det politiske og økonomiske felt, mens det finnes færre akademisk kritisk-teoretiske bidrag med en samfunnsvitenskapelig posisjon som stiller spørsmål til den herskende/dominante mening om saken (doxa). Videre har gjennomgangen bidratt til å plassere denne avhandlingens kunnskapsbidrag i den tilstedeværende forskningsfronten på området.

1.4 Avhandlingens disposisjon

I kapittel 1. er det redegjort for studiens bakgrunn, kontekst, forskningsspørsmål og posisjon i relasjon til forskningsfronten på området. I kapittel 2. redegjøres det for studiens teoretiske rammeverk og historisk-epistemologiske posisjon som har virket på valg av metoder (dokumentanalyser, individuelle intervju og observasjon), teoretiske verktøy, analysestrategier og forskningsspørsmål. Videre gis det en innføring i Pierre Bourdieus teorier om det økonomiske felt og staten, samt nyinstitusjonell organisasjonsteori med påfølgende drøftelser av disse teoriernes relevans for forskningsobjektet, mens kapittel 3. beskriver og drøfter studiens konstruksjonsarbeid, forskningsetiske forhold og praktisk gjennomføring av studien.

I kapittel 4. gjøres det i tråd med studiens teoretiske forankring i fransk historisk-epistemologi og praxeologisk metodologi en bakgrunnsanalyse og kontekstualisering av hjemmetjenesten som arena for velferdsteknologiske overvåkingspraktikker i offentlig regi. Her skrives den historiske opprinnelsen (genesen) til både

hjemmetjenesten som subfelt av det medisinske felt og velferdsteknologi som politisk satsningsområde, marked og sosial praktikk i norske kommunale realiteter frem. Videre drøftes ulike måter å organisere eldreomsorg på i et historisk lys og hjemmets betydning herav, samt hva et hjem er i sosiologisk forstand. Kapitlet munner ut i noen preliminære antagelser om forskningsobjektet i lys av feltets struktur og relevant forskning. Studiens empiriske analyser er delt i tre deler. Det første analyse- og drøftingskapitlet (kap. 5.) handler om helse- og omsorgspolitiske dokumenter og reklameannonser for velferdsteknologi. Hensikten med dette kapitlet er å skrive frem de primære drivkreftene og kampene bak velferdsteknologisk overvåking som sosial praktikk i maktfeltet gjennom historien (1970-2020-tallet).

Det andre analyse- og drøftingskapitlet (kap. 6.) viser hvordan ledelse og velferdsteknologiske prosjektgruppedarbeidere i to norske kommuner posisjonerte seg til saken i møte med statlige krav og anbefalinger, samt hvordan de agerende posisjonerte seg i møte teknologileverandørene på den velferdsteknologiske markedsplassen. Det tredje analyse- og drøftingskapitlet (kap. 7.) løfter frem konsekvensene av politikken for både prosjektgruppene i de to case-kommunene, samt utøvende helsepersonell og tjenestemottakere med deres pårørende. Avslutningsvis søkes det svar på studiens forskningsspørsmål, der det føres en teoretisk diskusjon om relasjoner mellom de politiske føringene for velferdsteknologi, markedskreftene og kommunale medarbeidere i realiseringen av velferdsteknologi som sosial praktikk i norske kommuner, samt hvilke implikasjoner den statlige velferdsteknologisatsningen får for ulike agerende i det kommunale hjemmetjenestehierarkiet (kap. 8.).

2. Metodologi og teoretisk rammeverk

Dette kapitlet handler om studiens vitenskapsteoretiske forankring i Pierre Bourdieus praxeologiske rammeverk, med en gjennomgang av noen teoretiske nøkkelbegreper, samt hvordan Bourdieus teorier kan brukes som verktøy i forskningspraksisen. Metodologi handler om hvilken *logos*, dvs. hvilken logikk eller vitenskapsteoretiske posisjon som ligger bak ens metodiske valg. For Bourdieu eksisterte ikke skarpe skiller mellom teori og metode, hvorpå det historisk-epistemologiske ståsted formet både valg av forskningsmetoder, forskningspraksis og analyser (Prieur, 2002, s. 109-121). Både studiens forsknings- og konstruksjonsprosess har i så måte vært preget av å innta en praxeologisk posisjon, der jeg i forlengelsen av kapittel 2 vil redegjøre mer konkret for forskningsprosessen i kapittel 3.

2.1 Studiens vitenskapsteoretiske forankring i Pierre Bourdieus praxeologiske rammeverk

Pierre Bourdieu (1930-2002) er ansett som en av samfunnsvitenskapens fremste tenkere og blant verdens mest innflytelsesrike sosiologer (Wilken, 2008, s. 7-12). Bourdieu var professor i sosiologi ved den prestisjefulle institusjonen Collège de France (Sestoft, 2006, s. 11). Gjennom karrieren undersøkte han en rekke ulike samfunnsområder, slik som det akademiske felt og skolen, kunst- og litteraturfeltet, det religiøse felt, samt det økonomiske felt og statsbyråkratiet (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 83). All teoriutvikling har en solid empirisk underbygning og et fellestema for studiene var å forstå menneskelig handling på bakgrunn av både subjektive og objektive relasjoner, der både individets livshistorie og samfunnets makt- og dominansforhold ble medtenkt. Bourdieu var altså opptatt av på hvilke sosiale grunner de sosiale praktikker finner sted (Prieur, 2006, s. 23-29).

Bourdieus tematiske bredde og teoretiske relevans har gitt ham lesere også utover samfunnsvitenskapen, slik som litteraturvitere, statsvitere og historikere (Prieur, 2005), samt sykepleievitere og pedagoger (Callewaert & Petersen, 2010, s. 28). Bourdieus

teorier og praxeologiske posisjon kan være et fruktbart og relevant perspektiv for forskere fra mer praktisk rettede yrker slik som pedagoger og sykepleiere (Callewaert & Petersen, 2010:28; Petersen, 1995a). Praxeologien bygger på empirisk-teoretiske studier av sosiale praktikker, som utøvelse av sykepleie eller medisinsk behandling er eksempler på (Petersen, 2013, s. 772). Den praxeologiske vitenskap er spesielt godt egnet for å forstå og forklare hvorfor mennesker handler som de gjør innenfor spesifikke *sosiale rom* eller *felter* av samfunnet, men forklaringene skiller seg som nevnt fra hverdagslivets umiddelbare forståelser og forklaringer om praktikkene (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 65-66).

Vitenskapsteoretisk stod Bourdieu på skuldrene til klassiske sosiologer slik som Émile Durkheim, Max Weber og Karl Marx – men på bakgrunn av Bourdieus omfattende filosofiske skolering – også til fenomenologi, samt strukturalisme i de første empiriske arbeider (Broady, 1991, s. 11-12). Grunntenkningen bak Bourdieus epistemologi er ifølge Donald Broady (1991, s. 12) i særlig grad påvirket av den franske historiske epistemologien, og tenkere som Gaston Bachelard, Jean Cavailles, Georges Canguilhem. Dette var vitenskapsfilosofier som i hovedsak undersøkte naturvitenskapenes vitenskapsteoretiske historie, mens Bourdieu var opptatt av den samfunnsvitenskapelige kunnskapsproduksjonen. Det Bourdieu i størst grad hadde til felles med den historiske epistemologien var idealet om at forskeren må bryte med både tradisjonelle filosofiske ståsteder og hverdagslivets spontane forestillinger, konstruere frem teorier gjennom empiriske undersøkelser, samt være bevisst på at både forskeren og forskningsobjektet er historisk og sosialt situert (Broady, 1991, s. 12-19). Videre mente Bourdieu at det kunstige skillet mellom sosiologi og historiefaget måtte forkastes, fordi ethvert sosiologisk forskningsobjekt har et historisk forankringspunkt, samtidig som historien er resultat av sosiale relasjoner og kamper (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 78).

Bourdieu hadde utfordringer med å plassere seg innenfor det sosiologiske felt og kritiserte samfunnsforskere han mente manglet empirisk belegg for sine teoretiske

utlegginger (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 98). For eksempel var han skeptisk til omfattende samlebetegnelser slik som staten, fordi han mente at selv staten var inndelt i en rekke sosiale rom eller subfelter der individer eller grupper av byråkratiet kjemper om retten til å definere og styre et bestemt praksisområde. På den annen side følte han seg beslektet med de klassiske sosiologene, fordi de (især strukturalistene) i likhet med han selv var opptatt av bakenforliggende strukturelle maktforhold, som er usynlig for dem de rammer og derav må konstrueres frem av forskeren. Selv om han hadde sans for empiriske studier tett på praktikkene, kritiserte han interaksjonister slik som for eksempel Erwin Goffman for å være blind for strukturelle maktforhold (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 98).

I Bourdieus (2008, s. 159) selvobjektiverende analyser av egen forskerposisjon forsøker han ved hjelp av egne sosiologiske begreper å forstå og forklare hvorfor han skilte seg fra mange av samtidens filosofer og samfunnsvitere. Han beskriver seg selv som en som likte å gå sine egne veier. Selv om han hadde studert filosofi over en årrekke på de mest prestisjefulle universitetene i Frankrike, valgte han likevel å fordype seg i etnologisk feltarbeid i tradisjonelle bondesamfunn i Algerie på 1960-tallet (Broady, 1991, s. 103-104). Bourdieu hevder at den etnologiske erfaringen dannet grunnlaget for et brudd med hans tidligere syn på akademia. Han viser i den sammenheng til en devaluering av sosiologi og antropologifaget innad i filosofien, og et fall i symbolsk kapital når han forflyttet seg fra det filosofiske til det sosiologiske vitenskapsfeltet (Bourdieu, 2007, s. 154-158). Det var imidlertid ikke bare valg av arbeidsmetode som gjorde han til en «outsider» i det akademiske felt. Bourdieu selv hadde gjort en formidabel klassereise som sønn av et postbud, oppvokst på den sør-franske landsbygda for å senere innta professorstolen på det prestisjefulle Collège de France (Sestoft, 2006, s. 9-21). Både oppvekstvilkårene, hans lange reise inn i akademia, hans filosofiske skoling og tidspunktet for hans inntredelse i akademia, bidro etter Bourdieu (2008) sin mening til at hans studier favnet bredt både tematisk og beveget seg på tvers av fagretninger.

2.2 Kunst, praktisk teori eller vitenskap?

Gjennom sine mange empiriske studier, teoretiske utvikling og historisk-epistemologiske utlegginger, kan man si at Bourdieu tok med seg aspekter fra de vitenskapstradisjonene han både kritiserte og beundret, inn i sin forskerpraktikk. I Bourdieus (1972/2019) tekst *De tre former for teoretisk viten*, defineres det praxeologiske alternativet som en mellomposisjon mellom subjektivistiske (fenomenologiske) og objektivistiske (strukturalistiske) tradisjoner, eller snarere et ståsted som kan bygge bro mellom dem. Teksten retter en skarp kritikk mot ulike former for subjektivistisk viten, det være seg fenomenologiske, interaksjonistiske eller etnometodologiske tradisjoner, som ifølge Bourdieu (1972/2019) kun skriver frem agentenes primære erfaringer av den sosiale verden og hverdagslivets forståelser, uten å medtenke kontekstuelle og strukturelle vilkår bak erfaringene. Kritikken av objektivismen handler om at man ved å innta et ensidig «utenfra-blikk» på objektive strukturer og mulighetsbetingelser bak praktikkene, risikerer en å gå glipp av de subjektive sosiale forhold (strukturende disposisjoner) innvirkning på de objektive strukturene og vice versa (Bourdieu, 1973/2019). Med det mener Bourdieu at både subjektive erfaringer og individenes kapitaler, den individuelle og kollektive historie, samt strukturelle mulighetsbetingelser må medtenkes for å forstå menneskelig handling (Bourdieu, 1980/2007, s. 91-129). Subjektivistiske perspektiver (agentenes erfaringer og forståelser av saken) representerte ikke svaret på forskningsobjektets, men posisjoneringer som kunne forklares i lys av agentenes habituelle disposisjoner (livshistorie, tilganger/kapitalvolum) og feltets struktur (se kapittel 2.4).

Bourdieu's teorier om menneskelig handling står slik sett i opposisjon til mye anvendte teorier om aktørers rasjonelle valg og individets frie vilje (Bourdieu, 1988b), der mennesket fremstilles som fritatt for enhver form for strukturell tvang (Bourdieu, 2000/2005). Bourdieu posisjonerte seg dit hen at neoklassisk økonomisk teori og den skolastiske illusjon om at handlende agenter på en bevisst måte evner å se grunnlaget bak sine beslutninger, er så langt vekk man kommer fra hans historisk-epistemologiske

ståsted og teoriunivers. Foruten å vise til egne studier, pekte han på en omfattende forskningslitteratur der det var en beviselig uoverensstemmelse mellom teoretiske modeller og reell praktisk handling (Bourdieu, 2000/2005, s. 2-7).

En praxelogisk optikk på ens forskningsobjekt medfører i så måte at man har til ambisjon å forstå og forklare sosiale praktikker – ikke i første rekke å komme med anvisninger til praktikerne i feltet. Det betyr ikke at det vitenskapelige bidraget ikke har relevans for praksisfeltet, men i tråd med Bourdieus teorier om menneskelig handling, anses ikke teoretisk kunnskap som direkte transformerbart til praktikker i det virkelige liv (Petersen, 2013, s. 771; Petersen & Callewaert, 2013, s.11-14). Teoretisk kunnskap er nettopp teoretisk i kraft av å være løsrevet fra praksis og har derav sine begrensninger for praktikerne (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 62). Bourdieu argumenterer derimot for at praktiske handlinger følger sin egen logikk, som for eksempel kan dreie seg om helsepersonells individuelle og faglige erfaring (kapitaller) i møtet med vilkårene i det aktuelle feltet de agerer. I den praxeologiske vitenskapstradisjonen anses ikke forskning som kunnskap som kan direkte overføres til praktiske handlinger, slik eksempelvis den medisinske vitenskap fremstiller saken (Petersen & Callewaert, 2013, s. 19-20). Etterrasjonalisering av praksiserfaringer, fagutviklingsprosjekter eller andre former for virksomhetsforbedrende praktikker er anvendelig for praktikerne, men anses ikke for å være vitenskap i streng forstand som kan bidra til å forstå og forklare praktikkene (Petersen, 1995a, s. 124-126).

Med referanse til Durkheims tre vitensnivåer, argumenterer Petersen (1995b, s. 40) for at det er viktig å skille mellom kunsten å utøve sykepleie, normer og praktiske teorier for de sosiale praktikker og den praksis de er innleiret i, og til sist teorier om sykepleiepraktikker. Det siste nivået kan regnes som vitenskap i streng forstand, fordi man har til hensikt å forstå og forklare praktikken, ikke bare beskrive den eller forsøke å endre den ved hjelp av normative teorier for praksis. Det vitenskapelige nivået skiller seg videre fra mer beskrivende og normative praksisteorier ved å gå omveien om

objektivering, med henblikk på å bryte med hverdagsforståelsen om forskningsobjektet og utvikle ny teori om det som studeres (Petersen, 1995b, s. 40).

Både velferdsprofesjonene og pedagoger tilhører et sosialt rom/subfelt av henholdsvis det medisinske felt og utdanningsfeltet, som i bourdieusk forstand kun har en relativ autonomi og egenlogikk (Petersen, 1998). Motsatt er det i autonome felter slik at de agerende følger en logikk (noen spilleregler) som er selvstendig utviklet og i relativt liten grad kan påvirkes av ytre forhold (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 95-96). I den forstand kan de overnevnte yrkesgruppene/profesjonene omtales som velferdsstatlige semi-profesjoner eller velferdsprofesjoner (Frederiksen, 2016, s. 20). Felles for velferdsprofesjonene er at de både bidrar til å oppfylle det velferdsstatlige prosjekt, men også innehar en relativ autonomi som følge av å være underlagt statsbyråkratiets føringer og det medisinske felts dominans (Frederiksen, 2016, s. 71-75). I begge subfelter eller praksisområder, utøves det en rekke sosiale praktikker. For å forstå og forklare hvordan praktikerne i de respektive felter handler som de gjør, har Bourdieus praktikk- og feltteori som nevnt vært fruktbar for mange forskere med bakgrunn fra velferdsstatens semi-profesjoner (Callewaert & Petersen, 2010; Petersen, 1995a). Ved å arbeide praxeologisk får man tak i en annen kunnskap enn den umiddelbare erfaringskunnskapen til praktikerne, og gjennom teoretiske analyser kan forskeren konstruere frem helt andre forklaringer og sammenhenger enn de umiddelbare antagelser. Ved å granske praktikkene i et relasjonelt perspektiv, kommer ofte skjulte forhold frem som kan forklare makt- og dominansforhold i feltet, sosial ulikhet og urettferdighet. Både skolen og helsevesenet er eksempler på områder i samfunnet der sosial ulikhet og makthierarkier er tilstedeværende, og kanskje er det derfor Bourdieus teorier, som forsøker å synliggjøre disse ofte usynlige sammenhengene, ble populære og fortsatt anvendes av pedagoger, sykepleiere og andre «praktikere» som nå har sitt virke som forskere? (Staf Callewaert & Petersen, 2010).

Praktikkteorien er den rake motsetning av for eksempel *rational action theory* (RAT), som ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 8-13) representerer den dominerende logikk i

teorier om økonomi- og ledelse, og derav en logikk eller kunnskapssyn det vil være rimelig å anta denne studiens informanter (prosjektledelse, ledelse i hjemmetjeneste, forvaltningsbyråkrater, næringslivsledelse mfl.) i noen grad orienterte seg etter. For eksempel hadde prosjektgruppen noen forventinger om at studien skulle lede frem til konkrete praksisanvisninger om organisering av responstjenester for velferdsteknologi, mens mitt syn på praktikernes handlinger, valg og preferanser derimot ble analysert med Bourdieus praktikkteori (1980/2007) og utlegginger om den praktiske sans. Denne teorien argumenterer helt motsatt for at agentene ikke er bevisst på bakgrunnen for at de handler som de gjør – mens de derimot på bakgrunn av deres habitus og kjennskap til det aktuelle feltet evner å handle situasjonsadekvat ved bruk av den praktiske sans (Bourdieu, 1980/2007, s. 110).

En teori som sier noe om hva som virker inn på hvordan agenter handler og orienterer seg i møte med et konkret felt, eller praksisområde ble vurdert å ha stor relevans for denne studien, fordi en sentral målsetting med studien var å undersøke organisatoriske forhold ved implementering av velferdsteknologi, deriblant håndtering av alarmer og varsler fra utstyret. Den innledende fasen av studien handlet om å observere ulike agenter (prosjektledelse, helsepersonell, IKT-ansatte og næringslivsrepresentanter mfl.) som arbeidet med organisering av velferdsteknologi som del av kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Første del av dette arbeidet handlet om å anskaffe nytt velferdsteknologisk og dertilhørende responstjenesteløsninger. Bourdieus praktikk- og feltteori som kan forklare bakgrunnen for handlinger og valg (posisjoneringer i ord og gjerning) de tilstedeværende agenter tar på et bestemt område (Broady, 1991, s. 229; Petersen, 1995a, s. 125), ble derav vurdert som egnet til å forklare de overveielser som ble tatt under både anskaffelsesprosessen og etableringsfasen av de nye digitale velferdsteknologitjenestene i studiens case-kommuner. Teorien «passet» slik sett godt til studiens overordnede tematiske fokus, men det var aldri hensikten å arbeide kun induktivt, forstått som å teste ut eksisterende teori gjennom innhenting av empiri i en ny kontekst (Larsen, 1999, s. 82). Det var heller ikke slik at jeg arbeidet rent deduktivt i form av å gå helt åpent ut i en praksis, for i de påfølgende stadier av

forskningsprosessen utvikle en teori i overenstemmelse med Bourdieus begrepsapparat. Det riktige blir nok å si at jeg – i likhet med slik Larsen (1999, s. 82) forklarer det i sin praxeologiske avhandling om sykepleierutdannelse – har hatt både en induktiv og deduktiv tilgang i mine empiriske studier, men der bruddtenkningen har vært en sentral del av konstruksjonsprosessen og forskningsprosessen herav.

2.3 Å bryte med prekonstruksjoner om forskningsobjektet

Bourdieu oppfordret som nevnt forskeren til å innta en «radikal tvil» til offisielle (byråkratiske) forklaringer og hverdagslige prekonstruksjoner om ens forskningsobjekt. Inntar man en radikal tvil til ens forskningsobjekt er hverken statens, forskerens eller informantenes prekonstruerte forklaringer svaret, men snarere det som skal forklares (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 217-221). Bourdieu og kollegaene Chamboredon og Passeron (1991) argumenterte med referanse til Durkheim, for at en måte sikre at man arbeidet kritisk refleksivt var å behandle sosiale fakta som ting. Sosiale fakta snakker ikke og de er ikke nødvendigvis synlige for det blotte øye. Viten om sosiale forhold må konstrueres frem av forskeren ved hjelp av teoretiske verktøy (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1991, s. 34-37).

I denne studien handler slike prekonstruksjoner for eksempel om offisielle politisk-byråkratiske forklaringer om hva velferdsteknologi er, hvorfor velferdsteknologi bør satses på som en sentral løsning på «fremtidens omsorgsutfordringer» og så videre. Tett opp til idealet om å innta en radikal tvil til ens forskningsobjekt ligger en historisk-epistemologisk kritikk av deler av samfunnsvitenskapen, der en for tett kobling til staten og byråkratiet truer samfunnsvitenskapenes kritiske distanse og man risikerer å overta statens tenkemåter, problemforståelser og kategoriseringer av den sosiale verden (Bourdieu, 1988b; 1989-1991/2014, s. 3-22). Ved å ramme inn og definere sitt forskningsobjekt gjennom vitenskapelig konstruerte («operasjonelle») begreper – som ofte er et nobelt forsøk på avgrensning og tydeliggjøring fra forskerens side – står man derimot i fare for å definere problemstillinger som ikke er avklarte i den sosiale verden

og som er gjenstand for kontinuerlige kamper, på papiret (Bourdieu, 1988b, s. 776). Videre står man i fare for å overta begreper om sosiale problemer slik de kjempes om og defineres i statsbyråkatiene til vitenskapelige begreper. Med det mener Bourdieu at det til alle tider har eksistert sosiale problemer som offentligheten på et eller annet vis har måttet forholde seg til, som har blitt ansett som legitime eller verdige å diskutere og på den måten garantert for av staten (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 219). Bourdieu (1994, s. 1) hevder at staten nærmest er et utenkelig objekt, fordi når man forsøker å beskrive den, så risikerer man å bli dratt inn i «statlige tenkemåter». Bourdieu viser hvordan den sosiale verden er full av statlige konstruksjoner som påvirker hvordan vi anskuer virkeligheten på et implisitt eller ikke-bevisst nivå, som i siste ende også påvirker vårt syn på staten (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 3-23).

Om man på samme måte som statlige problemforståelser, behandler informanternes utsagn som det endelige datamaterialet, står man i fare for å utøve det Bourdieu og hans kollegaer refererte til som «spontan sosiologi». Slike spontane beskrivelser av virkeligheten mangler den kritiske distansen og objektivisering som kreves for at det kan kalles vitenskap (Bourdieu et al., 1991, s. 37). Bourdieus vitenskapelige prosjekt og begrepsapparat må slik sett ses i sammenheng, da ambisjonen er å forstå og forklare det ikke-bevisste eller bryte med prekonstruksjonene, og som forsker må man innta en distanse til både de hverdagslige og byråkratiske forklaringsmodeller om ens forskningsobjekt (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 217-219). Forskningsobjektet i denne studien (velferdsteknologi) er et område som staten og dets helse- og omsorgspolitiske subfelter og byråkratier har inntatt en svært aktiv rolle de seneste par tiår. Det sosiale problemet som legitimerer velferdsteknologi fra statens side relaterer seg til demografiske endringer og særlig en aldrende befolkning, hvorpå velferdsteknologi fremstilles som en sentral del av løsningen av «problemet» (Alvsåker & Ågotnes, 2022). Når forskeren har en ambisjon om å bryte med prekonstruksjoner om forskningsobjektet, må man også ta et oppgjør med en rekke statlige tenkemåter og kategoriseringer av verden som kommer til oss spontant som følge av å være en statsborger eller «statsvesen» («state-beings») (Bourdieu, 1994, s. 4-5). I denne studien

har jeg derfor måttet sette byråkratiske kategoriseringer og konsepter slik som «velferdsteknologi⁹», «innovasjon i omsorg», «eldrebølgen», «aldring i hjemmet», «aldersvennlige samfunn», «teknologisk avstandsoppfølging» osv. i parentes for å kunne innta en radikal tvil til prekonstruksjonene. Ved å undersøke bruk av velferdsteknologi som en sosial praktikk i en bestemt tid og sosialt rom, samt undersøke praktikkens sosialhistoriske opprinnelse (genese), har jeg kommet nærmere ambisjonen om å bryte med det herskende doxa om saken.

2.4 Teoretiske nøkkelbegreper hos Bourdieu

I Bourdieus sosiologi er det ikke skarpe skiller mellom teori og metode, men teorien er del av metoden. Prieur (2002, s. 109-121) understreker dette poenget når hun tydeliggjør at Bourdieus historisk-epistemologiske ståsted derimot må ses som en samlet tilgang, der det er vanskelig å skille mellom når man referer til henholdsvis teori og metode. Teorien er ikke en glasur som legges oppå det ekstraherte og kategoriserte datamaterialet, men teorien er derimot både formende for hvilke data man innhenter og konstruksjonen av ny viten (Petersen, 2013, s. 779-780). Bourdieus teoretiske begreper kan brukes som elementer i en verktøykasse når man arbeider med håndverket refleksiv sosiologi i sitt forskningsarbeid (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 83; Broady, 1991, s. 167). De teoretiske begrepene brukes aktivt både under feltarbeidet, som et spesifikt blikk eller optikk på det man studerer, og i studiens analysearbeider (Prieur, 2002). For at det skal være lettere for en «uinnvidd leser» å forstå hvordan jeg har arbeidet med både innhenting av data og analyser av mitt empiriske materiale, vil første steg i så henseende være å forklare Bourdieus nøkkelbegreper: *felt*, *kapital* og *habitus*.

⁹ Den statlig-byråkratiske definisjonen av velferdsteknologi (bidrar til trygghet, sikkerhet, aktivitet, mestring og sosial deltakelse) er ifølge den statseide og driftede organisasjonen Store norske leksikon (som regnes for å være en pålitelig kilde) tatt opp i offentlige organisasjoner, ulike nivåer av forvaltningen og av forsknings- og utdanningsinstitusjonene – og paradoksalt nok også av Store norske leksikon selv (se Braut, 2020).

Bourdieu var forsiktig med lukkede definisjoner av sine begreper, de var først og fremst verktøy i en forskningsprosess. Videre var han opptatt av at de overnevnte nøkkelbegrepene til sammen utgjorde et teoretisk system og derav ikke kunne anvendes isolert sett (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 83). Når man begir seg ut på å bruke Bourdieus teoretiske verktøykasse og de overnevnte nøkkelbegrepene, «tvinges» man også til å forholde seg til et helt vokabular av begreper slik som: *strategier, posisjon, disposisjoner, posisjoneringer, gjenkjennelse, erkjennelse, miskjennelse, doxa, symbolsk makt* med flere. Det viktigste i den sammenheng er nok å tydeliggjøre begrepene relevans for forskningsobjektet og videre hvordan man har fylt begrepene med innhold ved hjelp av egen empiri og konstruksjonsarbeid. Med det mener jeg at begrepene i seg selv er tomme om de ikke bringes i spill i utforskingen av en konkret sosial virkelighet (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 209).

2.4.1 Felt og kapital

Feltbegrepet utgjør sammen med kapital- og habitusbegrepet et teoretisk system hos Bourdieu, og er følgelig både en epistemologisk posisjon og ontologisk forståelsesramme, der man utforsker virkeligheten som relasjonelt betinget (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 209-210). Videre er feltbegrepet en måte å konstruere forskningsobjektet på som vil påvirke alle praktiske valg i forskningsprosessen og der man ved å tenke relasjonelt fremfor realistisk om verden (slik den umiddelbart fremstår for oss) vil kunne bryte med herskende tenkemåter (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 209-211). Den sosiale verden består av relasjoner, ikke interaksjoner mellom aktører, men av objektive relasjoner mellom forskjellige sosiale posisjoner. Disse relasjonene eksisterer uavhengig av det enkelte individets bevissthet og vilje, og former derav våre handlinger på et ikke-bevisst plan (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 84).

Å innta en posisjon i et felt gir adgang eller eksklusjon fra forskjellige former for makt og innflytelse, goder eller andre forhold som står på spill innad i et sosialt rom eller felt av samfunnet (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 84). Bourdieus sosiologiske prosjekt

handler om å forstå og forklare hvorfor sosial ulikhet og urettferdighet opprettholdes som noe naturlig som ingen stiller spørsmål ved (Prieur, 2005, s. 1), som også er bakgrunnen for at Bourdieus sosiologi ofte betegnes som et konfliktteoretisk perspektiv (Aakvaag, 2008, s. 147). Hva er så relevansen av et relasjonelt og konfliktteoretisk perspektiv på veien mot å forstå og forklare opphavet og konsekvensene av en politisk satsning på teknologi i eldreomsorgen?

Innen helsevesenet kan ulikheter i makt og innflytelse mellom ulike posisjoner slik som f.eks. overlegen, assistentlegen og sykepleieren forklares på bakgrunn av relasjonelle maktforhold. Makt- og dominansforhold er ikke synlig for det «blotte øye», men noe forskeren kan konstruere frem på bakgrunn av indikatorer på kapitaler (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 66). Videre er relasjonen mellom feltet som studeres og det overordnede maktfeltet og staten, sentralt for å forstå både kamper og grad av innflytelse på praktikkene som utøves i det aktuelle feltet (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 91). For å synliggjøre det usynlige (relasjonelle årsaker til forskjeller i makt), ble det teoretiske begrepet *kapital* utviklet. Begrepet ble videre inndelt i ulike former slik som *økonomisk*, *kulturell*, *sosial* og *symbolsk* kapital, på bakgrunn av noen indikatorer på tilstedeværende disposisjoner, som var betydningsfulle for en posisjons status, makt og innflytelse i et bestemt felt (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 85). Et individ eller en gruppes kapitalmengde (volum), men også hvilken art av kapital man har mer eller mindre av (kapitalstruktur), samt hvilket felt den aktuelle kapitalen blir anbrakt, påvirker den sosiale posisjonen i feltet og måten man posisjonerer seg på (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 86). *Økonomisk kapital* kan dreie seg om tilgang på penger eller andre former for materielle goder, *kulturell kapital* om utdannelse, kjennskap til kunst og kultur, evne til å uttrykke seg velartikulert, mens *sosial kapital* kan dreie seg om slektsrelasjoner, vennskapsbånd eller kontaktpersoner som på et eller annet vis bidrar til å hjelpe personen «opp og fram» i sin sosiale løpebane. Begrepet *symbolsk kapital* forsøker å fange mer implisitte forhold omkring hva som tilkjennes verdi i det aktuelle feltet en kapitalform bringes inn- det handler om det som erkjennes, gjenkjennes (eller miskjennes) som verdifullt (Broady, 1998, s. 6).

Bourdieu brukte ofte en analogi til et spill eller en kamparena når han skulle forklare feltbegrepet på en forenklet måte. Innad i feltet foregår det kamper om retten til å definere spillereglene, der de ulike agentene på bakgrunn av deres sosiale posisjon i møtet med feltet inntar ortodokse (foreldede, tradisjonelle) eller heterodokse (opposisjonelle, uortodokse) posisjoneringer til sakens doxa (den dominante, dvs. herskende mening om saken) (Bourdieu, 1992, s. 98-117). I likhet med et spill er det i et felt en rekke agenter som kjemper om noe de har til felles, med målsetting om å få en premie eller belønning for strevet, men et spill har til forskjell fra et felt eksplisitte regler og normer, mens reglene i et felt er implisitte og ikke-bevisste. Entrer man feltet og gjør investeringer i det, har man imidlertid på et ikke-bevisst plan god tatt spilllets eksistensberettigelse (*doxa*), fordi det er noe som står på spill for de agerende (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 83-85). Bourdieu brukte også begrepet *illusio* om troen på spillet eller at det som står på spill ikke er likegyldig for de agerende. Illusio er en tilstand der man som følge av å være plassert i spillet er fanget av spillet og i det (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 101). Analogt med kapitalbegrepet hos Bourdieu, avhenger verdien av kortene som spilles i et spill av hvilket felt de bringes i spill. Alle kort (kapitaler) har en verdi, men om de fungerer som et trumfkort (symbolsk kapital) avhenger av feltets struktur (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 83-85). Sagt på en litt annen måte, argumenterer Bourdieu (1995, s. 31-33) for at det blant individer eller grupper (posisjoner) eksisterer noen sosioøkonomiske likhetstrekk eller forskjeller i et sosialt rom eller felt av samfunnet, som setter dem i en relasjon til hverandre i et objektivt «system av forskjeller».

Rombegrepet er følgelig en måte å tenke sosial avstand eller nærhet på i en teoretisk modell som kan nedtegnes på papiret. Det er imidlertid en rekke indikatorer på kapital som ligger bak plasseringen av en sosial posisjon i det sosiale rommet. Helt sentralt er sammenhengen mellom sosial posisjon og sosial bakgrunn. For eksempel vil det å ha vokst opp i et ressurssterkt hjem med foreldre som har høy utdanning (kulturell kapital) eller god økonomi (økonomisk kapital), danne et grunnlag for et individs videre sosiale

løpebane. Videre er det en sammenheng mellom sosial posisjon og ens posisjoneringer i form av preferanser, orienteringer, strategier, holdninger og estetisk smak (Bourdieu, 1995, s. 31-37). Begrepet *homologi* binder det sosiale rommet av smak eller livsstiler, sammen med det teoretisk konstruerte rommet av sosiale posisjoner med dertilhørende disposisjoner (habituser). Bourdieu viste for eksempel hvordan mennesker fra småborgerskapet kunne ta avstand fra luksus og overdådighet i sine posisjoneringer i form av smak, preferanser og forbruksmønstre, mens ansamlinger av habituser med høyt kapitalvolum var orientert mot den dominerende klasses «finkultur» (Broady, 1991, s. 172, 232).

I Distinksjonen viser Bourdieu (1995, s. 34-40) at individer og grupper i samfunnet i hovedsak orienterer seg mot henholdsvis en økonomisk og en kulturell pol av samfunnet. Eller sagt på en annen måte, så differensierer individer eller grupper i samfunnet i størst grad etter økonomisk eller kulturell kapital. Disse funnene la grunnlaget for teoretiske feltskisser, som kan sies å representere en dypere forståelse av hva klasse er, sammenlignet med den marxistiske inndelingen som er en vertikal og hierarkisk inndeling fra overklasse, via middelklassen til arbeiderklassen (Bourdieu, 1995, s. 42). Bourdieu (1995, s. 31-38) forsøker ved hjelp av sine teoretiske begreper *felt*, *kapital* og *habitus* å vise at det også er en horisontal dimensjon inne i bildet om man skal forstå hvordan ulike posisjoner i samfunnet distingverer seg fra hverandre, der økonomisk og kulturell kapital er de mest sentrale polene.

For å si noe mer konkret om hvordan man kan undersøke et felt, eller et sosialt rom av samfunnet om det ikke er tale om et autonomt felt, skisserte Bourdieu tre punkter i boken *Refleksiv sosiologi* (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 91) om hva man bør gjøre i en feltanalyse:

1. skrive frem feltets plassering i relasjon til det overordnet *maktfelt* eller den dominerende klasse med høyest kapitalvolum i samfunnet og andre relaterte felter.

-
2. kartlegge makt- og dominansforholdene, eller de sosiale relasjonene mellom posisjonene (agenter eller institusjoner) i det aktuelle feltet, deres ståsted (posisjon) i feltet og hva det kjempes om.
 3. undersøke agentenes posisjon som i sin tur påvirker deres posisjoneringer gjennom en internalisering av sosiale og økonomiske forhold (disposisjoner), gjennom deres livshistorie, og som gjør at de i større eller mindre grad lykkes i feltet, dvs. deres *habitus*.

2.4.2 Habitus og doxa

I tillegg til en kartlegging av feltets struktur, er konstruksjonen av agentenes habitus sentralt for å forstå og forklare menneskers handlinger (Broady, 1991, s. 229; Petersen, 1998, s. 45), som også fremgår av det overnevnte siste punktet av Bourdieus «opplisting» av viktige steg i en feltstudie. Habitusbegrepet må relateres til feltbegrepet hos Bourdieu og gir lite mening isolert sett (Broady, 1991, s. 167; Callewaert, 2014, s. 165). Petersen og Callewaert (2013, s. 23) definerer habitusteorien på følgende måte:

«At bestride en position i et felt medfører, at man har inkorporeret positionens dispositioner, som i sin tur orienterer de positioneringer, som hører til positionen.»

Habitusbegrepet forsøker slik sitatet viser å fange noe som er innleiret i våre kropper, en slags inkorporert kompass som guider våre handlinger i møte med et bestemt felt. Broady (1998, s. 16) peker på hvordan kulturell kapital kan eksistere i ulike tilstander i mer synlige eller materielle former som tilgang på bøker, malerier ol. eller institusjonalisert i form av titler eller eksamensbevis ol. eller mer usynlig som et kroppsliggjort system av disposisjoner, som kan avdekkes ved hjelp av empiriske indikatorer på de ulike kapitalformer. Kartleggingen av kapitaler inngår i konstruksjonen av agentenes posisjon, disposisjoner og posisjoneringer innenfor et studert sosialt rom, som individuelle og/eller kollektive habituser (Halskov, 2013; Halskov, Lundin & Petersen, 2008). Begrepet habitus er derav ikke synonymt med kapitalbegrepet, men derimot en teoretisk konstruksjon av agentens agering på bakgrunn av «system av disposisjoner» i møtet med et bestemt felt. Disposisjoner

dreier seg om individenes erfaringer og kapitalvolum, kort og godt det mennesker har med seg «i bagasjen» som orienterer deres handlinger i møte med et bestemt felt, og som følge av å tilhøre et bestemt felt (Broady, 1991, s. 229), men som de agerende ikke kan redegjøre for selv ettersom de er innleiret i alle sammenhenger de inngår i og de praktikker som utøves (Halskov et al., 2008, s. 278-279).

Bourdieu (1980/2007, s. 92) formulerer det på følgende måte:

«De betingninger, der er knyttet til en særlig klasse af eksistensbetingelser, frembringer habitus'er. Sådanne habitus'er er varige dispositions-systemer, der er prædisponerede til at fungere som strukturerende strukturer, det vil sige som prinsipper, der frembringer og strukturerer praksiser og repræsentationer. Disse kan være objektivt «regelstyrede» og «regelmæssige» uden derfor på nogen måde at være et produkt af overholdelsen af bestemte regler; og i og med alt dette kan de endelig være kollektivt orkestrerede uden derfor at være produktet af en dirigents organiserende aktivitet»

Oppsummert kan man si at teorien om habitus synliggjør at både den kollektive og individuelle historie er inkorporert i oss og virker som *strukturerende strukturer* på et ikke-bevisst¹⁰ plan. Den inkorporerte historie har blitt naturligjort og er derav skjult for oss, men virker likevel i form av en habitus som guider våre handlinger (Bourdieu, 1980/2007, s. 96). *Den praktiske sans* er et begrep som sier noe om de agerendes habitus i aksjon, som orienterer individets valg og handlinger i møte med feltet. Slik er ens habitus avgjørende for om man har en «sans for spillet» eller ei, og når homologe habituser møtes fremstår det som sitatet viser som et orkester som kan spille uten dirigent (Bourdieu, 1980/2007, s. 92).

I et av Bourdieus første empiriske studier som omhandlet bondesamfunn i Algerie, ble det teoretisk-analytiske begrepet *doxa*¹¹ tatt i bruk første gang (Prieur, 2005). I denne

¹⁰ Begrepet ikke-bevisst brukes i en Bourdieu-tradisjon fremfor begrepet ubevisst som er mye anvendt i dagligtalen samt psykologifaget og stammer fra Sigmund Freud (Teigen, 2020).

¹¹ Bourdieu viderutviklet Husserls *doxa*-begrep som handlet om at mennesket har noen felles forståelser av naturen som får oss til å betrakte en del fenomener som selvsagte og noe som tas for gitt (Wilken, 2008, s. 42-43).

studien, som fant sted i en tradisjonell patriarkalsk æreskultur, ble doxa-begrepet brukt om en rekke herskende meninger og naturaliserte syn på ulike forhold i lokalsamfunnet, i familiestrukturene, husholdet og mellom sosiale grupper av samfunnet (Bourdieu, 1977). Doxa begrepssetter implisitte regler og forståelsesrammer i et felt, og er følgelig et analytisk begrep som kan hjelpe forskeren mot å bryte med det som tas for gitt, det som regnes som alminnelig folkevett eller sunn fornuft. Doxa handler om implisitte forhold som ingen stiller spørsmål ved, fordi man ikke er dem bevisst. I denne studien er det synet på bruk av teknologi i pleie- og omsorgsarbeid i politiske dokumenter, samt i konkrete hjemmetjenestekontekster, som analyseres frem som uttrykk for en doxa, eller en herskende mening om saken i et subfelt av det medisinske.

Oppsummert kan man si at både habitus og doxa er et sentrale begreper i et feltteoretisk rammeverk, der Bourdieu gjennom en rekke empiriske feltstudier viste at det til enhver tid er noen individer eller grupper av samfunnet som på bakgrunn av deres habitus og disposisjoner (dvs. kapitalvolum) har en posisjon som gir større grad av myndighet enn andre, som i sin tur gir dem en definisjonsrett omkring forståelsesrammer eller de implisitte regler om hvordan verden er eller bør være. De dominantes posisjoneringer, dvs. deres meninger og holdninger i ord og gjerning blir det herskende doxa (Prieur, 2005; 2006, s. 51-57). Denne myndigheten er til en viss grad skjult både for de dominante og dominerte gruppene, men dominerte grupper har større sannsynlighet for å akseptere verden slik den er, for eksempel kan intellektuelle ofte bemerke og oppfordre arbeidere til å gjøre opprør mot urettferdighet, mens opprøret på uforklarlig vis ofte uteblir. Den skjulte og stilltiende aksepten av dominansen blant de dominerte gruppene kan forklare hvorfor arbeidere og intellektuelle kan havne i uoverensstemmelse eller i sjeldnere tilfeller forenes i kamp (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 63-64). Makt- og dominansforhold forsterkes igjen gjennom feltets doxa ved å bli institusjonaliserte, naturaliserte og kroppsliggjorte gjennom for eksempel diskurser, myter eller ritualer. Ulike praktikker i hverdagslivet som vi ikke stiller spørsmålstegn ved bidrar slik sett til at maktforholdene blir selvevidente og del av et kollektivt syn på verden (Bourdieu, 1977, s. 167). Bourdieu uttrykker det slik:

“...the subjective necessity and self-evidence of the commonsense world are validated by the objective consensus on the sense of the world, what is essential goes without saying because it comes without saying: the tradition is silent, not at least about itself as a tradition...” (Bourdieu, 1977, s. 167).

Når det er en sterk korrespondanse mellom en objektiv orden og de subjektive persepsjonskategorier (som f.eks. i tradisjonelle oldtidssamfunn), erfares sosialt betingede forhold i verden oftere som noe selvinnløsende og naturliggjort (doxa). Hva som *anerkjennes* (eller *miskjennes*) former tanke- og persepsjonsskjemaer (det som *erkjennes*), som videre kan bidra til å produsere en «doxisk modus» som *gjenkjennes* og dermed oppfattes som en objektivitet (Bourdieu, 1977, s. 165). Ortodoxa defineres som den riktige eller rette mening som har til hensikt å reetablere det primære (rette) ståsted og opprettholde den etablerte orden. Ortodoxa er «doxaens uskyld» og eksisterer kun i en objektiv relasjon til heterdoxi, som referer til det greske ordet *haeresis* = valg, på engelsk *haeresy*=kjetteri, falsk lære¹² (Bourdieu, 1977, s. 169; Ordnett, 2023). Heterdoxa blir mulig når andre valgmuligheter, meninger eller konkurrerende mulighet er tilstedeværende i feltet (Bourdieu, 1977, s. 169). Et doxisk modus skiller seg således fra en ortodox eller heterodox tro på saken det gjelder (altså ikke en religion eller gudetro), der annerledes eller antagonistiske trosretninger saken (eller meninger) erkjennes, gjenkjennes og anerkjennes (Bourdieu, 1977, s. 164). Doxiske posisjoneringer på den ene siden og ortodoxe eller heterodoxe (Bourdieu & Wacquant, 1993) posisjoneringer (det som ikke kan sies i «doxaens univers») på den andre, representerer i så måte skillelinjen mellom den mest radikale form for *miskjennelse* (og *undertrykkelse*) og en politisk *vekkelse* (Bourdieu, 1977, s. 170).

Dominerte samfunnsgrupper innordner seg den symbolske og naturalisert orden, selv om et oppgjør i større grad kunne bidratt til å nøytralisere forskjellene (Bourdieu, 1977,

¹² På norsk *heresi* av latin *haeresis* «filosofisk skole eller kjetteri» og gresk *haeresis* «det å ta, velge, filosofisk skole, religiøs sekt». Ordet og betydningen av det finnes bl.a. i Det nye testamentet i en nedsettende betydning om utbrytere eller sekter med en vranglære som fører til undergang, i motsetning til den rette kristne lære (Elstad, 2022).

s. 165). Måten samfunnets orden og maktforhold opprettholdes og ikke stilles spørsmål ved, omtalte Bourdieu følgelig som «doxaens paradoks» (Prieur, 2005). Å forstå hvorfor regler og sanksjoner av både implisitt og eksplisitt art i så stor grad godtas på tross av urettferdighet og sosial lidelse, og består uten særlig grad av motstand av dominerte grupper var en gjennomgående undring i Bourdieus forfatterskap (Petersen, 1995a, s. 134; Prieur, 2005, s. 6). Kunnskap om den sosiale verden (og dets praktikker og persepsjonskategorier) bør forstås som en dimensjon av politisk teori, fordi makten til å påvirke prinsippene for konstruksjon av den sosiale virkeligheten står sentralt for å skaffe seg politisk makt. Teorier om hvordan og hvorfor den sosiale verden anskues og videre hvordan ulikhet reproduseres kan forstås ved hjelp av det teoretiske begrepet *symbolsk makt* (Bourdieu, 1977, s. 165). I denne studien har begrepet hatt særlig relevans på veien mot å forstå og forklare hvordan det politisk-byråkratiske felt bidrar til å forme det herskende doxa om saken gjennom politiske føringer, finansieringsordninger, lovendringer, anbefalinger, tekniske standarder og alt annet som kan betegnes som politikk.

2.4.3 Symbolsk makt og vold

Symbolsk makt og vold er nøkkelbegrep hos Bourdieu for å begrepsfeste lidelsen og underdanigheten dominerte grupper utsettes for av de herskende (dominante) grupper i samfunnet. Dominansen, urettferdigheten og den symbolske volden er imidlertid skjult for både voldsutøver og offer. Det handler om at vi alle harmoniserer med virkeligheten og forsøker å gjøre det beste ut av tilværelsen. Dominansen og urettferdighetene foregår «bakom ryggen på oss» og befinner seg på et ikke-bevisst plan (Petersen, 1995a, s. 134). Begrepet det overordnede maktfelt ble utviklet som et alternativ til begrepet «den dominerende klassen», som omfattet de høyest posisjonert innen både den kulturelle eller økonomiske pol av samfunnet, for eksempel næringslivsledernes konkurransefelt eller kulturelitens produksjonsfelt med kunst, litteratur og academia som underfelter (Broady, 1991, s. 269). Med begrepet *produksjonsfelt* forsøker Bourdieu å vise at det er visse samfunnslag som besitter større makt og innflytelse over måten de fleste av oss anskuer verden og hva som tillegges

verdi, mens andre er del av *konsumpsjonsfelt* der ideene sette ut i live eller konsumeres (Broady, 1998, s 3, 21). Begrepet maktfelt ble også brukt som et alternativ til staten, som Bourdieu mente ble for upresist, eller ga inntrykk av staten som selvstendig agerende vesen (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 88-89). Staten dets byråkratier må som alle andre deler av samfunnet undersøkes som avgrensede eller overlappende felter av samfunnet, der kamper om doxa finner sted (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 98).

Innad i statsbyråkratiene foregår det drakamper der agentene i større eller mindre grad orienterer seg mot den klassiske høyre-venstre aksen i partipolitikken, som i neste omgang påvirker deres posisjonering til eksempelvis helse-, omsorgs- eller velferdsspørsmål (Bourdieu, 1992/2011). På samme måte viste Bourdieus (2000/2005) studier av reformeringen av boligpolitikken i Frankrike på 1970-tallet at det innad i byråkratiet var posisjoner som arbeidet mot å bevare en sosialistisk og kollektivistisk boligpolitikk og en motpol som argumenterte for en mer markedsstyrt, liberalistisk og individualistisk boligpolitikk, der staten i større grad støttet familier på veien mot å anskaffe egen enebolig. Det spesielle med statsmakten handler om en slags «meta-kapital», der staten besitter en symbolsk makt og innflytelse over samtlige felter av samfunnet (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 98-101). Som sitatet under viser henger begrepet doxa tett sammen med begrepet symbolsk makt:

«Symbolsk makt er makt til å konstituere det gitte gjennom utsagn om det, til å få andre til å se og til å tro på en verdensoppfatning, til å bekrefte den eller til å forandre den, og gjennom verdensoppfatningen også handlingen i verden, og dermed verden selv...symbolsk makt virker bare når den anerkjennes»
(Bourdieu, 1996, s. 45)

Bourdieu argumenterer i så måte for at offentlige institusjoner slik som skolen og helsevesenet bidrar til å opprettholde en skjev maktbalanse i samfunnet ved at elitenes kultur og ståsted blir innprentet i befolkningen (Callewaert & Petersen, 2010, s. 29). I *Reproduksjonen* fra 1970 viser for eksempel Bourdieu og Passeron hvordan skolen påførte den dominerende kulturen i Frankrike ved å anerkjenne de elevene som kom fra bedrestilte familier på en subtil og symbolsk måte. For eksempel mestret de

ressurssterke familiers barn en væremåte og språkføring som gjenkjentes og derav ble anerkjent av læreren på et ikke-bevisst plan (Bourdieu & Passeron, 1970/2006). De «flinke» elevene som kom inn på universitetene ble ansett smarte og skoleflinke av natur, mens de som ikke fikk gode karakterer ble fordømt som mindre begavede. Det som imidlertid ikke kom frem i denne allment aksepterte forståelsen av «skolelysene» handlet om at disse elevene ofte kom fra mer ressurssterke hjem der familien ofte hadde god økonomi og høyere utdanning og generell (allmenn)danning (kjennskap til kunst, kultur, samfunnsliv m.m.), som er kapitalformer som verdsettes i skole og utdanning. Det kommer heller ikke frem at det er barna av den samfunnsklasse som definerer den dominante kultur og det som verdsettes i samfunnet og reglene for opptak, som kom inn på universitetet. Når de mindre vellykkede barna i tillegg ble innprentet med en naturligjort og vedtatt sannhet om at graden av suksess handler om medfødte evner eller egeninnsats på skolen, så virket dette som en dobbel fordømming av de allerede svakere stilte elevene og fungerte som en *symbolsk vold*.

På samme måte kan idealet i sykepleiefaget om at sykepleieren bør ha så mye som mulig tilstedeværelse ved pasientsengen, være annerledes fra de reelle arbeidsoppgavene som inneholder mye administrativt arbeid med en distanse til sykesengen. Når sykepleieren blir en konsument av idealene om den gode pasientnære omsorg fremskrevet av et produksjonsfelt av høyt posisjonerte grupper som forskere eller fagforeningsansatte, kan dette i møte med realitetene bidra til dårlig samvittighet og en følelse av utilstrekkelighet, der sykepleieren følgelig blir et offer for symbolsk vold (Petersen, 1995a, s. 134). På samme måte kan diskrepansen mellom bekymring, stress og utilstrekkelighet når velferdsteknologi skal tas i bruk som denne studien fremskriver, og maktfeltets ensidige positive teser (doxa) om teknologiens innovative potensiale, være et eksempel på symbolsk makt- og voldsutøvelse fra statlig hold. For eksempel kan man argumentere for at innovasjonsbegrepet som ofte brukes synonymt med bruk av teknologi fra myndighetshold, har en symbolsk voldelighet i seg, ved å implisere at tradisjonelle måter å gjøre noe på er dårlig, mindre verdt og noe som må fornyes.

2.4.4 Kjønnede maktstrukturer og symbolsk vold

Kjønnede maktstrukturer som eksempel på symbolsk vold fremstod som særlig relevant for både feltet og praktikken som er «under lupen» i denne ph.d.-studien, ettersom studiens innledende historiserings- og kontekstualiseringsarbeider peker i retning av en kvinneedominert og i utgangspunktet lavteknologisk sektor i møte med en mannsdominert teknologibransje (se kap. 4).

Bourdieu (1998/2000) analyserte kjønnet maktasymmetri som uttrykk for en symbolsk vold som han hevdet hadde blitt en naturalisert del av samfunnet over årtusener, der kjønnsforskjeller følgelig har blitt institusjonalisert i form av å være innskrevet i både objektive strukturer og individenes habitus – som videre former både mentale strukturer, persepsjonsmåter og de sosiale praktikkene (Petersen & Callewaert, 2020, s. 2). Med henvisning til studier av de androsentriske og arkaiske samfunn i Kabylia i nordlige Algerie, gis det av Bourdieu en rekke eksempler på hvordan mannen dominerer kvinnen og hvordan dominansforholdet er innleiret i kroppene, praktikkene og det materielle (Petersen & Callewaert, 2020, s. 3). For eksempel fant Bourdieu (1996) at det kabylske huset var organisert etter et system av homologe motsetninger mellom f.eks. det rene-urene, mørke-lyse, dyreliv-menneskeliv, samt tingene og praktikkens plassering. De nedre og mørkeste delene av de menneskelige sonene relaterte seg til feminine reproduktive praktikker (seksualitet, barnefødsel, stell av syke og døende, lagring av såkorn etc.), mens de utadrettede og høyere posisjonerte maskuline praktikker foregikk på de øvre og lysere planene. Husets arkitektur gjenspeilte derav også kjønnsrollene på et samfunnsplan, der kvinnene for det meste holdt seg innendørs (det private), mens mennene var ute på markene eller i forsamlinger (det offentlige), dag som natt (Bourdieu, 1996, s. 9-14).

Analysene av de kjønnsmessige forskjeller i maktforholdene i det tradisjonelle og androsentriske Kabylske samfunnet er ifølge Bourdieu (1998/2000) relevante for å forstå dominansstrukturene i moderne vestlige samfunn. Strukturene i det kabylske samfunnet kan anvendes som en «objektiv arkeologi» over det som er ikke-bevisst for

oss i dag. Det handler om det Bourdieu (1998/2000, s. 11) betegner som en «*sosialisering av det biologiske og en biologisering av det sosiale*». Med det mente han at den kjønnede asymmetrien i samfunnet er en sosial konstruksjon som ligger inkorporert i våre kropper og kognitive strukturer og derav fremstår som en naturlig og riktig samfunnsstruktur, et doxa. Det vi oppfatter som naturlige inndelinger basert på biologiske forskjeller er i større grad uttrykk for en kjønnsmessig habitus, hevdet Bourdieu (1998/2000).

Teoriene om kjønnsbasert undertrykkelse av kvinner fremstod som teoretisk relevant for å kunne drøfte de makt- og dominansforhold som foreligger i hjemmetjenesten som kontekst/felt (se kap. 4). Kjønnspektivet innen pleie- og omsorgsarbeid – det være seg ansvaret for barnestell eller eldreomsorg – kan også analyseres som en kjønn (undertrykket) posisjon som en kvinnelig kjønnsmessig stereotypi inntar i et felt, altså ikke nødvendigvis relatert til de agerende individenes *biologiske* kjønn. En mannlig sykepleier kan eksempelvis innta en kvinnelig (undertrykket/dominert) posisjon i sykepleiefeltet som subfelt av det medisinske felt (Bourdieu 1998/2000 referert til i Holvik, 2018, s. 16). Videre kan man tenke seg at en mannsdominert logikk fremdeles er rådende i det medisinske felt – på tross av at kvinner nå utgjør majoriteten av individene som inntar medisinstudiene, mens mennene dominerer ingeniør og informasjonsteknologiske fag (Onsøien, 2022). Og da pleie- og omsorgssektorens profesjonelle «*velferdsteknologi-iverksetterne*» – som denne avhandlingen handler om – entret rollen som prosjektledere som gikk i dialog med det mannsdominerte private næringslivet, fremstod det relevant å undersøke om historiens sosialisering av de biologiske forskjeller var tilstedeværende i agentenes habitus som via den praktiske sans former deres praktikker. Å medtenke kjønnede maktstrukturer når relasjonene i feltet og styrkeforholdene dem imellom skulle konstrueres frem fremstod derav relevant med henblikk på å forstå felts dynamikker og praktikkene som herav skulle studeres.

2.5 Bourdieus teorier om staten og det økonomiske felt

Det ble tidlig klart at å kartlegge opprinnelsen til det aktuelle problemområdet (demografiske endringer medfører en økende andel eldre og andre hjelpetrequende) og problemløsningen (eldre og andre hjelpetrequende kan avhjelpest med teknologi) var sentralt for å kunne forstå og forklare teknologioptimismen som rådet blant særlig prosjektledelsen i case-kommunene, men også andre agerende i de observerte hjemmetjenesteavdelingene. Som innledningen peker på og særlig de to første analysekapitlene i denne avhandlingen vil drøfte, har staten inntatt en særlig aktiv rolle i å stimulere til bruk av velferdsteknologi i norske hjemmetjenester, som på samme tid innebærer å stimulere de markedskreftene som leverer utstyret. Noen teorier som kunne forklare sammenhengen mellom staten og det økonomiske felt ble derav avgjørende for å kunne svare på studiens forskningsspørsmål, der særlig lesningen av boken *The Social Structures of the Economy* (Bourdieu, 2000/2005) har vært av stor betydning. I de påfølgende fire underkapitler vil bokens hovedpoenger presenteres, i tillegg til de anvendte teoretiske inntakene i boken, samt begrepenes relevans og overførbarhet til denne avhandlingens forskningsspørsmål og analyser.

2.5.1 Statens påvirkning av markedskreftene

Teorien om at man kan studere statens påvirkning av et marked – slik som velferdsteknologinæringen i denne studien – fra to hold som en «dobbel eller tosidig sosial konstruksjon», er hentet fra *The Social Structures of the Economy* (Bourdieu, 2000/2005). Boken som er et av de siste store verkene av Bourdieu og hans medarbeidere¹³, handler tematisk om det økonomiske felt og staten, der markedet for kataloghus (eneboliger) rettet mot middelklassefamilier på 1970 og 1980-tallet i

¹³ Arbeidene om produksjonen og markedsføringen av eneboliger i Frankrike ble gjort sammen med forskerne Salah Bouhedja, Rosine Christin, Claire Givry og Monique de Saint-Martin. Publikasjonene fra dette samarbeidet finnes i *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. Vol. 81-82, mars 1990. *L'économie de la maison* og mer sammenfattet i *The Social structures of the Economy* fra år 2000 (Lebaron, 2009, s. 19). Alle delstudiene som boken bygger på hadde en feltteoretiske optikk, selv om ulike metoder (multipel korrespondanseanalyse, intervju, observasjon og dokumentanalyser) ble brukt for å fremskaffe datamaterialet.

Frankrike, utgjør det empiriske eksemplet når markedsmekanismene/det økonomiske felt undersøkes (Bourdieu, 2000/2005)¹⁴. I boken analyseres det franske boligmarkedet fra både et makrososiologisk perspektiv der statens (boligpolitikk) og markedskonomiens virkninger på boligmarkedet undersøkes, og et mikrososiologisk perspektiv¹⁵ der de subjektive disposisjoner som påvirket boligpreferansene var i fokus.

Som det vil nevnes i bakgrunns- og kontekstualiseringskapittelet av denne avhandlingen (kap. 4) er boligkjøpere ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 19-21) del av et «reproduktivt felt», der man for å kunne forstå og forklare boligpreferanser også må medtenke den symbolske dimensjonen en bolig utgjør. Husets dobbelte mening handler om at boligen også er et *hjem* og en viktig komponent i et hushold, der ulike former for familiestrukturer konstituerer seg som en sosial gruppe, et kollektivt prosjekt. Dette «prosjektet» har både en materiell, sosial og symbolsk dimensjon. Å investere i bolig er en investering i både økonomisk og sosial arv, som bidrar til å opprettholde eller forbedre familiens navn, ære og materielle goder fra en generasjon til den neste. Boligen er familiens ansikt utad, en synlig attestasjon på graden av suksess med det felles familieprosjekt (Bourdieu, 2000/2005, s. 21).

Boligmarkedet er – i likhet med et hvert annet marked – ifølge Bourdieu (1997/2002) resultat av en «*dobbelt sosial konstruksjon*» der staten dels påvirker etterspørselen etter boliger (og andre varer og tjenester) gjennom på den ene side «produksjon av disposisjoner». På den annen side påvirkes etterspørselen av den statlige reguleringen av markedet, gjennom for eksempel finansieringsordninger, tilgang til kreditt, lovverk m.m. Den første delen av den dobbelte sosiale konstruksjonen refererer til statens besittelse av symbolsk makt som på et ikke-bevisst plan kan bidra til å påvirke borgernes smak, preferanser, det som tilkjennes verdi etc. (Bourdieu, 1997/2002, s. 15).

¹⁴ Boken kan også leses som en epistemologisk kritikk av økonomifaget som vitenskapsdisiplin (spesielt teorien om rasjonelt handlende aktører) og nyliberalisme som styringsideologi.

¹⁵ Eventuelt tre nivåer, der muligens det lokale styringsnivået kan hevdes å være et mesososiologisk nivå. Bourdieu selv bruker imidlertid ikke slike inndelinger om sin sosiologi.

På et mer strukturelt plan påvirker staten mulighetsbetingelsene gjennom boligpolitikkenes reguleringer av finansielle støtteordninger, reguleringen av bankenes utlånsvirksomhet (tilgangen på kreditt) m.m. som bestemmes av statsbyråkratiet gjennom høringer, proposisjoner, statlige tilsynsordninger, byråkratiske kommisjoner osv. – alt det man på folkemunne kaller politikk (Bourdieu, 1997/2002, s. 15; Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 96-97). En historisering av genesen til den aktuelle boligpolitikken og kampene i byråkratiet på veien mot boligreformene ble skrevet frem ved hjelp av intervju med byråkrater og tilgjengelige prosessdokumenter.

Med den andre delen av teorien om det økonomiske felt og statens rolle som sosial konstruktør bryter Bourdieu (2000/2005, s. 7-13, 209) med økonomifagets ortodoksi der individenes kalkulerende og rasjonelle valg forstås som det som regulerer etterspørselen alene, uten å medtenke statens påvirkning av det økonomiske felt og subfelter (ulike marked). Bourdieu (2002/2005, s. 7-13) hevder at det økonomiske felt til sammenligning med mer autonome felter i stor grad er «bebodd av staten», der staten følgelig bidrar til dets eksistens og motstandsdyktighet. For eksempel vil både innretningen av sosial- og velferdspolitik, arvelover og skattesystemet påvirke privatøkonomien på den ene side, mens staten også bidrar til å stimulere det økonomiske felt på makroøkonomisk nivå gjennom samfunnsmessige investeringer via statsbudsjetter og ved reguleringer av eksempelvis arbeids- og finansmarkedet.

Måten både boligmarkedet, boligkjøp som sosial praksis og husholdet (boligens materielle, sosiale og symbolske karakter) ble studert i *The Social Structures of the Economy* ga umiddelbart gjenklang til min studie som handler om en villet statlig (eldre)omsorgspolitik, der bruk av velferdsteknologier (sensorer og alarmer) hos hjemmeboende gradvis har vokst frem som et politisk satsningsområde og marked i Norge. Selv om hverken kataloghus eller velferdsteknologi er statlige produserte produkter per se, må produktene relateres til dets politiske aktualitet, samtidig som det økonomiske felts tette bånd til staten må medtenkes. Den teknologiske innretningen av helse- og omsorgstjenestene får i siste instans implikasjoner for både strukturene og

praktikkene i det sosiale rommet (hjemmetjenestene i hjemmet) – der brukerne, de ansatte, hjelpetrequende og deres familier agerer. Det gir – i likhet med markedet for kataloghus som rettet seg inn mot middelklassefamilien – mening å omtale det sosiale rommet hvor informasjonsteknologiske overvåkingspraktikker utspiller seg for et *reproduktivt felt*, bestående av en kvinnedominert helse- og omsorgssektor som ivaretar hjelpetrequende i deres hjem, hvor også familien som sosial enhet må medtenkes når implikasjonene av praktikken studeres. Med rammeverket fra boken som inspirasjonskilde har velferdsteknologi både blitt undersøkt som et produksjonsfelt bestående av en statsbyråkratiets visjoner og praktikker, og et marked som retter seg mot et reproduktivt felt (især eldre hjemmeboende og deres familier i møtet med helsefaglige profesjonelle) – der staten følgelig fremstår som både kunde og garantist.

2.5.2 Feltoptiske analyser av husmarkedet og det reproduktive felt

I første analysedel (s. 15-39) av *The Social Structures of the Economy* tas leseren vekk fra det makrososiologiske eller strukturelle perspektivet på statens virkningsmåter på både boligmarkedet og menneskers boligpreferanser. Dette er muligens et bevisst grep for å bryte med «den skolestiske illusjon» om at politikk, reguleringer, lover og regler er determinerende for menneskelig handling. Bourdieu presenterer derimot sin habitusteori, som et alternativ til «rational action theory» (RAT) for å forstå og forklare bakgrunnen for menneskers boligpreferanser. Han snakker i den sammenheng om et «komplekst system av disposisjoner» der man både på bakgrunn av den individuelle og kollektive livshistorie som borgere i en stat, utvikler sine preferanser i kombinasjon med hva som tilbys på boligmarkedet. Familiens økonomiske kapitaler, men i motsetning til offisielle statistikker viste Bourdieu og hans forskningskollegaers (2002/2005, s. 27-29) supplerende analyser at individuelle sosiale forskjeller (disposisjoner) også påvirker valget av bolig. For eksempel var det å besitte teknisk kyndighet, vie mye av sin tid til oppussing av huset, det å arve et stykke land etc. eksempler på kapitaler som førte til at noen på tross av lav økonomisk kapital klarte å skaffe seg en god bolig. Analogt med boligteknisk kyndighet var det i feltstudien som denne avhandlingen om velferdsteknologi bygger

på ansatte, brukere og pårørende, som på bakgrunn av sine disposisjoner i varierende grad behersket og posisjonerte seg ulikt til bruk av velferdsteknologi. I hvilken grad man ønsker mye eller lite teknisk utstyr i boligen vil på samme måte tenkes å kunne påvirkes av brukernes livshistorie og husets symbolske dimensjon i den aktuelle familien.

I passasjene om næringen og «logikken i produksjonsfeltet» viste Bourdieu og forskningskollegaene (2000/2005, s. 39) at det eksisterte objektive strukturer mellom tilbyderne av boliger som stod i et styrkeforhold til hverandre, som følgelig dannet grunnlaget bak kampene for å opprettholde eller transformere feltet. I motsetning til bransje- eller sektortenkning som setter samtlige firmaer i en kategori, kan man ved felttenkningen undersøke hva som kjennetegner produktene og firmaene, i tillegg til å studere deres komplementerende egenskaper i rivaliseringen, som både forener og distingverer dem. Forskjellige egenskaper og styrker¹⁶ definerte deres eksistens, lønnsomhet og overordnede posisjon i feltet på det aktuelle tidspunktet av historien. Deretter ble de tilstedeværende boligfirmaene kartlagt ved hjelp av habitustrilogien (posisjon, posisjoneringer og disposisjoner), der feltskisser av det sosiale rommet av boligfirmaene kunne konstrueres frem, samtidig som hvert enkelt firma kunne studeres som et sosialt mikrokosmos med interne kamper og rivaliseringer.

Det sosiale rommet av hustilbydere tilbød og markedsførte på bakgrunn av sine disposisjoner produkter som stod i en homologi til rommet av ulike huskjøperes kapitalvolum og preferanser, som avgjorde firmaenes evne til å beholde eller forbedre sin markedsposisjon (Bourdieu, 2000/2005, s. 71-72). Studien viser i så måte det

¹⁶ Opplysningene som ble innhentet om firmaene var alder, juridisk status (offentlig aksjeselskap, privat aksjeselskap, franchise), firmaets organisering og aktiviteter (eiendomsutvikling og byggefelt, eneboligbygging, merkevarer etc.), hovedkontor (Paris eller region utenfor Paris, provinsielt) og salgsområde (lokalt, urbant, hele landet), antall ansatte, skalaen og kvaliteten på den økonomiske aktiviteten (kapital, omsetning, profit, antall startups) og kontroll over firmaet (familie, banker, store byggefirma) ((Bourdieu, 2000/2005, s. 44).

økonomiske felts kompleksitet – som står i kontrast til doxaet om at kun det er tilbud og etterspørsel som regulerer markedet:

«Man kan ikke unngå å innse, spesielt når det gjelder kjøp av et produkt som er så verdiladet som et hus, at "subjektet" for økonomisk handling har lite eller ingenting med den rene bevisstheten å gjøre, slik den ortodokse teori forstår subjektet, med en bevissthet som er fullstendig blottet dets fortid, men at derimot økonomiske strategier, som på bakgrunn av disposisjoner, er svært dypt forankret i den individuelle og kollektive fortid, integrert i et komplekst system av reproduksjonsstrategier og dermed lastet med hele historien til det som de tar sikte på å forevige – nemlig den hjemlige enheten, i seg selv et produkt av et kollektivt konstruksjonsarbeid som igjen i stor grad kan tilskrives staten; og at, korrelativt, økonomiske beslutninger ikke tas av isolerte økonomiske agenter, men av en kollektiv gruppe, familie eller bedrift som fungerer som et felt» (egen oversettelse fra Bourdieu, 2000/2005, s. 16-17).

Analysene av markedet (produsentene) og konsumentene inspirerte meg til å undersøke de tilstedeværende tilbyderne av velferdsteknologi og konsumenter (kommunale iverksettere i velferdsteknologiske prosjektgrupper) i mitt feltarbeid med en feltoptikk. For eksempel med henblikk på styrkeforholdene dem imellom og hvem som kunne sies å inneha definisjonsmakten i denne transaksjonen.

2.5.3 Statens rolle i konstruksjonen av et marked og reklamens symbolkraft

En re-konstruksjon av kampene i det boligpolitiske felt i den aktuelle tidsperioden (1960-1980-tallet) viste at det innad i det politiske felt (politikk, byråkrati, lobby m.m.) hadde pågått kamper mellom de bevegelser og interesseorganisasjoner som kjempet for å bevare den tradisjonelle (ortodokse) boligpolitikken¹⁷ som var av en mer sosial og kollektiv karakter, og de heterodokse krefter (neoliberalistisk orienterte politikere, teknokrater, ingeniører, boliglobbyen etc.) som arbeidet for å legge til rette for en individualistisk boligpolitikk.

¹⁷ For eksempel kunne familier fra småborgerskapet leie seg en billig leilighet, selv i sentrale strøk før reformeringen av boligpolitikken. Initiativene til reformarbeidet handlet også om økt press på de tilgjengelige boligene i sentrale strøk, der de lavere sosiale klasser følgelig ble henvist til landlige strøk ved hjelp av et budskap om «det gode liv på landet» (Bourdieu, 2000/2005, s. 16, 56).

På 1960-tallet skjedde det et brudd der en neoliberal boligpolitikk gradvis fikk dominans, blant annet som følge av tiår med lobbyering¹⁸ fra store boligutbyggerfirma om å tilrettelegge for eneboligbygging. Samtidig var det å sikre den individuelle rett til et minimum av arv gjennom eiendom en logikk som passet med «den etablerte orden» blant makteliten av samfunnet, ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 90-91). Statlige virkemidler slik som en oppmykning i lovverket omkring hvem som kunne få boliglån førte videre til at etterspørselen etter eneboliger økte, samtidig som det ga bankene mer kapital til å finansiere flere byggeprosjekter. Det statlige eierskapet av boligmassen falt følgelig drastisk i løpet av bare en tiårsperiode (Bourdieu, 2000/2005, s. 90). Barrekommisjonen som på 1970-tallet fikk i mandat å utrede boligpolitikken, medførte at det ble en enda større dreining mot en mer individualistisk orientert boligpolitikk, som ble hevdet å både gagne familiene (de kunne få bo større og mer landlig) og statens boligutbyggere. Bourdieu og kollegaenes undersøkelser av utvalgsarbeidet peker på at høringsuttalelser og andre posisjoneringer fra boligsosiale pressgrupper i liten grad ble tatt med i beslutningsgrunnlaget, til sammenligning med rapporter fra teknokrater, økonomer og ingeniører som stemte overens med Barres' overbevisninger som liberal økonom (Bourdieu, 2000/2005, s. 98-99).

Barrekommisjonens argumentasjon traff de fleste boligkjøperne (familier fra småborgerskapet og arbeiderklassen) som drømte om det landlige og elitære hus som lå litt for seg selv, bygget med autentiske håndverkstradisjoner, fremfor et industrielt bygget hus i et byggefelt eller en leilighet i en blokk. Realiteten ble imidlertid ofte noe annet enn det både det boligreklamene og staten fremstilte. Mange av familiene fikk uforholdsmessig høye lån på eneboliger av lav teknisk kvalitet og særegenhet, ofte plassert langt utenfor de store byene. Boligpolitikken førte følgelig til det Bourdieu (2000/2005, s. 195-192) omtaler som «småborgerlig sosial lidelse», der familiene fikk

¹⁸ Lobbyen fant en talsperson i samferdsels- og infrastrukturministeriet, som gjorde det til sin misjon å trekke staten tilbake fra dette aktivitetsfeltet (det begynte i 1966 med pantelån og derav stimulere til eierskap av egen bolig i tråd med markedslogikken, samt gi godkjenninger om lån til nye grupper og gi utbyggere tilgang til tomter, begrense byggingen av høye blokker og stimulere til å bygge eneboliger (Bourdieu, 2000/2005, s. 91).

økonomiske problemer og en kronglete hverdag med pendling til jobb og skole, samtidig som huset var under middelmådig kvalitet. Ofrene hadde som følge av sin underdanige sosiale posisjon blitt offer for symbolsk vold som følge av sin streben etter overklassens idealbolig, men også i form av at de i siste ende skyldte på seg selv for å ha endt opp i den uheldige situasjonen boligkjøpet representerte.

Bourdieu og kollegaer (2000/2005, s. 23-24) viste videre at reklame er et effektivt virkemiddel som til enhver tid tilpasses til å underbygge den herskende (statlige) mening om saken. Ved å henvende seg til fortidens eksisterende disposisjoner og bruke «poetiske virkemidler» som spiller på den levde erfaring, som kjennes spesifikk for individene, men som også spiller på kollektive habituser og livshistorier, virker reklamen som en «magisk kraft». Etterspørsel er i så måte både et produkt av de individuelle sosiale livshistorier og statlig styring (Bourdieu, 2000/2005, s. 55- 65), der underliggende persepsjonsskjemaene reaktiveres gjennom reklame, for eksempel i kvinne- og/eller bolig/hagemagasiner i studien om eneboligmarkedet i Frankrike og på velferdsteknologiske området via firmaers nettsider og informasjonsmateriell (brosjyrer, flyers ol), som vil analyseres i avhandlingens empiriske undersøkelser (kap. 4 og 5).

Begrepet «sosial lidelse» som brukes både i *The Social Structures of the Economy*, men også i verket *The Weight of the World* (Bourdieu, 1999b) handler grovt skissert om småborgerskapets lidelser som følge av neoliberalismens inntog. Inspirert av de to overnevnte (sene) verkene av Bourdieu og kollegaer som drøfter konsekvensene av neoliberalismen på individuelt plan, har jeg valgt å bruke det analytiske begrepet sosial lidelse når konsekvensene av velferdsteknologi som politisk satsningsområde og kommersielt produkt skrives frem i analyse- og drøftingskapitlene. Velferdsteknologi som politisk satsningsområde har (i likhet med Bourdieu 1999a og 2000/2005 et al.) blitt posisjonert som en konsekvens av neoliberal politikk, som jeg til nå har argumentert for at også kom til uttrykk i form av en dreining mot hjemlig/aktiv hjemmebasert omsorg ved hjelp av teknologi. Videre drøftes det også i denne

avhandlingen at det foreligger en diskrepans mellom de velferdsteknologiske «reklameplakater» i lys av tekniske og kommunale realiteter.

2.5.4 Neoliberalisme som dominant styringslogikk i vestlige samfunn

Den britiske antropologen David Harvey (2007) viser i boken *A brief history of Neoliberalism* hvordan nyliberal ideologi ble dominerende i vestlige samfunn fra 1970-tallet og i økende grad utover 1980-tallet. Nyliberalismen påvirket både tankesett, politikk og praktikker også utover vestlige samfunn ifølge Harvey. Harvey (2007) argumenterer videre for at nyliberalismen har ledet til en degradering av statens makt over det økonomiske felt, som følgelig har fremmet privatisering, deregulering av finansmarkedet og andre fremmere av markedsprosesser, på bekostning av velferdsstaten og borgernes velferd.

Bourdieu (2000/2005, s. 224-231) argumenterer i likhet for at en neoliberalistisk styringslogikk så ut til å få fotfeste over store deler av verden, takket være internasjonale organisasjoner slik som Verdensbanken og det Internasjonale pengefondet og alle regjeringer som direkte eller indirekte lar seg diktere av slike dominante organisasjoners styringsprinsipper («principles of governance»). Bourdieu (2000/2005, s. 10) relaterte tilbaketrekkingen av statens kollektive velferdsordninger i mange vestlige samfunn til et system av dominante synspunkter og verdier – et ethos eller et moralsk synspunkt på verden – som han kalte en økonomisk «common sense». I dette doxaet stod forståelsen av det frie marked uten statlig innblanding som den eneste måten å organisere produksjon og handel effektivt og rettferdig i demokratiske samfunn sentralt. I denne sammenheng trekker Bourdieu (2000/2005, s. 10-11) frem USA som et eksempel på en svak statsmakt som har blitt redusert til det minste minimum av en «ultraliberal konservativ revolusjon» som har ført til tilbaketrekking av staten. For eksempel har det vært et skifte mot private tilbydere av helse-, omsorgs- og velferdstjenester som helse, bolig og sikkerhet, der også utdanning og kultur har blitt de kommersielle krefters domene.

En fraskrivelse av ansvar for å utjevne sosial ulikhet er ifølge Bourdieu 2000/2005, s. 11) i tråd med den gamle liberale selvhjelpstradisjonen som handler om at «*Gud hjelper dem som hjelper seg selv*» og følgelig en glorifisering av individets ansvar i konservativ politikk som ledet til at alle former for sosial lidelse og mislykkethet måtte individene selv stå til ansvar for, kontra samfunnet/statsmakten. Denne politikken ledet videre til en delegering eller desentralisering av ansvar for sosiale behov til lokale myndigheter, det vil si lavere nivå av autoriteter som en region eller by. Individualismen er en grunnpilar i neolibérale økonomiske ideologi der sosial usikkerhet og lidelse forstås som en faktor som kan bidra til at individene skjerper seg som i siste instans fører til mer effektive og produktive økonomiske agenter. Dette synet fremmes av både konservative politikere og deler av den amerikanske samfunnsvitenskapen ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 11). I boken *The Weight of the World*¹⁹ som er et stort verk med bidrag fra mange forskere ved Bourdieus forskningscenter, drøftes ulike former for sosial lidelse på individnivå, på bakgrunn av strukturelle vilkår og tilbaketrekking av velferdsgoder som følge av neolibérale strømninger (Bourdieu, 1999b).

Tenker man med Bourdieus feltoptikk er det også innad i staten kamper mellom dominerende og dominerte grupper av byråkrater, på bakgrunn av deres disposisjoner i møtet med feltet, men også på bakgrunn av samfunnsmessige forhold (tidsånden) i den aktuelle tidsperioden. Bourdieu (1993/2010, s. 121) argumenter for at staten i så måte har vært grunnleggende tvetydig fra dets opprinnelse. Med det mener han at det innad i statsapparatet er grupper som i større eller mindre grad arbeider for å realisere allmennvellets interesser, kontra de mer «utro» tjenestemenn som i større grad er orientert mot å styrke sin egen sosiale posisjon, makt og rikdom (Bourdieu, 1993/2010, s. 121). Også i teksten «*Statens venstre og høyre hånd*» drøftes de motstridende interessene i staten og den sosiale lidelsen som finner sted i kampene mellom de agenter

¹⁹ På fransk=La Misère du Monde og på norsk=Verdens elendighet

som ivaretar omsorgs- og velferdstjenester, samt opplæringssektoren (statens venstre hånd) og den økonomisk-teknokratiske pol av samfunnet (statens høyre hånd), der det i byråkratiet foregår kamper mellom en underlegen venstrehånd og overlegen høyrehånd i statsapparatet. Et hovedbudskap kretser rundt tesen om at statens høyre hånd ikke lenger anerkjenner statens venstre hånds verdi (Bourdieu, 1992/2011, s. 166-167).

Teoriene om en økonomisk «common sense» eller doxa på bakgrunn av nyliberalisme som dominant styringslogikk eller ideologi, har relevans for denne studien. Teoriene om hvordan internasjonale strømninger vinner frem som universelle sannheter – eller et doxa på bestemte politikkområder – er eksempelvis relevant for denne avhandlingens historiske analyser med ambisjon om å forstå og forklare hvor teknologistøttet eldreomsorg som politisk idé kommer fra og hvordan denne idéen eller politiske visjonen er blitt forhandlet frem gjennom årenes løp. Til sammenligning har det på helse- og omsorgsområdet oppstått politikker eller transnasjonale strømninger som har blitt ført i pennen av internasjonale organisasjoner som f.eks. OECD, EU og WHO, som i likhet ser ut til å ha formet et herskende doxa i nåtiden om at vestlige velferdsstater er i krise og at endringer må skje raskt i form av for eksempel (velferds)teknologiske innovasjoner, for de hjelpetrengende og eldres beste. Den danske statsviteren Hanne Marlene Dahl (2017) drøfter i boken «*Struggles in (elderly) care: a feminist view*», hvordan OECD – men også andre store internasjonale organisasjoner slik som WHO og EU – påvirker helse- og omsorgspolitikken i de nordiske velferdsstater, i form av transnasjonale diskurser om aldring i strategier som «aktiv aldring», «aldersvennlige samfunn» og idealer om både «avstandsomsorg» og «egenomsorg».

2.5.5 Kommisjoner og andre statsbyråkratiske praksisformer

Doxa, eller den herskende mening i det aktuelle politisk-byråkratiske feltet skapes ifølge Bourdieu (1989-1991/2014, s. 34) ofte av høyt posisjonerte medlemmer av statlige kommisjoner, ikke nødvendigvis for å oppnå konsensus, men for å bevege doxa

og transformere hva som stilltiende aksepteres som selvinnlysende. Uttalelsene fra en kommisjon kan derav bli til fyndord, som igjen bidrar til å transformere observasjoner eller beskrivelser om et bestemt tema til normer om saken (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 34). Ved å fremstå som en uavhengig gruppe med fageksperter fungerer kommisjonene godt til å legitimere statens syn på et bestemt problemområde, som senere blir til det universelle synet, eller doxa om saken (Pierre Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 221). Problemet er bare at medlemmene som er utnevnt av staten og for staten til å definere saken ofte er forutbestemt på bakgrunn av sosiale determinanter. Ofte har man med representanter fra ulike samfunnslag og posisjoner i feltet, slik som f.eks. fagforeningsfolk, men ifølge Bourdieu kan man stille spørsmål til øvrige representanter reelle innvirkning på saken (Bourdieu, 1993/2010, s. 130). Når problemet er definert, er kommisjoners utredninger og rapporter godt egnet til å stadfeste f.eks. hvem som skal gis rettigheter til statlige støtteordninger og hvilke grupper som får prioritet (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 221). Problemet er bare at det er staten som både oppnevner tilsynsmyndigheter, kommisjoner og deres mandat (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 11).

Bourdieu forsøkte med disse teoretiske utleggingene å synliggjøre grunnlaget for symbolsk maktutøvelse, der begrepet «det overordnede maktfeltet» viser til et kampfelt på samfunnsplan, der de bemidlede og derav dominerende posisjoner innen f.eks. de økonomiske, politisk-byråkratiske, juridiske og akademiske felt kjemper om definisjonsretten omkring hvordan samfunnet skal inndeles og anskues («*principles of vision and division*») (Mathiesen, 2002, s. 19). En av staten – eller mer presist ulike byråkratiske underfelters sentrale praksisformer på veien mot å skape kategorier og inndelinger i samfunnet – knytter seg til produksjonen av forfatterløse policy-dokumenter (alt det som omtales som «grå litteratur»). Denne policy-litteraturen fremstår ofte kun som praktiske løsninger på objektive samfunnsmessige problemer og er ofte anonym, teknisk og språklig lite tilgjengelig for lekfolk, men får stor tyngde og påvirkningskraft fordi den inneholder forestillinger om staten som er konstituerende for hele den statlige virksomhet (Bourdieu, Christin & Will, 2010, s. 146-147).

Et viktig poeng i den sammenheng er Bourdieus argument om at staten i seg selv er en sosial konstruksjon som har blitt konstruert av spesialister/kommisjoner²⁰ (ofte jurister) og fungerer som et maktfelt der både skrevne (føringer, lovtekster, måleenheter ol.) og uskrevne regler (det som symbolsk tillegges verdi) defineres for og av makthaverne, men oppfattes som naturlige og universelle kjennetegn ved «det offentlige» (Bourdieu, 1993/2010, s. 127-131). Staten fremstår ofte som en villet og «selvstendig» aktør som konstruerer den sosiale virkeligheten, mens Bourdieu derimot argumenterer for at den sosiale virkeligheten også konstruerer staten (Callewaert, 2013, s. 21). For eksempel viste Bourdieu (1993/2010) sine studier av statens genese hvordan overgangen fra dynastisk til byråkratisk stat endret maktutøvelsens art fra militær og voldelig, til en maktutøvelse av symbolsk art, spesielt i form av verdsettelsen av kulturell kapital gjennom skolen. Staten gikk i så måte fra å ha herredømme over legitim bruk av vold, til legitim bruk av symbolsk vold. Med det mente Bourdieu at arv av rikdom gjennom ekteskap og blodsband, samt bruk av fysisk makt i tidligere tider (kongedømme), sikret reproduksjon av elitene, mens det med statsdannelsen skjedde en dreining mot at kompetanse er hovedprinsippet for reproduksjon av makt. Bourdieu viser imidlertid at personer med røtter i de tidligere tiders adel på bakgrunn av høy grad av symbolsk kapital gjorde det godt i skolesystemet, som la grunnlaget for den legitime/anerkjente kompetanse som videre ga dem monopol på den offentlige forvaltning. Bourdieu beskriver her en overgang fra adel basert på rikdom og familieband til det han omtaler som en «byråkratisk adel» eller «statsadel» (Callewaert, 2013, s. 25).

Så er spørsmålet om dette til dels kritiske synet på staten og bruken av statlige kommisjoner har relevans i det åpne (tillitsbaserte), frie og demokratiske Norge? Fra norsk kontekst viser sosiologene J. Christensen og Holst (2020, s. 13) at ekspertutvalg er mye brukt på tvers av politikkområder i Norge. Tradisjonen finner vi helt tilbake til

²⁰ Kommisjonsmodellen hadde sin opprinnelse i det engelske kongedømmet i det 12. århundret (Bourdieu, 1993/2010, s. 130).

1800-tallet, mens etableringen av Norges offentlige utredninger (NOU-er²¹) startet på begynnelsen av 1970-tallet (J. Christensen & Holst, 2020, s. 84-86). Regjeringen bestemmer hvilke temaer som er en utredning verdig, der regjeringens politiske ståsted og sakseierskap følger påvirker hvilke tematikker som prioriteres. Politikerne og embetsverket velger også utvalgets medlemmer, sammensetning og mandat (J. Christensen & Holst, 2020, s. 100-101). Bruken av NOU-er var økende de første tiårene for å senere minke i antall. På den annen side viser forskerne at utvalgene i dag ofte utreder flere temaer innen et politikkområde i en og samme NOU, samt at bruken av eksperter slik som økonomer, jurister, statsvitere, sosiologer, medisiner, ingeniører mfl. har vært økende (Christensen & Holst, 2020, s. 82-95). Ekspertenes faglige bakgrunn varierer ut ifra saksfelt, men som oftest har de høyere utdanning, mange har også doktorgrad (J. Christensen & Holst, 2020, s. 13).

Christensen og Holst (2020, s. 92) argumenterer for at kommisjonene har blitt mer eksperttunge og i økende grad viser til forskningslitteratur for å underbygge et bestemt ståsted, mens kommisjonenes sammensetting og mandat på langt nær er så uavhengig som det fremstilles utad. For eksempel peker forskerne på en særlig økning av økonomer og samfunnsvitere i NOU-utvalgene, der økonomer også har fått økende innpass i lovutvalg (tidligere dominert av jurister). En del offentlige utvalg har derav de seneste årene blitt kritisert for å ha en for ensidig økonomisk rasjonale i utredninger av politikkområder som ville hatt nytte og relevans av andre faglige innfallsvinkler (J. Christensen & Holst, 2020, s. 95-96). Et annet viktig prinsipp i NOU-tradisjonen har vært at ulike interessegrupper skal få komme med faglige synspunkter og påvirke utvalgets innstilling til saken. Christensen og Holst (2020, s. 90-91) argumenterer for at ideen om utvalg som konsensussskapende institusjon fremdeles er tilstedeværende, men i likhet med Bourdieu (1993/2010, s. 130) stiller de norske forskerne spørsmål til

²¹ Norges offentlige utredninger (NOU-er) er en tradisjon der ekspertutvalg oppnevnes av et departement eller den norske regjering for å utrede et lovforslag, reform

interesseorganisasjoners reelle påvirkning av politikkkutformingen som de hevder har svekket seg gjennom historien.

På samme måte som Goffmanns analyser av menneskelig interaksjon analyseres som iscenesettelser («stagings») der noen er skuespillere og andre er tilskuere, kan statlige kommisjoner ifølge Bourdieu (1989-1991/2014, s. 25) analyseres som en statlig «staging» eller skuespill. Forskjellen er imidlertid at skuespillerne på den statlige scene plasseres av staten selv. En skarp sosiolog må derfor analysere hva som foregår bak scenen. Det kan dreie seg om hvorfor noe eller noen får prioritet over noe annet, hvem som er produsenter og hvem som er konsumenter, alt i alt det som ligger bak scenen som virker avgjørende på den endelige politikken. I den sammenheng gir det ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 107) ikke en forklaring på kampene bak politikken å analysere diskursene som et ferdigstilt politisk dokument representerer. På en annen side er det ikke alltid mulig å få tak i opplysninger om de tilstedeværende agentene og deres disposisjoner, om forskeren kun har for hånden såkalte «forfatterløse dokument» skrevet av byråkrater på vegne av staten (Bourdieu et al., 2010). Det kan imidlertid være lettere å kategorisere om noen (individer eller grupper) posisjoneringer på bakgrunn av sitt høye kapitalvolum kan anses å være *produsenter* av den herskende mening om saken (doxa), eller om agentene representerer *konsumenter* som har i oppgave å transformere politikk, normer, den riktige smak etc. til konkrete praktikker i ulike subfelter av samfunnet slik som skolen, helse- og omsorgstjenestene, ulike marked ol. (Broady, 1998). I den sammenheng har begrepene produksjons- og konsumpsjonsfelt vært svært nyttige teoretiske verktøy på veien mot å innta en radikal tvil til prekonstruksjoner, eller doxaet om forskningsobjektet.

2.5.6 Å tenke med begrepene produksjons- og konsumpsjonsfelt

Produksjonsfeltet – eller feltet for kulturell (symbolsk) produksjon – dreier seg blant annet om politiske subfelt slik som statsbyråkratiene, der de dominante klasser på et ikke-bevisst plan bidrar til å definere hva som er kulturelt overlegent noe annet og derav generer symbolsk kapital/makt på samfunnsplan (Bourdieu, 1985, s. 730-731;

Broady, 1998, s. 21). Bourdieu (2002/2005) analyserer i *The Social Structures of the Economy* hvordan staten fungerer som en «dobbel sosial konstruksjon» gjennom et produksjonsfelt²² (statlige føringer, byråkratiet og bolignæringens markedsføring) på den ene side og konsumpsjonsfeltet (boligkjøperne/familiene) disposisjoner på den annen side. Boken er slik sett et eksempel på en studie som både befatter seg med representasjoner (f.eks. gjennom reklame, politiske føringer) og hvordan konsumentene (boligprodusenter og kjøpere) i ulik grad gjenkjenner, anerkjenner og erkjenner budskapet på et symbolsk plan.

Et annet sentralt poeng i praxeologien er riktignok at skillet mellom teori og praktikk – å vite og å gjøre – må medtenkes. Det som er politisk bestemt eller faglig anbefalt, er slik sett kun en referanse blant flere når f.eks. sykepleiere eller andre helseprofesjonelle utfører sine konkrete praktikker (Petersen, 2013, s. 770-771). I Bourdieus sosiologi er det i den sammenheng et viktig poeng å skille mellom representasjonenes verden og den sosiale virkelighet. Relasjoner i representasjonenes verden kan eksempelvis dreie seg om bøker i et litterært felt, mens relasjonene mellom forfattere, kritikere og boklesere handler om de som produserer og formidler representasjonene i det virkelige liv (Broady, 1991, s. 466). Broady (1998, s. 21) argumenterer langt på vei for at man bør holde representasjon/produksjon og konsumpsjon/reproduksjon adskilt i vitenskapelige studier, fordi det vil være vanskelig å gripe alle disse ulike nivåene i en og samme undersøkelse. På den annen side presiserer Broady (1991, s. 467) at Bourdieus sosiologi bygger bro mellom representasjonenes verden og den sosiale

²² Bourdieu (2000/2005) anvender imidlertid ikke begrepsparet konsumpsjons- og produksjonsfelt på helt samme måte som tidligere i *The Social Structures of the Economy*. Begrepet produksjonsfelt brukes ikke dirkete om representasjonsnivået alene i form av statlige føringer, kommisjoner ol., selv om statens konstruksjon av markedet er et hovedpoeng i boken. Begrepet produksjonsfeltet brukes derimot om et konkret felt av boligprodusenter, mens konsumentene er boligkjøperne. På den annen side inkluderes både boligprodusentene og konsumentene i en felles analyse av «det reproduktive felt», der poenget er at både familiene og boligprodusenten på bakgrunn av deres disposisjoner (ikke-bevisst) bidrar til å reproducere (de elitistiske/aristokratiske) definisjonene på hva et «drømmehus» er eller bør være (Bourdieu, 2000/2005, s. 51-56).

virkelighet. En komplett litteratursosiologisk analyse à la Bourdieu vil derav både granske relasjonene mellom verkene og relasjonene mellom menneskene bak representasjonene, samt konsumentene som kjøper, leser eller vurderer litteraturen.

I denne avhandlingen argumenteres det for at staten påvirker det velferdsteknologiske markedet, men også at markedet påvirker statens politikk på området. Både statlige maktfelter og den teknisk-økonomiske maktfelt anses i så måte for å være produsenter av doxaet om velferdsteknologiens mange positive effekter på individ -og samfunnsplan (jfr. kapittel 1). I min feltstudie er det de kommunale hjemmetjenestens ledere og organisatorer som utgjør *konsumentene* som tok valg om hvordan de tilgjengelige ressurser best mulig kunne anvendes, hvilke typer velferdsteknologisk utstyr som skulle kjøpes inn, samt hvordan tjenestene med bruk av teknologi skulle organiseres. Hjemmetjenestens utøvende ansatte og de hjelpetrengende tjenestemottakerne var de som tok teknologien i bruk i det daglige som sluttbrukere og derav en annen form for konsumenter. For å få mulighet til å kjøpe velferdsteknologisk utstyr og tjenester krevdes det imidlertid at kommunalpolitisk ledelser og administrasjon gjennom fortolkning av statlige føringer implementerte velferdsteknologi som en del av de kommunalpolitiske strategier og satsningsområder og deriblant bevilget økonomiske midler til satsningen. Bourdieus (2000/2005) utlegginger om det lokale myndighetsnivået fremstod i den sammenheng relevant å medtenke. Bourdieu (2000/2005, s. 49) argumenterer i denne sammenheng for at en statlig reform ikke kan redegjøre for alle eventualiteter i en praktisk virkelighet og innebærer således alltid et visst tolkningsrom. Videre hevder Bourdieu (2000/2005, s. 126-147) at mange av de samme maktmekanismene og logikkene man finner i statsbyråkratiet er til stede innen det han omtaler som «feltet for de lokale myndigheter».

Det skarpe skillet mellom sentrum og periferi, stat og lokalmyndigheter er sosialt konstruerte og hierarkiserende prinsipper som opprettholder en forestilling om at de lokale myndigheter foretar en mekanisk anvendelse av de sentrale beslutninger. Bakgrunnen for denne forestillingen er ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 126-147) uttrykk

for symbolske styrkeforskjeller i byråkratiet, tenkt som et samlet korps. Herav hersker det en forestilling om at kommandoer gis fra sentrale myndigheter, mens utførelsen gjøres lokalt. Bourdieu advarer om at forskere lett kan overta slike skarpe skiller, fordi de har blitt sosialisert og naturliggjort som universelle sannheter. I den sammenheng viser Bourdieu og kollegaer (2000/2006, s. 126-147) hvordan lokale myndigheter faktisk hadde en relativ autonomi til å tøyne reglene, mens graden av spillerom ble avgjort av den individuelle byråkrats sosiale bakgrunn og posisjon i det overordnede maktfeltet. Videre spilte de lokale mulighetsbetingelser, ressurser og kapitalvolum inn på hvor trygge de lokale myndigheter var på å ta selvstendige valg. Politiske veivalg krever ofte kompetanse, kunnskap og utredning på tvers av fagfelt. Der hadde myndighetene i små distriktskommuner naturlig nok mindre å stille opp med til sammenligning med større kommuner/distrikter. Det å følge statlige føringer var også viktig for å vinne tillitt og sikre gjenvalg, mens det å gå helt egne veier krevde et særskilt høyt kapitalvolum. Å undersøke case-kommunens grad av autonomi i relasjon til de statlige visjonene om teknologistøttet omsorg syntes også å være interessant i en større velferdsstatlig sammenheng, ettersom den kommunale autonomien tradisjonelt sett har vært regnet som relativt høy i norsk kontekst. På den annen side fører staten også i norsk kontekst tilsyn og kontroll over om kommunene oppfyller lovpålagte tjenester og statlig definerte resultatmål²³ (Halvorsen et al., 2013, s. 94-95).

2.5.7 Bourdieus teorier om produksjonsfelt og konsumpsjonsfelt i lys av nyinstitusjonell organisasjonsteori

Som et supplement til Bourdieus teori om henholdsvis et produksjonsfelt som innehar den symbolske definisjonsmakten og et konsumpsjonsfelt der maktens ideer tas opp og omdannes til konkrete praktikker, belyser og kategoriserer nyinstitusjonell teori ulike former for press (tvingende, normativt og mimetisk) som organisasjoner (slik som

²³ Det er Lov om kommuner og fylkeskommuner som regulerer kommunenes virksomhet. KOSTRA som står for kommune-stat-rapportering er et nasjonalt system som blant annet brukes for innrapportering av kommunale måloppnåelser (Halvorsen, Stjernø & Øverbye, 2013, s. 94).

kommuner) utsettes for som følge av å være del av et organisasjonsfelt (Eriksson-Zetterquist, Kalling & Styhre, 2014, s. 249-255).

I denne teoriretningen er det risikoen for tap av legitimitet og troverdighet som hovedsakelig anses som forklaringen på hvordan det kan ha seg at organisasjoner tilpasser seg ulike former for press utenfra (Eriksson-Zetterquist, Kalling & Styhre, 2014, s. 249-255). Resultatet av tilpasningene er det organisasjonsteoretikerne kaller «isomorfi» eller formlikhet, der det påpekes at organisasjoner innenfor samme felt ofte blir strukturelt veldig like hverandre. Den generelle antakelsen innenfor teoriretningen er i så måte at organisasjoner som opererer innenfor samme felt over tid vil bli preget av formell likhet – eller strukturell konvergens. Det betyr også at hele feltet institusjonaliseres, dvs. at det dannes felles normer og virkelighetsoppfatninger (problemforståelse og oppfatninger om egne og andres roller etc.), som kan minne om det Bourdieu (1977, s. 164) forsøker å fange i det teoretiske begrepet *doxa*. Teoriene bryter imidlertid med Bourdieus teoriunivers på den måten at vurderingene som ligger til grunn for formlikheten fremstilles som mer eller mindre rasjonelt kalkulerende tiltak som følge av press, mens Bourdieu (2000/2005, s. 8) på sin side ville være mer opptatt av at de agerende i feltet som følge av sine disposisjoner og feltkjennskap anvender en kroppsliggjort *praktisk sans* som får handlingene, valgene og preferansene til å fremstå som rasjonelt kalkulerende.

Den nyinstitusjonelle teoriretningens kategoriseringer av ulike former for press (innenfor et bestemt felt, sektor, bransje ol.) fremstår imidlertid som relevante for studiens utgangspunkt, der ulike former for press fra både statlige og kommunale (offentlige), samt private (teknologinæringen) maktinstanser er i søkelyset. I den nyinstitusjonelle teoriretningen kategoriseres press utenfra som nevnt i tre hovedformer: *tvingende*, *normativt* og *mimetisk press/isomorfisme*²⁴. Tvingende press eller isomorfisme handler om krav/overtalelser: lover, reguleringer, statlige

²⁴ Isoformisme betyr formlikhet og brukes i organisasjonsteorien for å peke på ulike former for press som tvinger frem en homogenitet i organisasjonsfelter (Eriksson-Zetterquist, Kalling, & Styhre, 2014, s. 254).

bestemmer, eller invitasjoner/oppfordringer til å innføre bestemte ordninger. Staten er følgelig den mest sentrale organisasjonen relatert til tvingende isomorfisme, der lovverket er den kraftigste formen for påvirkningskraft eller styring. Organisasjoner med økonomisk kapital og finansieringsmuskler er et annet eksempel på en sterke posisjoner relatert til denne strukturelle formen form tvang (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 254), noe som underbygger den preliminnære tesen i denne studien der både staten og næringen anses å være sterke drivkrefter i genesen av det velferdsteknologiske markedet både i Norge og utover Norges landegrensar (jfr. underkapittel 2.5.3).

Mimetisk press/isoformisme handler om ulike former for «kopiering» som kan være en respons på en usikkerhet organisasjoner kan kjenne på som følge av å være en del av et sammenlignbart organisasjonsfelt, der organisasjoner ender opp med å etterape eller «kopiere» andre organisasjoners tiltak eller ordninger som man tror er trendy, moderne, «up to date» ol. At det er en viss «hype» eller teknologioptimisme bak satsningen på velferdsteknologi fra både næringen og myndighetshold kan i den sammenheng resultere i en form for mimetisk press, noe avhandlingens første to analyse- og drøftingskapitler (kap. 5 og 6) vil drøfte ved hjelp av empiriske eksempler.

Både fagforeningenes og utdanningsinstitusjoners posisjoneringer til saken kan derimot være relatert til det man i nyinstitusjonell teori definerer som *normativt press/isoformisme*, som handler om at forventninger til hva en organisasjon bør ha/gjøre, særlig påvirkes av profesjonsnormer som spres gjennom faglige nettverk (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 255). Som et eksempel kan det pekes på at både Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet som organiserer majoriteten av henholdsvis landets sykepleiere og hjelpepleiere, i sine respektive fagblader har hatt temanummer om velferdsteknologi (Fagforbundet, 2013; Sykepleien, 2014, 2015).

Det at både organisasjoner og ulike bransjer i økende grad besettes av arbeidstakere med profesjonsutdanning bidrar i den sammenheng til både en økt profesjonalisering, men også økt grad av normativ press og formlikhet ved at mange med lik bakgrunn utgjør arbeidsfellesskapene. Det som fremmes av normer ved utdanningsinstitusjoner

kan videre spres og fremstå som en udiskutabel sannhet eller en norm på arbeidsplassen og som videre kan spre seg på samfunnsplan (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 255). I organisasjonsteorien drøftes også institusjonell sammenligning ved hjelp av begrepet «benchmarking», som på norsk kan oversettes med referansemåling eller normsammenligning. Begrepet peker på det som skjer når organisasjoner evaluerer sin egen virksomhet i forhold til de som man oppfatter egner seg best innenfor et bestemt felt (bransje, sektor el) og hadde sin opprinnelse i privat næringsliv. «Benchmarking» som metode kan i så måte anses å være en form for «soft power governance» hvor styring skjer gjennom måling av framdrift på gitt områder/aktiviteter blant organisasjoner (eks. kommuner, høyere utdanningsinstitusjoner, nasjoner), som følgelig bygger på en logikk som kan knyttes til nyliberalistiske styringsmodeller slik som «New Public Management» (Knutsson, Ramberg & Tagesson, 2012, s. 102).

Som det vil drøftes mer inngående i analysekapitlene er det mange felter og subfelter som er engasjert i saken (velferdsteknologi), og som i siste instans kan påvirke den kommunale autonomien og deres posisjoneringer til bruk av velferdsteknologi som sosial praktikk. Oppsumert kan det konkluderes med at Bourdieus teorier om det økonomiske felt og staten, og feltteoriens begreper produksjonsfelt og konsumpsjonsfelt fremstår som relevante teoretiske verktøy å tenke med når både politiske føringer og konkrete kommunale praktikker skal analyseres. Videre har teoretiske begreper fra nyinstitusjonell teori vist seg nyttige for å kategorisere ulike former for press og styrken til de respektive formene for press, som følgelig fremstår som anvendbare teoretiske verktøy å tenke videre med når overgangen fra politikk til praktikk (konkrete tjenesteorganiseringer) skal forstås og forklares i avhandlingens analysekapitler.

2.5.8 Oppsummering om studiens teoretiske rammeverk

I dette kapitlet om studiens vitenskapsteoretiske posisjon og teoretiske rammeverk har jeg beskrevet studiens vitenskapsteoretiske plassering innen den praxeologiske vitenskapstradisjonen, som både innebærer en historisk-epistemologisk posisjon, en ontologi, samt en empirisk-teoretiske verktøykasse som er anvendt både i

utforskningen av forskningsobjektet (bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten) og i analysene av det empiriske materialet herav. I kapittelets innledende passasjer er sosiologen Pierre Bourdieus historisk-epistemologiske ståsted praxeologi forsøkt plassert inn i et større vitenskapsteoretisk landskap og i tillegg argumenteres det for perspektivets relevans for utforskningen av praktikker i profesjonsfaglige subfelter av velferdsstaten. Sentralt for den historiske epistemologi er at forskeren må gjøre et dobbelt brudd som omhandler å bryte med både eksisterende forsknings-, hverdagstalens, men også forskerens egne prekonstruksjoner om forskningsobjektet ved å innta en radikal tvil forskningsobjektet slik det umiddelbart fremstår.

Videre har avhandlingens innledende kapitler om praktikken (bruk av velferdsteknologi i norske hjemmetjenester) som studeres, pekt på at både staten og det økonomiske felt er relevante maktfelter å medtenke i studien. Praktikken som studeres er et politisert område der særlig de helse- og omsorgsbyråkratiske subfelter av det politiske felt, men også næringspolitikken og markedskreftene synes å være del av de subfelter som produserer doxaet om forskningsobjektet. I den sammenheng har den teoretiske tilgangen fra boken «*The Social Structures of the Economy*» som bygger på Bourdieus felt- og praktikkteoretiske rammeverk og nøkkelbegreper slik som *felt*, *kapital* og *habitus*, men også *doxabegrepet* og *symbolsk makt og vold* hos Bourdieu (jfr. underkapittel 2.4.2 og 2.4.3) blitt løftet frem som et supplerende teoretisk rammeverk for studien. Boken generer eksempelvis teorien om «*staten som dobbelt sosial konstruksjon*» som handler om at staten både påvirker individuelle disposisjoner som kommer til uttrykk som valg og preferanser på ulike økonomiske markeds plasser, samt gjennom regulering og stimulering av visse marked/næringer foran andre gjennom ulike virkemidler. Boken løfter også frem mer overordne konsekvensene av overgangen fra en mer kollektivistisk til individualistisk/nyliberal velferdsstatspolitikk og den «*sosiale lidelsen*» som kan oppstå i diskrepansen mellom forventinger (også skapt i reklame og markedsføringsstrategier) og de realiteter som oppstod for vanlige folk i kjølvannet av endringer på det studerte politikkområdet (boligpolitikk). I den sammenheng har det blitt argumentert for at det er mange likhetstrekk med studien bak

The Social Structures of the Economy og endringer i helse- og omsorgspolitikken og en tilsynelatende statlig stimulering av et velferdsteknologisk marked i denne avhandlingen, som jeg følgelig har argumentert for at den samlede teoretiske tilgangen i Bourdieus (2000/2005) studie av det økonomiske felt og staten kan bidra til å drøfte mer inngående.

Et annet sentralt trekk ved dette teoretiske rammeverket er distinksjonen mellom produksjonsfelt og konsumpsjonsfelt som kan være nyttig å medtenke i tilstedeværende makt- og dominansforhold mellom stat og kommune, mellom kommunal ledelse og iverksettere og mellom helsepersonell og tjenestemottakere for å nevne noen. For å berike forståelsen og forklaringene omkring hva som er på spill i det aktuelle feltet (norske hjemmetjenester) og den studerte praksisen (bruk av velferdsteknologi i tjenestemottakeres hjem) har perspektiver fra nyinstitusjonell organisasjonsteori også blitt skrevet frem (jfr. underkapittel 2.5.6). Denne teoriretningen peker på ulike former for press som organisasjoner – slik som mine case-kommuner er eksempler på – kan møte og måtte håndtere. Her har det blitt argumentert for at det nyinstitusjonelle teoretiske inntaket kan bidra til forklaringen på hvordan det kan ha seg at mange kommuner har engasjert seg på det velferdsteknologiske området de siste par tiår. Sist, men ikke minst vil bakgrunns- og kontekstualiseringskapittelet (kap. 4) løfte frem kjønnede maktstrukturer som en aktuell del av forklaringen på forskningsspørsmålene mine, som kretser omkring hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi har fått økende oppmerksomhet i norske hjemmetjenester de siste par tiår, men også tilsynelatende møter lite intern motstand. I den sammenheng har Bourdieus teorier om kjønnede maktstrukturer som et åpenbart uttrykk for symbolsk makt og vold på samfunnsplan, følgelig blitt løftet frem som aktuelle perspektiver å medtenke i studiens analytiske kapitler (jfr. underkapittel 2.4.4). Kjønnspektivet, samt andre makt- og dominansforhold som uttrykk for strukturelle vilkår i det sosiale rommet som studeres, vil drøftes ytterligere i det påfølgende kapittelet om studiens bakgrunn og kontekst, der det vil gjøres en preliminær historisering av forskningsobjektet.

3. Studiens konstruksjonsarbeid

Avhandlingens empiriske materiale ble innhentet ved hjelp av tre ulike forskningsmetodikker: feltstudie med bruk av ikke-deltakende observasjon, individuelle forskningsintervju og dokumentanalyse. Grovt skissert fokuserte feltarbeidet på posisjoneringer til saken (bruk av velferdsteknologi) i ord og handlinger, og de sosiale determinanter som kunne ligge bak posisjoneringene (se også Prieur, 2002, s. 113). Videre ble det fokusert på hvordan velferdsteknologi som en politisk idé og visjon ble transformert til sosiale praktikker på ulike nivå av det kommunale hjemmetjenestehierarkiet. De prosjektgruppeansatte (første delstudie) og utøvende helsepersonell (andre delstudie) hadde eksempelvis ulike arbeidsoppgaver som følge av at velferdsteknologi nå var satt på den politiske dagsordenen. Videre var målsettingen med feltarbeidet og det brede utvalget av informanter å få frem et nyansert bilde av hva som stod på spill i feltet og hvilke kamper om saken (bruk av teknologi i hjemmetjenesten) som var tilstedeværende, samt hvilke posisjoners posisjoneringer som fikk forrang over andre på bakgrunn av deres disposisjoner og øvrige maktforhold i feltet.

Et brudd med tilstedeværende prekonstruksjoner om forskningsobjektet i både maktfeltet av samfunnet, konsumpsjonsfeltet der velferdsteknologi som sosial praktikk materialiserte seg (kommunale hjemmetjenester) og hos forskeren selv, var en nødvendig del av forskningsprosessen som følge av å være en praxeologisk studie. På veien mot å bryte med prekonstruksjonene ble parallelle teoretiske studier om både hjemmetjenestefeltets historikk – og den studerte sosiale praktikkens genese – utført. Denne historiske innlesingen dannet grunnlaget for avhandlingens påfølgende bakgrunns- og kontekstualiseringskapittel (kap. 4). I tillegg ble det gjort en registrantanalyse²⁵ av politiske dokumenter fra 1973 til 2013 med henblikk på å bryte med det rådende doxaet om saken slik det fremstod i de studerte

²⁵ Fremgangsmåtene for registrantanalysen utdypes under punkt 3.2

hjemmetjenestekontekstene og forklare hvorfor det herskende doxaet hadde sin opprinnelse. I den sammenheng skulle det vise seg at både staten, markedskreftene og praksisfeltets posisjoneringer (og maktforhold) gjennom historien hadde relevans for å forstå og forklare nåtidens praktikker – slik de blant annet materialiserte seg i observasjoner i kommunale hjemmetjenestekontekster. Dokumentanalysene danner grunnlaget for avhandlingens første analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) som søker svar på forskningsspørsmål 1 og 2 om velferdsteknologimarkedets opprinnelse, samt bruk av teknologi i hjemmebaserte tjenester som sosial praktikk i et felt. Feltarbeidene danner på sin side grunnlaget for avhandlingens andre og tredje analyse- og drøftingskapittel (kap. 6 og 7) som søker svar på politikkenes strukturerende virkninger på praksisfeltet og i hovedsak svar på forskningsspørsmål 3.

I kontrast til positivistiske og fenomenologiske metodeutleggner der datainnhenting beskrives i detalj og der data fremstilles som noe man bare kan gå ut i feltet å hente (Prieur, 2002, s. 125), vil dette kapittelet drøfte hvordan denne avhandlingen har blitt til på bakgrunn av en kontinuerlig konstruksjonsprosess, der forskerens ståsted («point of view») også står sentralt. Min forskerposisjon i det akademiske felt vil i denne sammenheng drøftes ved hjelp av en bourdieusk auto-sosio-analyse²⁶, i tillegg til en diskusjon om hvordan jeg har arbeidet med å sette prekonstruksjonene om forskningsobjektet i parentes. Hvordan den praxelogiske tradisjonen og historisk-epistemologiske posisjonen har virket inn på studiens design, gjennomføringen av de empiriske undersøkelsene og studiens analysestrategier vil også drøftes. Videre vil den praktiske gjennomføringen av de ulike empiriske undersøkelsene beskrives og forskningsetiske perspektiver drøftes. Kapittelet vil videre redegjøre for tilgangen til feltet og de godkjenninger som i forskningsetisk sammenheng ble innhentet for å kunne

²⁶ Begrepet auto-sosio-analyse er brukt i Praxelogimiljøet for å skille mellom analyser av makt- og dominansforhold på samfunnsplan (sosioanalyse) og den analysen forskeren gjør når hun objektiviserer sin posisjon i det akademiske felt (se også Prieur, 2002, s. 111-117).

gjennomføre feltarbeidet i kommunale hjemmetjenestekontekster, samt beskrive og drøfte hvordan jeg mer konkret agerte som forsker på feltarbeid.

3.1 Bruddet med prekonstruksjoner og byråkratiske termer

I den vitenskapsteoretiske boken *The Craft of Sociology* argumenterer Bourdieu og medforfatterne for at det må et «dobbelte brudd» til for å arbeide kritisk refleksivt (Bourdieu et al., 1991). Ikke bare må forskeren bryte med den herskende mening om saken og det som tas for gitt (doxa), men forskeren må også gjøre seg bevisst eget ståsted og de disposisjoner som virker inn på ens prekonstruksjoner av forskningsobjektet, gjennom selvobjektivering eller auto-sosio-analyse av forskerens posisjon i det sosiale rom (Bourdieu, 2003, 2008; Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 64). Man kan ikke fjerne seg fra sin forforståelse – og det vil heller ikke være hensiktsmessig – men ved å gjøre seg ens posisjon bevisst kan man lettere arbeide refleksivt (Bourdieu et al., 1991, s. 41-42). På samme måte som en fisk som svømmer i vannet, er forskeren omgitt og formet av den sosiale verden hun forsøker å objektivere. Å gjøre seg bevisst hverdagslivets forutinntatte forståelsesrammer og samfunnets strukturer, som man selv har inkorporert som følge av å være en del av den sosiale verden, står derfor sentralt (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 218).

Om vi tar fatt på den første delen av det dobbelte brudd – bruddet med prekonstruksjonene og byråkratiske termer – kan det fremmes at jeg både under mine undersøkelser av det norske velferdsteknologiområdet i løpet av masterutdanningen (Brandser, 2015), og ved senere innkretsing av forskningsobjektet under ph.d.-studien, har måttet hanske med en rekke byråkratiske termer og tilsynelatende udiskutable sannheter omkring tematikken i politiske dokumenter, i forskningslitteraturen på området, under fagarrangementer og undervisningsarbeid, på feltarbeid i de kommunale hjemmetjenesteavdelingene og i dagligtalen for øvrig. Å bruke betegnelsen «teknologiske overvåkingspraktikker» i stedet for kun det offisielle byråkratiske begrepet velferdsteknologi, var første steg på veien mot å bryte med den

herskende mening (doxa) i det politisk- byråkratiske felt og på kommunalt plan. På den annen side er velferdsteknologi den offisielle byråkratiske term som brukes om praktikken jeg studerer. På tross av å være et begrep jeg i tråd med Bourdieus historisk-epistemologiske ståsted har ambisjon om å bryte med, har jeg måttet forholde meg til og brukt begrepet i avhandlingen for å gjøre den lesbar og forståelig.

Videre har det blitt arbeidet med å distansere seg fra statlige kategoriseringer slik som begrepene *eldre*, *syke*, *funksjonshemmede* og *pleietrengende* er eksempler på. I tillegg har jeg forsøkt å sette udiskutable samfunnsmessige utfordringer som *demografiske endringer* (i dagligtale og politisk retorikk omtalt som *eldrebølgen*), forstått som knapphet på ressurser og helseprofesjonelle, samt ideologiske forestillinger som *omsorg* og *velferd*, i parentes. Ordene i språket vårt er alle del av et konglomerat av begreper, kategorier og offisielle problemforståelser innen det man kan omtale som et helse- og omsorgsfaglig byråkratisk subfelt av det politiske felt, som iverksettes som tjenesteorganiseringer og praktikker i ulike subfelter av det medisinske felt. For å kunne forske på helse- og sosialfaglige problemstillinger må man imidlertid forholde seg til fagterminologien og språket. Språket er både det viktigste verktøyet og hinderet for vitenskapelig konstruksjonsarbeid ifølge Bourdieu (1996), som hevder at man til og med må bryte med de mest selvsagte klassifikasjoner som alder (ung/gammel), kjønn (mann/kvinne) og klasse, i tillegg til profesjonsbegrepet (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 222).

Et brudd med en prekonstruksjon som begrepet *velferdsteknologi* representerer, innebærer derfor et brudd med en rekke tilgrensede begreper, kategoriseringer og problemforståelser, som det ligger en underforstått forventning om at man som forsker (og statsborger) forholder seg til. Et første steg på veien kan være å gjøre seg bevisst på det Bourdieu omtaler som byråkratisk konseptualisering og universalisering, som handler om at visse begreper/kategorier får status som offisielle og der det tillegges en kollektiv konsensus om begrepets betydning. Forut for statusen som legitimt og offisielt problemområde har det imidlertid foregått kollektive kamper og prosesser i det

politiske felt, i form av for eksempel offentlige utvalg og kommisjonsarbeider, demonstrasjoner, interesseorganisasjoners uttalelser, avstemminger etc. Problemet gjøres politisk aktuelt og reguleres deretter gjennom byråkratiet og lovverket. Bourdieu understreker her at det politisk-byråkratiske felt har en helt sentral betydning og innflytelse på konstitueringen av ulike sosiale problemer som offisielt anerkjente og universelle problemer (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 217- 220). Med bakgrunn i dette ontologiske og historisk-epistemologiske ståstedet ble det besluttet at en gjennomgang av politiske dokumenter ville være relevant for å forstå og forklare opprinnelsen til de sosiale problemer, begreper og prekonstruerte kategoriseringer av relevans for avhandlingens tematikk.

Videre handlet bruddet dels om hvilke brukergrupper teknologien retter seg mot, hvilke sosiale problemer teknologien har til hensikt å løse og selve problemområdets sosialhistorie. Mennesker som av ulik grunn utpekes som aktuelle brukere av velferdsteknologi i en offentlig hjelpepraksis, tilhører prekonstruerte statlige kategorier eller grupperinger av samfunnet som Bourdieu henviser til, slik som for eksempel *syke, pleietrengende, funksjonshemmede, eldre* osv. De hjelpetrengende har gjennom historien tidvis blitt fremstilt som en byrde for samfunnet der ulike systemer for ivaretagelse av trengende grupper har skiftet i takt med historiens utvikling – fra hjemlig omsorg, fattighus og legdsystemet, via medikalisert institusjonell omsorg til hjemlig omsorg i offentlig regi (S. Hauge, 2005; Schiøtz, 2003, 2019) – til nåtidens teknologiske avstandsovervåking av eldre og andre hjelpetrengende i egen bolig. Slike endringer, eller brudd i måten å organisere hjelp til hjelpetrengende på, skjer ikke fra en dag til en annen, men gjennom kamper på ulike kamparenaer – eller subfelter – over lang tid.

Ulike måter å definere ulike sosiale problemer eller måter å strukturere samfunnet på – som av enkelte samfunnsvitenskapelige miljøer fremstilles som selvevidente – har derimot vært gjenstand for debatter og en rekke drakamper i det politisk-byråkratiske felt før de «...formuleres og erkjennes som legitime problem med offisiell status»

(Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 220). *Eldrebølgen*, eller *demografiske utfordringer* (som regnes for å være en mer korrekt og fagterminologisk betegnelse) er et eksempel på et sosialt problem av særlig relevans for denne studien, som følgelig har oppnådd offisiell anerkjennelse og som kommunene derav må forholde seg til og finne løsninger på. En gransking av begrepet eldrebølge ble derfor også sentralt for å forstå forskningsobjektets (teknologisk overvåking av hjelpetrequende i offentlig regi) sosiale historie, ettersom demografiske endringer (flere eldre, flere kronisk syke og funksjonshemmede og færre yngre) tilsynelatende anvendes som en politisk-byråkratisk legitimeringsstrategi for satsningen på teknologi (se f.eks. Helsedirektoratet, 2012, 2014; Meld. St. 29 (2012-2013), 2013; NOU 2011:11).

Romøren (2005, s. 62-63) argumenterer på den annen side for at bekymringer for demografiske endringer ikke er et nytt fenomen. For eksempel ble eldrebølgen beskrevet av den første norske sosiologen Eilert Sundt, allerede på midten av 1800-tallet. Videre påpeker Romøren (2005) at den første eldrebølgen allerede har skjedd tilbake på 1950-tallet i Norge og at demografiske endringer ikke er et særegent norsk fenomen, men en konsekvens av lengre levealder og færre barnefødsler over store deler av Europa. Utfordringene vi ser i dag relaterer seg derav også til at vi har fått bedre levekår og mer likestilling i samfunnet. Det er heller ikke snakk om en enorm og u håndterlig eldrebølge, slik mange dystopiske framtidsscenerier skisserer, men derimot endringer som går i bølger og varierer i tid og sted (Romøren, 2005). Bildet av eldrebølgen som en bølge som skyller inn over landet fremstår imidlertid som et effektivt retorisk grep, som egner seg godt til å underbygge forståelsen av at en omlegging av og innovasjon i offentlig sektor er et nødvendig onde for å forhindre drukning (K. Christensen, 2018).

Hensikten med de overnevnte drøftelser er ikke å fremlegge en tvil om at endringer i befolkningssammensetningen har funnet sted, men derimot å utfordre måten demografiske endringer fremstilles som et offisielt sosialt problem som erkjennes og dermed ikke diskuteres, men gjøres universelt og brukes til å begrunne

politikkutforming og omorganisering av helse- og omsorgstjenester i offentlig regi. På samme måte kan det argumenteres for at praktikken som munner ut av de statlige problemforståelsene (teknologisk overvåking av hjelpetrequende) ikke har oppstått fra en dag til en annen ved en tilfeldighet, men er derimot en del av helse, sosial- og velferdspolitikken i Norge (men også forbi Norges landegrenser). I den sammenheng fremstod en granskning av det mye omtalte, utforskede og offisielle begrepet *velferdsstaten* også relevant – i tillegg til undersøkelser av mulige internasjonale politiske strømninger på området som kunne sies å ha innvirket på den nasjonale satsningen på velferdsteknologi de siste par tiår. Kontekstuellet befinner vi oss i en vestlig kontekst, nærmere bestemt i en rik oljenasjon, et demokrati og en velferdsstat. Måten hjelpepraksiser for hjelpetrequende har blitt organisert gjennom historien formes av slike kontekstuelle, strukturelle og historiske betingelser, samtidig som det finnes andre måter man potensielt kunne ha organisert hjelp til hjelpetrequende på, som kontekstualiseringskapittelet (kap. 4) vil drøfte. De overnevnte strukturelle forhold kan virke banale, men er i en Bourdieu-optikk helt sentrale for å forstå på hvilke sosiale grunner det kan ha seg at bruk av teknologi har vokst frem som et så omfattende helse- og omsorgspolitisk satsningsområde de siste tiår. Det regnes heller ikke som tilfeldig, men snarere vilkårlig at det nettopp er kommunale hjemmetjenester og tjenestemottakernes hjem som har vokst frem som den primære arenaen for bruk av velferdsteknologi.

3.2 En selvobjektivering av forskerens posisjon i det akademiske felt

Den andre og selvobjektiverende delen av det dobbelte brudd handler om å gjøre seg bevisst de forhold ved både ens sosiale posisjon og posisjon innen det profesjonelle liv – i mitt tilfelle to ulike hjørner av det akademiske felt – som utfordret ens evne til å arbeide kritisk reflektivt (Bourdieu, 2008), samt hvordan både valg av metoder, informanter og analysene av datamaterialet herav ble farget av forskerens sosiale utgangspunkt (Prieur, 2002, s. 116). For eksempel hvordan min feltkjennskap og

nærhet til den konteksten jeg nå forsøkte å objektivere, påvirket min evne til å innta en *radikal tvil* til hverdagsforståelsen som rådet i praksis. En «anti-narsissistisk» posisjon under feltarbeid innebærer i motsetning til dagboklignende beskrivelser av forskerens opplevelser og fremgangsmåter – en bevissthet omkring hvilken posisjon forskeren har anskuet verden (Prieur, 2002, s. 114).

På tross av et relativt høyt kulturelt-, sosialt- og økonomisk kapitalvolum i min oppvekst og nåværende sosiale posisjon, har ikke det å innta en radikal tvil til det offentlige (statlige) syn på sosiale problemer blitt inkorporert i min habitus fra barnsben av, og på langt nær noe jeg fikk med meg fra sykepleieutdanningen. Med bakgrunn i min sosiale oppkomst og familiebakgrunn²⁷ hadde jeg nok en viss andel kulturell kapital, som disponerte meg for å bli dratt mot det praxeologiske miljøet og ambisjonen om å forstå og forklare samfunnsmessige forhold. Valget var altså vilkårlig (dvs. bestemt av de vilkår hvorunder det ble til), ikke tilfeldig, slik individers ulike valg på livets vei ofte fremstilles i dagligtalen. Tenker man med Bourdieu i ens sosioanalyse ble valget både bestemt av de tilstedeværende mulighetsbetingelser og rådende vilkår som formet min habitus. For eksempel var det en relativt stor andel av mine slektninger, både to og tre generasjoner tilbake i historien som hadde høyere utdanning og relativt høyt posisjonerte yrker. Min oldefar på morssiden var både lærer og ordfører i en norsk kommune, mens hans kone var en sentral skikkelse i lokalsamfunnet som jordmor. Min tippoldemor på farssiden var også jordmor, mens min morfar var samfunnsøkonom, for å nevne noen eksempler. Eksemplene fra familiens utdanningsbakgrunn ser i nåtidens lys muligens helt alminnelige ut, men det å ha høyere utdanning var mer sjeldent to og tre generasjoner tilbake i tid. Her henviser jeg til at vi i dag har gått mot et «utdannelsessamfunn», der flere tar høyere utdanning og yrkesstatus i høy grad er betinget av formell utdanning (Slagstad, 2014, s. 25-27). Lærerne som tidligere hadde vært en kunnskapselite er et eksempel på en yrkesgruppe som hadde et statusfall som

²⁷ For en detaljert og mer selvbiografisk gjennomgang se s. 33-41 i min masteroppgave (Brandser, 2015).

følge av at flere fikk tilgang til høyere utdanning på 1970-tallet (Rovde, 2014, s. 366-367). Min utdannelsesbakgrunn kan i så henseende både være relatert til arvet kapitalvolum og dagens samfunnsnormer. Oppsummert kan man peke på at min nålevende familie har relativt høyt kulturell og/eller økonomisk kapital der omkring halve familien – spesielt farsslekten – befinner seg nærmere en økonomisk pol av samfunnet (i yrker innen privat næringsliv, finans og markedsføring), mens morslekten har reproduisert det relativt høye kulturelle kapitalvolum som familien på denne siden gjennom historien hadde tilegnet seg, nærmere den kulturelle pol av samfunnet (i yrker som spesialpedagog, sykepleier og professor i statsvitenskap). I familien jeg har giftet meg inn i er det også et relativt høyt kapitalvolum både når det kommer til økonomisk og kulturell kapital. Storparten av svigerfamilien min har et middels til høyt utdannelsesnivå, og majoriteten arbeider innen det man på folkemunne vil kalle for «det offentlige» i alt fra høyt posisjonerte stillinger i maktfeltet slik som politiske departement og direktorater, til statlige oppnevnte organ og helsefaglige profesjonsyrker.

Min sosiale posisjon blant slektens mange statsansatte kan imidlertid ha bidratt til å gjøre «brytekampen» min mot statlige tenkemåter og prekonstruksjoner enda mer utfordrende, mens farsslektens nærhet til den økonomiske pol kan ha utfordret min evne til å være kritisk til de kommersielle kreftene det velferdsteknologiske markedet representerer. For eksempel ble jeg møtt med en del utsagn som støttet opp om det rådende byråkratiske doxaet om velferdsteknologi, som på den måten kunne synes å ha blitt del av hverdagslivets diskurser. Når man som forsker strever mot å arbeide refleksivt og innta en radikal tvil til forskningsobjektets prekonstruksjoner, handler det om å si nei til slike diskurser, eller herskende meninger om saken (doxa), som ofte har sitt opphav i statsbyråkratiet og dets konstruksjon av sosiale problemer (Bourdieu, 1994, s. 2). I slik tilfeller konstruerer man ikke vitenskap i streng forstand ifølge Bourdieu, men man konstruerer i form av å registrere og godkjenne det prekonstruerte (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 218-219).

Når forskeren har en nærhet til feltet som skal studeres (objektiveres) representerer det en særlig utfordring på veien mot bruddet (Prieur, 2002, s. 123). Som sykepleier av yrkesbakgrunn var jeg vant med et kunnskapssyn som anser teoretisk kunnskap som direkte overførbart til praksis. Videre kan man i en Bourdieu-optikk – og slik jeg vil drøfte i kapittel 4, hevde at sykepleiefeltet er et subfelt av det medisinske felt, der de helseprofesjonelle handler på statens vegne for å bidra til helbredelse og forebygging av sykdom. Videre kan det medisinske felts tette bånd til staten og helsemoraliserende rolle overfor befolkningen gjennom historien hevdes å være en sentral del av det medisinske vitenskapsfeltets logikk (Bourdieu, 1988a, s. 55-57), som man kan tenke seg at de agerende i praksisfeltet også handler ut ifra som følge av å ha inkorporert feltets strukturer. Når jeg gjennom mitt yrkesliv hadde ervervet meg en posisjon som forsker i en Bourdieu-optikk, forsøkte jeg derimot helt motsatt å innta en kritisk refleksiv posisjon med ambisjon om å bryte med statlige prekonstruksjoner. Jeg måtte i så måte gjennom flere «brytekamper» mellom de disposisjoner jeg hadde med meg fra min oppvekst og yrkesbakgrunn, og den nye kunnskapen jeg nå hadde ervervet meg gjennom en teoretisk skolering i den praxeologiske vitenskapstradisjon.

På den annen side var det kanskje yrkes- og utdanningsbakgrunnen min (både profesjonsutdannelse og en teoretisk skolering i Bourdieus praxeologi under master og ph.d.-utdannelse) en styrke som muliggjorde å innta både et «innen- og utenfra-blikk» på hjemmetjenestefeltet under ph.d.-studien. Vel klar over at det er umulig å legge ens sosiale bakgrunn bak seg, ble det likevel reflektert omkring mulig inkorporerte sykepleielogikker som kunne være til hinder for objektiveringen i forkant av- og underveis i feltarbeidet. En sykepleier hjelper pasienter med å lindre og forebygge sykdom, der pasientens problemområder – og mål og tiltak for sykepleien herav – defineres og evalueres gjennom det som teoretisk sett omtales som sykepleieprosessen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinart, 2007, s. 18). Denne normative «evaluatorrollen» måtte det derimot inntas en distanse til, da jeg på feltarbeid hadde til hensikt å *objektivere* feltet og de observerte praktikken (Bourdieu, 2003). Å følge agenter som hadde en sykepleielogikk med seg og som dessuten hadde mange lignende

disposisjoner som meg selv (sykepleiere med lignende sosial opprinnelse), gjorde bruddet med «sykepleiehabitusen» utfordrende. Innsidekunnskapen kan på den annen side ha gjort meg i stand til å gripe implisitte forståelser som kan tas for gitt i feltet, der en utenforstående motsatt kanskje hadde hatt større vanskeligheter. For eksempel argumenter Bourdieu for at om det er stor sosial avstand mellom forsker og feltet som studeres kreves det en større teoretisk innlesning og historisering for å danne seg et overblikk over spenningsforholdene i feltet (Prieur, 2002, s. 115-125). På den annen side hadde jeg som sykepleier mest erfaring fra institusjonsomsorg (sykehjem og sykehus), mens jeg hadde kjennskap til hjemmesykepleien fra praksisstudier, et par vikarvakter og gjennom feltarbeidet under masterstudien min. På den måten kunne jeg kanskje i større grad innta et «utenfra-blikk» på de studerte kontekstene under feltarbeidet.

Som stipendiat har jeg vært ansatt ved Senter for omsorgsforskning, vest og blitt veiledet på Universitetet i Bergen²⁸. Sentrene for omsorgsforskning er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. Deres mandat er å styrke praksisnær forskning av relevans for kommunene og utdanningsinstitusjonene ved å samle, produsere og formidle kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Senter for omsorgsforskning, 2019). Min institusjonelle plassering som ansatt ved en høyskole og doktorgradskandidat ved et universitet har vært en slags hybrid posisjon i det akademiske felt, der jeg måtte forholde meg til mer praksisnære forskningsmiljøer med nærhet til den rådende helse- og omsorgspolitiske agenda, som for eksempel miljøet ved Omsorgsteknologilaboratoriet der jeg selv underviste og hadde omvisninger om velferdsteknologi (tro til doxa) og den refleksive og heterodoke tradisjonen jeg hadde blitt skolert i ved Praxeologimiljøet på universitetet²⁹.

²⁸ På det tidspunkt jeg startet opp hadde ikke Høgskolen i Bergen (nå Høgskolen på Vestlandet) etablert ph.d. programmer/utdanning.

²⁹ I denne sammenheng kan det også nevnes at praxeologimiljøet innen sykepleievitenskap var institusjonelt plassert på det medisinske fakultetet ved Universitetet i Bergen. Praxeologimiljøet kan i så måte anses å ha vært en dominert posisjon på et fakultet der en medisinske vitenskapstradisjoner er dominerende. Petersen (2021) hevder at disse makt- og dominansforholdene medvirket til at sykepleievitenskap i siste instans ble nedlagt som universitetsfag ved Universitetet i Bergen i 2021.

Følger man Bourdieus (1988) analyse av det akademiske felt i *Homo Academicus* kan man si at sentrene for omsorgsforskning, på tross av sitt tematiske fokus på kommunehelsetjenesten og omsorgsarbeid, fokuserer på et subfelt av det medisinske felt, der følgelig en hel del av forskerne har helseprofesjonell bakgrunn som del av sin habitus, selv om det også er mange av de ansatte som har bygget på med samfunnsvitenskapelige utdannelser eller ikke har profesjonsfaglig bakgrunn i det hele tatt. I denne sammenheng bør det nevnes at det på det tidspunktet jeg ble ansatt (og fremdeles den dag i dag) er slik at mange av mine kollegaer ved Senter for omsorgsforskning har antropologisk bakgrunn. Bourdieus kritikk av den antropologiske vitenskapstradisjon handlet i korte trekk om at denne vitenskapstradisjonens forskere i for liten grad inntok en radikal tvil til statlige eller feltspesifikke prekonstruksjoner, der verdsettelsen av lange deltagende feltarbeider med en narsissistisk dagboklignende stil på feltobservasjoner og refleksjoner omkring forskningsprosessen herav ikke bidrar til å bryte med doxa. Bourdieu (2003, s. 1) spurte seg i denne sammenheng om hvordan forskeren både kunne være et deltagende subjekt og den som skal objektivere subjektets handlinger, der de sosiale forhold bak de observerte handlinger etter hans syn for ofte ble glemt. Om denne krasse kritikken er betimelig å rette mot nåtidens antropologimiljøer i norsk kontekst er mer tvilsomt, men det at miljøet rundt meg bestod av mange antropologer påvirket nok i noen grad mitt studiedesign og valg av metodikker. For eksempel kan det forhold at jeg var lenge ute på feltarbeid og innhentet et stort datamateriale ha komplisert min «brytekamp» mot det rådende doxa om saken.

Til sist kan det pekes på at det innenfor senterstrukturen – som i en Bourdieu-optikk kan studeres med feltteorien – vil være noen som orienter seg nærmere henholdsvis helse (medisin) og samfunnsvitenskapelige tradisjoner og nærmere bestemt henholdsvis en politisk økonomisk maktpol og polen for kulturell prestisje (Bourdieu, 1988a, s. 38). Hva som anses som akademisk utmerkethet vil derfor også kunne variere internt i ulike forskningstradisjoner/miljøer. Bourdieu (1988, s. 55-57) viser hvordan

medisinen som fag gjennom historien har hatt tette bånd til staten og kun en relativ autonomi, sammenlignet med for eksempel samfunnsvitenskapen. Den relative autonomien er som nevnt relatert til medisinenes tette bånd til statsmakten og et samfunnsmandat som handler om sosial kontroll, på linje med juristenes mandat om lov og orden og prestenes mandat om frelse (Petersen, 1998, s. 72). Hovedtesen er at jo sterkere sosialt ansvar et fag har, dess mindre vitenskapelig frihet (Bourdieu, 1988, s. 62-65). Graden av autonomi avgjør hvor utsatt den vitenskapelige tradisjonen er for ytre press av politisk eller økonomisk art (Bourdieu, 2007, s. 139-140).

Forskningsprosjektet jeg har vært en del av som doktorgradsstipendiat synliggjør den relativt lave vitenskapelige autonomien i såkalt praksisnær og anvendt forskning. For eksempel er temaet «velferdsteknologi» både politisert og drevet frem av økonomiske interesser i næringslivet. I kraft av å være et såkalt trepartssamarbeid mellom næringsliv, akademia og kommunal sektor hadde forskningsprosjektet jeg var en del av til hensikt å bidra til innovasjon i offentlig sektor. Prosjektet mottok støtte av statlige organ slik som Norges forskningsråd, regionalt forskningsfond, skattelettelsesordninger for næringslivet som følge av å delta i forskning, samt tilskuddsordninger fra et statlig velferdsteknologiprogram i regi av KS, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, samt støtteordninger fra den statlige etaten Husbanken. På den annen side ble jeg av forskningsledelsen og veiledere tilknyttet høyskolen gitt frie tøyler til å stå i et praxeologisk perspektiv og utdanne meg i en kritisk refleksiv tradisjon ved universitetet, som kan være uttrykk for en pragmatisme (og praktisk sans) i møte med et krevende utdanningspolitisk landskap. Med det mener jeg at et eksternt finansiert forskningsmiljø både må levere på myndighetenes krav og ønsker om å evaluere politisk aktuelle problemstillinger i praksisfeltet (slik som bruk av velferdsteknologi, aktiv aldring, hverdagsrehabilitering med mer), mens en kritisk refleksiv distanse til slike myndighetsinitierte målsettinger også er nødvendig for å fremstå som en seriøs aktør i det akademiske felt.

Prosjektets tette kobling til både staten og næringslivet med ambisjoner om innovasjon i mine respektive case-kommuner, må imidlertid trekkes frem som en utfordring på veien mot refleksivitet. Det sagt har mine samarbeidspartnere innen både privat og offentlig sektor ikke vist annet enn velvilje til prosjektet, men forventingen til den endelige kunnskapsproduksjonen i doktorgradsprosjektet har imidlertid vært forskjellig fra min skoloring i den praxeologiske tradisjonen. Av forskningsetiske hensyn var denne forskjellen i forventninger noe jeg måtte tydeliggjøre i mine informasjonsmøter og skriftlige informasjonsmaterieell til mine informanter. På tross av informasjonen som ble gitt tror jeg likevel at forventningene til hva vitenskap er eller bør være, har vært ulik og dette har derav vært en utfordring for meg som forsker på veien mot å objektivere mitt forskningsobjekt, eller unngå å bli redusert til en «sosial profet» som skriver frem det publikumet ønsker at hun skal se, som Bourdieu uttalte det (Bourdieu et al., 1991, s. 25).

En av hovedhensiktene med sosioanalysen har vært å reflektere over hvordan ambisjonen om kritisk refleksivitet har blitt utfordret av å stå i miljøer som er dominert av ulike logikker i synet på hva som er verdifull kunnskapsproduksjon, eller hva vitenskap helt grunnleggende sett dreier seg om. Som samfunnsforsker må man hele tiden forholde seg til såkalte «relativerende vitenskaper», der heteronome forskere også er med i kampen om monolet på sannhetsproduksjonen. Sosiologi i streng vitenskapelig forstand vil derimot alltid være kontroversiell og preget av strider innen det akademiske felt (Bourdieu, 2007, s. 141-143). Om jeg vender tilbake til Bourdieus utlegginger om tre former for teoretisk viten, kan mye av kunnskapsproduksjonen innen helsevitenskapene betegnes som «praksisteori» eller praktisk teori av mer deskriptiv art tiltenkt *kunsten* å utøve pleie- og omsorgsarbeid, ikke vitenskap i streng forstand. Det betyr ikke under noen omstendigheter at denne kunnskapsproduksjonen er verdiløs, men poenget er å vise at den adskiller seg fra den kritisk refleksive vitenskapelige posisjon jeg har utdannet meg innenfor gjennom tre års ph.d.-utdanning.

Når jeg nå i et retrospektivt lys vender tilbake til sosioanalysen mot avhandlingsarbeidets avsluttende fase, ser jeg også at jeg som en relativt uerfaren og ikke «rettmessig» samfunnsvitenskapelig skolert stipendiat – i form av å besitte en mastergrad i eksempelvis antropologi eller sosiologi, men snarere hadde en profesjonsutdannelse i sykepleie med en akademisk påbygging i form av min mastergrad – inntok en dominert posisjon i de to hjørnene av det akademiske felt både Senter for omsorgsforskning, vest og det praxeologiske miljøet innen sykepleievitenskap ved UiB representerte. Komplekser – eller det Bourdieu ville omtalt som symbolsk vold – relatert til å ikke ha den «rette» bakgrunnen hverken etter det medisinske eller samfunnsvitenskapelige felts dominante logikker – førte muligens til en kompenserende adferd der jeg forsøkte å gjør alt og fange «det hele» gjennom lange feltobservasjoner (slik antropologene gjør det), samt supplerende intervjuundersøkelser som Bourdieu foreslår at man *kan*, men ikke *må* gjøre. I tillegg ble det gjort omfattende dokumentanalyser som i henhold til en historisk-epistemologisk tradisjon er det mest sentrale for å forstå det man observerer i praksis (Prieur, 2002, s. 121).

På den annen side medførte studiens omfattende design en dypere forståelse av feltet og praktikken som ble studert. Videre kan erfaringen med å være i en underlegen posisjon – både som sykepleier i et medisinsk dominert felt og som sykepleieviter i academia – ha bidratt til at jeg har kjent dominansforholdene på kroppen. På den måten kan min livshistorie ha bidratt til en intuisjon³⁰ i forskerrollen som kan ha gjort meg årvåken for ulike former for dominansforhold, maktmisbruk og naturaliserte doxa i det studerte feltet. I motgang blir man sterkere heter det seg og kanskje har underlegenheten i det akademiske felt til syvende og sist gitt meg motet og intuisjonen

³⁰ I følge Prieur (2002, s. 115-125) mente Bourdieu at forskningens kvalitet påvirkes av forskerens disposisjoner der det å få et «sosiologisk blikk» eller intuisjon var noe man som forsker kunne tilegne seg – både som følge av grundige teoretiske studier av det aktuelle feltet, eller som følge av en personlig erfaring med det aktuelle feltet. Denne type intuisjon eller følsomhet viste seg å kunne være særlig fremtredende blant forskere som hadde en større sosial nærhet til sine informanter. Nærheten kunne gi dem både motet og innsikten som krevdes for å stille spørsmål som kunne fange opp implisitte forhold, under eksempelvis en intervjusituasjon.

som krevdes for å bryte med dominansforholdene i praksisfeltet som jeg selv opprinnelig kom i fra?

3.3 Feltarbeidet i studiens to case-kommuner: foki, informantutvalg og praktisk gjennomføring

Studiens feltarbeider ble utført i to norske kommuner som på ulikt vis forholdt seg til politiske føringer og anbefalinger på det velferdsteknologiske området, og arbeidet med å omorganisere tjenestene for økt bruk av velferdsteknologi i regi av hjemmetjenestene. Feltstudien startet formelt opp høsten 2016 og ble utført i et sosialt rom man kan definere som «et kommunalt ledelses- og iverksettelsesnivå», der observasjon av velferdsteknologiske prosjektgrupper og dets medarbeideres arbeid var i fokus. Jeg gikk ganske åpent ut i dette mangfoldige sosiale rommet (og på tvers av sosiale rom), for å forsøke å få tak i hvilke arbeidsoppgaver og sosiale praktikker som foregikk under den preliminært definerte sosiale praktikken «velferdsteknologisk prosjektmakeri» i norske kommuner. Det var særlig møteaktivitet som ble observert på dette nivået av hjemmetjenestehierarkiet, nærmere bestemt 33 møter/arrangementer i perioden november 2015 til september 2019³¹.

Høsten 2018 starten feltarbeidene i utøvende hjemmetjeneste opp med observasjon av ansattes arbeid i tjenestemottakeres hjem, samt fokus på tjenestemottakerne og deres familiers erfaringer med velferdsteknologi i en landlig og en sentral hjemmetjenesteavdeling i Case-kommune 1. Våren 2019 ble feltarbeider i den utøvende hjemmetjeneste i Case-kommune 2 utført med et lignende design der jeg observerte ansatte i både en landlig og sentral hjemmetjenesteavdeling.

³¹ Møter høsten 2015 og våren 2016 var relatert til planlegging av studien, samt observasjon på åpne offentlige arrangement som ikke krevde formel løyve, mens løyve til å gjennomføre studien ble gitt av NSD sommeren 2016. Mer utdypende beskrivelser av godkjenninger og andre forhold relatert til feltilgangen vil drøftes under underkapittel 3.3.1 og 3.3.2. I en periode på 8 mnd. i 2017 ble feltstudiene satt på pause grunnet morspermisjon.

Gjennom flere års teoretisk skoloring i Bourdieus praxeologi³² hadde jeg en feltoptikk med meg som del av min praktiske sans da jeg gikk ut i feltet som forsker. På bakgrunn av innlesingen i praxeologisk metodologi var jeg blitt interessert i de implisitte og skjulte makt- og dominansforhold som virket inn på måten velferdsteknologi materialiserte seg som sosial praktikk i møte med et bestemt felt, der de agerende i feltet på bakgrunn av sine disposisjoner ble antatt å stå i en relasjon til hverandre og inneha ulik grad av makt og innflytelse om saken. Metodisk ble det under feltarbeidet gjort observasjoner – eller det Bourdieu (2003) omtalte som «deltagende objektivisering³³» – på ulike nivå av tjenestehierarkiet i kommunene. I all «datainnhenting» hadde jeg Bourdieus habitustrilogi (posisjon-disposisjon-posisjoneringer) med meg, da jeg var opptatt av å forstå og forklare posisjoneringene i lys av agentenes disposisjoner, deres posisjon i feltet og feltets dynamikker (Petersen & Callewaert, 2013, s. 23). Jeg stilte meg følgende analytiske underspørsmål relatert til studiens tredje forskningsspørsmål:

3a) Hvilke agenter er engasjert i praktikken (bruk av velferdsteknologi) og hvordan posisjonerer de seg til saken?

3b) Hvordan kan posisjoneringene til saken (velferdsteknologi) forklares på bakgrunn av agentenes posisjon og disposisjoner?

3c) Hvordan kan velferdsteknologiens strukturerende virkninger på hjemmetjenestefeltet og tjenestemottakerne (familiene) forstås og forklares på bakgrunn av agentenes posisjon og disposisjoner?

For å få tak i data om informantene som kunne brukes som grunnlag for habituskonstruksjoner ble det i forbindelse med intervjuundersøkelsen samlet inn

³² Eksempelvis gjennom lesing av de vitenskapsteoretiske diskusjoner i *The Craft of Sociology* (Bourdieu et al., 1991) og *Refleksiv sosiologi: mål og midler* (Bourdieu & Wacquant, 1996). Bourdieu (2003) sin artikkel *Participant Objectivation* og teksten *Understanding* i boken *Weight of the World* (Bourdieu, 1999a) var sentrale i planlegging av mine feltarbeider med bruk av observasjons- og intervjuundersøkelse som forskningsmetodikker, mens *The Social Structures of the Economy* (Bourdieu 2000/2005) dannet grunnlaget for studiens overordnede forskningsdesign og teoretiske overbygging, samt analysene av datamaterialet.

³³ Deltagende objektivisering handler om å både objektivere det observerte og det «objektiverende subjekt» (forskeren). I prinsippet handler det om å undersøke de sosiale betingelser som ligger bak de observerte erfaringer og det sosiale ståstedet som innvirket på nedtegnelsen herav. Heller enn detaljerte beskrivelser av forskerens fremgangsmåter («dagbok-syken») forsøkes den sosiale verden som har formet både forskeren og hennes forskningsobjekt å konstrueres frem (Bourdieu, 2003).

bakgrunnsopplysninger om mine helseprofesjonelle informanter som fungerte som indikatorer på ulike kapitalformer³⁴, men fikk også frem deres posisjon i feltet og deres posisjoneringer til saken (se vedlegg nr. 1).

I tillegg til å observere hvordan de velferdsteknologiske «iverksetterne» i prosjektgruppene arbeidet, ble det foretatt totalt 8 individuelle dybdeintervjuer med nøkkelinformanter i denne informantgruppen, med henblikk på å få tak i subjektive posisjoneringer til saken, informasjon om de agerendes posisjon i feltet og mer utdypende informasjon om de observerte praktikkene, samt data om informantenes disposisjoner. I feltarbeidets andre del som hadde som målsetting å undersøke teknologiens strukturerende virkninger på utøvende helsepersonell i hjemmetjenestene – samt tjenestemottakerne og deres familiers posisjoneringer til saken – ble det gjort observasjons- og intervjustudier i fire ulike hjemmesykepleieavdelinger i de to case-kommunene. I Case-kommune 1 ble jeg i tillegg invitert til å besøke et sykehjem, et bofelleskap for personer med psykiske helseutfordringer, samt et dagsenter for hjemmeboende eldre for å kunne danne meg et helhetlig inntrykk av kommunens pleie- og omsorgstilbud.

Sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter i utøvende hjemmetjenester var denne andre delen av feltarbeidets primære fokus, der ansatte ble observert i sitt arbeid under både dag-, kvelds- og nattskift. De ansatte jobbet enten «inne» i omsorgsboliger som var underlagt hjemmetjenestens ansvar, eller «ute» i betydningen hjemme hos tjenestemottakere som fortsatt bodde i sine private hjem. Denne andre delen av feltstudien ble gjennomført høsten 2018 og våren 2019, under deltagelse på til sammen 36 skift³⁵. I tillegg til å observere de ansattes arbeid ble det notert på bakgrunn av mer

³⁴ Bakgrunnsopplysningene jeg samlet inn var alder, kjønn, sivilstatus og familie, bolig/fritidsbolig, fritidsaktiviteter/interesser, stilling i kommunen/rolle i velferdsteknologiprojekt, utdannings- og arbeidsbakgrunn og faglige interesser. I underkapittel 3.3.1-3.3.3. vil jeg redegjøre grundigere om innhenting av bakgrunnsopplysningene og hvordan jeg har arbeidet med habituskonstruksjoner på bakgrunn av dette datamaterialet.

³⁵ I Case-kommune 1 ble det observert ved til sammen 31 skift, nærmere bestemt 24 skift i to ulike hjemmetjenesteavdelinger (sentral og landlig), i tillegg til syv skift på det lokale responscenteret. I Case-kommune 2 ble det observert ved til sammen fem skift i utøvende hjemmetjeneste i to ulike avdelinger (sentral og landlig).

uformelle samtaler med ansatte under for eksempel bilkjøring, i korridoren, på møterom eller lignende, som bidro til å utdype eller avklare spørsmål som hadde oppstått under observasjonene. Underveis ble det skrevet ned feltnotater som ble bearbeidet til en sammenhengende refleksiv tekst om det observerte. Som oftest ble det gjort observasjoner 2-3 dager i uken slik at en dag i forkant kunne brukes til forberedelser og en dag i etterkant kunne brukes til bearbeidelse av feltnotatene. Intervjuene av utøvende helsepersonell ble utført i samme tidsperiode, der intervjuet ofte ble gjennomført etter at jeg hadde fulgt den ansatte gjennom 2-3 skift. En semi-strukturert intervjuguide basert på en praxeologisk optikk ble brukt som et utgangspunkt for både samtaler med tjenestemottakere og helsepersonell på ulike deler av tjenestehierarkiet (se vedlegg nr. 2). Intervjuene varte fra 40 til 75 minutter og ble tatt opp på lydbånd.

Som forsker prøvde jeg å fange opp de implisitte forhold og strukturelle vilkår som kunne forklare det observerte. Jeg måtte også være observant for skjulte betydninger og forhold som ikke ble eksplisitt uttalt eller gitt mindre oppmerksomhet. Denne måten å jobbe på var mye inspirert av Anja Pawlicas (2018, s.135-136) beskrivelser av hennes praxeologiske feltarbeid i et bofelleskap for psykisk lidende, der hun posisjonerte seg dit hen at observasjoner kan fange det usagte som kommer til uttrykk gjennom handlinger, der forskerens oppgave er å «oversette» implisitt praktisk kunnskap til eksplisitt teoretisk kunnskap. Prieur (2002, s. 113) argumenterer på lignende vis (og også inspirert av Bourdieu) for at sosiologiens primære objekt er å få frem de underliggende sosiale determinanter som ligger bak praktikkene, der både observasjon og intervju følgelig har sine begrensninger. For eksempel er det noen objektive maktforhold mellom en overlege, turnuslege og en sykepleier som ikke alltid er observerbart, men som kan konstrueres frem ved hjelp av objektive data om de agerendes styrkeforhold (kapitaler). Bourdieus perspektiv på design handler i så måte om å objektivere samfunnets pregning av individene og avdekke det sosialt fortrenget hos både forskeren og hennes informanter (Prieur, 2002, s. 110).

Valget om å ha observasjon som primærmetode og intervjuer som supplerende metode under feltarbeidet var i så måte også fundert i den praxeologiske og historisk-epistemologiske innrettingen på studien. Bourdieu «stolte» på mange måter mer på observasjoner enn intervjuer på bakgrunn av en tese om at agentene manglet bevissthet om årsakene bak sine posisjoneringer i ord og handling, som følge av å ha inkorporert det dominerende doxaet i feltet. Subjektive perspektiver (agentenes erfaringer og forståelser av saken) utgjør i så henseende ikke svaret alene, men snarere det som skal forklares i lys av objektive vilkår slik som agentenes habituelle disposisjoner (livshistorie, tilganger/kapitalvolum) og feltets struktur (Bourdieu, 1973/2019, s. 15; Bourdieu & Wacquant, 1996; Prieur, 2002, s. 112-113). I tillegg var jeg under observasjonsstudiene interessert i om det var en diskrepans mellom de agerendes «offisielle» posisjoneringer – som man i en Bourdieu-optikk antar er preget av det herskende doxaet om saken – og de observerte handlinger. For eksempel fant jeg både under min masterstudie om velferdsteknologi med et lignende studiedesign, samt under ph.d.-studiens feltarbeider, at ordrette sitater og fyndord fra politiske føringer tidvis ble reproduisert i de agerendes posisjoneringer om saken. Videre var det noen rådende teser om saken (ofte pro teknologi) som kunne synes å bli reproduert som naturaliserte sannheter som ingen lenger stilte spørsmål til, mens former for motstand likevel kunne komme til uttrykk i de agerendes handlinger (praktikkene).

3.3.1 Tilgangen til feltet og beslutningen om et komparativ design

I den innledende fasen av studien (høsten 2015) ble jeg av Senter for omsorgsforskning, vest introdusert til en prosjektgruppe som var part i forskings- og utviklingsprosjektet min ph.d.-studie (fra arbeidsgivers/prosjekteiers side) var planlagt å skulle inngå i. Prosjektgruppen jeg var blitt introdusert til arbeidet med å organisere velferdsteknologi som en ordinær del av det hjemmebaserte tjenestetilbudet i den respektive kommunen, der anskaffelse av nytt digitalt utstyr og dertilhørende responstjenester ved hjelp av en såkalt «innovativ offentlig anskaffelse»³⁶ nå var på trappene. Senter for

³⁶ Ifølge Nordisk ministerråd dreier innovative offentlige anskaffelser om en arbeidsmodell der man i motsetning til en tradisjonell offentlig anskaffelse kan bidra til innovasjon i offentlig sektor under anskaffelsesprosessen.

omsorgsforskning, vest sitt kontaktnettverk i den spesifikke kommunen – herved omtalt som Case-kommune 1 – samt andre samarbeidskommuner i distriktet, ga meg en unik feltilgang som gjorde rekrutteringsprosessen relativ enkel. Gjennom møter og samlinger knyttet til anskaffelsesprosessen kom jeg i kontakt med ansatte i velferdsteknologiske prosjektgrupper i andre kommuner i regionen.

I løpet av den første observasjonsperioden (anskaffelsesprosessen) sensommer 2016 kom ideen om å ha en ekstra case-kommune opp av flere årsaker. For det første hadde den første (og opprinnelige) case-kommunen relativt lang erfaring med velferdsteknologi etter å ha deltatt i et forskningsprosjekt i samarbeid med to teknologileverandører og en høyskole i perioden 2012-2016. Videre hadde kommunen på bakgrunn av erfaringer fra første prosjektperiode besluttet å ha et lokalt driftet responscenter, samt ansvar for en større del av den velferdsteknologiske tjenestekjeden lokalt. Case-kommune 1 sin tjenesteorganisering skilte seg i så måte fra nasjonale anbefalinger for responsløsninger på denne tiden (Helsedirektoratet, 2016), og var i så måte heller ikke representativ for hvordan en gjennomsnittlig norsk kommune valgte å organisere velferdsteknologiske tjenester på dette tidspunktet. Ved å være del av et innovasjonsprosjekt – i samarbeid med både academia og teknologileverandører – fikk Case-kommune 1 både økonomiske og faglige fordeler som andre norske kommuner ikke hadde. I den sammenheng argumenterte jeg for at et mer komparativt design – i tillegg til å få frem et mer realistisk bilde av en gjennomsnittlig kommunal virkelighet på dette tidspunktet – kunne gi en rikere forståelse av hvordan ulike måter å organisere responstjenester på kunne sies å innvirke på de øvrige pleie- og omsorgspraktikkene i hjemmetjenesten (eller undersøke om det i det hele tatt hadde noen betydning).

Innovasjonen kan relatere seg til en forbedring av et produkt eller en tjeneste, eller det kan være selve anskaffelsen som er gjort på en ny og effektiv måte (Nordic Council of Ministers, 2011, s. 8). Et annet mål med modellen er ifølge de byråkratiske forklaringene økt brukerinvolvering ved grundig avklaring av bruker- og tjenestebehov underveis i anskaffelsesprosessen. Modellen anbefaler derfor omfattende dialog mellom fagfolk i kommunene og leverandørene, før eventuelle spesifikasjoner eller tilbud «legges på bordet». Grundigheten og brukermedvirkningen i denne prosessen hevdes å kunne gi leverandørene bedre mulighet til å tilpasse sine produkter til brukerens behov, samt at kommunene sikres de nyeste og beste produktene på markedet (Leverandørutviklingsprogrammet, 2017).

Etter flere møter ble det formelt etablert en samarbeidsavtale med en tilleggskommune, herved omtalt som Case-kommune 2. Denne kommunen ønsket en ekstern, privat tilbyder av både teknisk utstyr og responstjenester, noe som representerte en mer vanlig måte å organisere velferdsteknologitjenester på i norske kommuner på dette tidspunktet (PA Consulting Group, 2014, s. 25). Valget om en komparativ case-kommune var også mer i tråd med praxeologisk metodologi og et relasjonelt feltperspektiv i form av at en posisjon og/eller sosial praktikk alltid står i forhold til en annen posisjon og/eller sosial praktikk i et felt av samfunnet (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 209-210). Begrepet relasjon eller relasjonelt skiller seg i den vitenskapelige sammenheng fra måter man tenker om begrepet i dagligtalen og det som er bevisst for de agerende i feltet. Det handler om de objektive styrkeforhold mellom de agerende i det sosiale rommet eller feltet som studeres, som blant annet kan forklares av de tilstedeværende agentenes kapitalstruktur og volum, som følgelig må konstrueres frem av forskeren (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 210-211). Case-kommunenes totale kapitalvolum på velferdsteknologiområdet tenkt som et større sosialt rom der flere agerende fra ulike subfelter møttes fremstod i denne sammenheng også relevant å undersøke.

Den formelle tilgangen til feltet på lokalt plan ble i begge case-kommunene gitt av den helse- og omsorgsfaglige ledelsen i kommunen i samråd med enhetslederne i hjemmetjenesten og den velferdsteknologiske prosjektledelsen, på bakgrunn av informasjonsmøter³⁷, felles planleggingsmøter og gjennomlesing av prosjektskissen. I Case-kommune 1 ble det også avholdt informasjonsmøter om studien der utøvende helsepersonell ble gitt mulighet til å stille spørsmål og melde sin eventuelle interesse for å være informanter. I Case-kommune 2 ble det lagt opp til et mer kortvarig feltarbeid, der avtaler med de ulike enhetslederne ble gjort fortløpende og informasjonen til de ansatte ble gitt samme dagen som jeg møtte opp. Enhetslederne utpekte i denne kommunen aktuelle informanter jeg kunne følge gjennom arbeidsdagen, mens det i det mer langvarige feltarbeidet i Case-kommune 1 var større

³⁷ Informasjonsmøtene ble holdt i september 2016.

mulighet for forskeren selv å utpeke aktuelle informanter som kunne belyse saken fra ulike hold. I den sammenheng kan det diskuteres om feltarbeidet i de utøvende hjemmetjenestene i den andre case-kommunen var omfattende nok til å gjøre en komparativ analyse, men på den annen side hadde jeg etter langvarig studier om tematikken og flere lange feltarbeider (også under masterstudien min) trolig opparbeidet meg en praktisk sans og fornemmelse for hva som stod på spill om saken i de observerte sosiale rommene. Med det mener jeg at det ikke nødvendigvis er antallet informanter og lokaliteter, eller feltarbeidenes varighet som spiller størst rolle, men derimot evnen til å fornemme og nedtegne de kampene som kommer til syne i de observerte kontekstene og hvilke habituelle forhold som kan forklare forskjellene som er viktig i en feltoptikk. Bourdieu (2003, s. 288-289) omtalte som nevnt denne evnen som et «sosiologisk blikk» eller intuisjon.

For eksempel konkluderte jeg underveis i studien med at de velferdsteknologiske prosjektgruppene var en særlig aktuell gruppe å observere (og materialet herav verdt å analysere i dybden), ettersom disse agentene var de som – på tross av noble forsøk på å involvere utøvende helsepersonell og tjenestemottakere – tilsynelatende hadde større definisjonsmakt omkring hvordan velferdsteknologi som tjeneste ble organisert. Helt tilbake til de innledende møtene høsten 2015 og under hele feltarbeidsperioden (2016-2019) ble det gjort kontinuerlige observasjoner av møteaktivitet i regi av kommunenes prosjektgrupper, som hadde det overordnede organisatoriske og administrative ansvaret for driften av velferdsteknologi og responstjenester i de kommunale hjemmetjenestene. På den måten blir det muligens noe uriktig å karakterisere observasjonene gjort i dette sosiale rommet (der ledere og iverksettere agerte) som en avgrenset og avsluttet fase, slik observasjonene i utøvende hjemmetjeneste på sin side representerte³⁸.

³⁸ Feltobservasjonene i utøvende hjemmetjenester strakk seg over en periode på åtte måneder fra august 2018 til april 2019.

3.3.2 Løye til å gjennomføre studien

Sommeren 2016 ble det søkt om godkjenning av studien i aktuelle forskningsetiske instanser for å sikre at informantenes personvernrettigheter og øvrige interesser ble ivaretatt. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) gjorde den første vurderingen av prosjektbeskrivelsen, hvorpå det ble konkludert med at prosjektet handlet om organisering av helsetjenester uten målsettinger om å fremskaffe ny kunnskap om helse eller sykdom. Studien ble derfor vurdert til å falle utenfor helseforskningsloven (vedlegg nr. 3). Ettersom prosjektet innebar innsamling av personopplysninger slik som navn på informant og lydopptak, samt indirekte identifiserbare personopplysninger slik som stilling, utdanning og yrkeserfaring, måtte Norsk senter for forskningsdata (NSD)³⁹ godkjenne prosjektet i henhold til personopplysningsloven (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018).

I søknadsskjemaet ble det informert om at det ble planlagt å gjøre observasjon av ulike ansatte i hjemmetjenestene, både velferdsteknologiske prosjektgrupper og utøvende helsepersonell i deres pleie- og omsorgsarbeid hos hjemmeboende tjenestemottakere. Videre ble det orientert om at formelle forskningsintervju med bruk av lydopptaker ville utføres med et utvalg frivillig deltagende ansatte i ulike ansattgrupper (ledere, sykepleiere, ergoterapeuter, helsefagarbeidere og assistenter), samt at det ville gjennomføres mer uformelle samtaler med tjenestemottakerne om deres erfaringer med velferdsteknologi (uten bruk av lydopptaker). Videre ble det orientert om at det ville innsamles både direkte identifiserbare opplysninger (f.eks. lydopptak, navn) om ansatte og indirekte identifiserende personopplysninger (f.eks. yrkestittel, hjelpebehov, kommunenavn, alder) om ansatte og tjenestemottakere på bakgrunn av studiens praxeologisk optikk. Det ble imidlertid opplyst om at data om informantene ville aidentifiseres ved bruk av koblingsnøkkel og pseudonymisering, dvs. at den direkte identifiserbare informasjonen kun skulle være tilgjengelig for forskeren (NESH, 2021, s. 23). På grunnlag av et «føre-var prinsipp» ble det orientert om at kommunenavn ville

³⁹ NSDs tidligere funksjoner ivaretas i dag av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt, 2022).

bli publisert og at ansatte i kommunen ville kunne gjenkjenne andre ansatt- og brukerdeltakeres identitet, såkalt «bakveisidentifisering» der deltakere kan bli identifisert av andre enn forskeren på bakgrunn av kombinasjoner av publiserte bakgrunnsopplysninger (selv om informasjonen i utgangspunktet ikke avdekker personens identitet) (NESH, 2021, s. 23). I tillegg ble informasjons- og samtykkeskriv til de ansatte (vedlegg nr. 4) og tjenestemottakerne (vedlegg nr. 5), prosjektskisse og observasjons- og intervjuguide (se henholdsvis vedlegg nr. 6 og nr. 2) innsendt til NSD.

Det hadde blitt utarbeidet ulike skriv til henholdsvis ansatte og tjenestemottakere – med henblikk på å tilpasse informasjonen til de ulike informantgruppene, samt at det var ulik innretning på studiedesignet i de to gruppene. Godkjenning ble mottatt august 2016, og med noen justeringer konkluderte NSD med at forskningsprosjektet kunne gjennomføres (se vedlegg nr. 7). Justeringene som måtte gjøres var relatert til informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet, hvor jeg måtte tydeliggjøre overfor informantene hvorfor jeg ville samle inn indirekte identifiserbare personopplysninger. NSD understreket at forskeren måtte være oppmerksom på at de ansatte har taushetsplikt og unngå å bruke indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slik som alder, kjønn og diagnoser som kunne komme frem under intervju. I de fremskrevne empiriske eksemplene jeg har valgt å anvende slike opplysninger er det i omskrevet form med tjenestemottakers samtykke.

Under planleggingsfasen av studien hadde jeg både skriftlig og telefonisk dialog med NSD. De reviderte informasjons- og samtykkeskrivene ble godkjent før jeg entret feltet høsten 2016. Ytterligere endringsmeldinger måtte sendes inn etter at personopplysningsloven ble endret i 2018, på grunn av EUs generelle personvernsforordning (GDPR). Videre ble det sendt løpende endringsmeldinger i perioden 2017-2023, ettersom sluttdatoen for prosjektet ble utsatt gjentatte ganger som følge av personlige forhold. Fristen for å ferdigstille behandling av datamaterialet som inneholdt identifiserende personopplysninger ble av NSD satt til 01.09.2023.

3.3.3 Informert samtykke

Informert samtykke handler om å informere sine deltakere om prosjektets hensikt, at det er frivillig å delta, fordeler og ulemper med deltagelse, samt muligheten til å trekke sin deltagelse uten konsekvenser, om det skulle være ønskelig (Fangen, 2010, s. 191; NESH, 2021, s. 18). Før jeg startet opp feltarbeidet hadde jeg flere planleggingsmøter med prosjektledelsen i mine case-kommuner, der jeg informerte litt om en hva en samfunnsvitenskapelig tilnærming handlet om og mer grunnleggende om hva feltarbeid med bruk av observasjon og intervjuetoden innebar. Det ble informert både skriftlig og muntlig om studiens fokus og hensikt til samtlige informanter, der det å tydeliggjøre den praxeologiske innrettingen av studien ble vurdert som viktig relatert til idealet om informert samtykke. Nøkkelinformanter blant de ansatte som jeg fulgte over tid og i noen tilfeller også intervjuet, skrev under på et skriftlig samtykke. Skriftlig samtykke ble også innhentet hos tjenestemottakerne jeg besøkte. Rent praktisk gjorde vi det slik at ansatte informerte om studien og innhentet samtykke før jeg entret boligen, mens jeg i tillegg presenterte meg selv og studien muntlig da jeg var kommet innenfor dørstokken. Når det gjaldt tjenestemottakerne som ble besøkt på nattskift hadde natttjenesten innhentet skriftlig samtykke på forhånd.

Jeg opplevde at det fra et forskningsetisk perspektiv var nødvendig å tydeliggjøre min posisjon som forsker, både med henblikk på kommunenes tidligere erfaring med mer følgeforskningsbasert forskningspraksis, samt det forhold at jeg ønsket å samle inn personopplysninger i bakgrunnsskjemaet. Det fremstod som viktig å informere om hva jeg skulle bruke personopplysningene til, noe som også ble tydeliggjort etter beste evne i det skriftlige informasjonsskrivene (se vedlegg nr. 4 og nr. 5). Her var det en balansegang mellom åpenhet og visse fordeler ved å ikke gjøre det overtydelig at jeg for eksempel var opptatt av makt- og dominansforhold i feltet, ettersom for mye åpenhet i verste fall kan påvirke informantenes utsagn og oppførsel (Fangen, 2010, s. 195).

Mitt inntrykk var at forklaringene som ble gitt, avmystifiserte både opplegget og de spørsmål/fokus som jeg måtte ha i intervjuene og mer uformelle samtaler med informantene under observasjon. Etter mitt syn virket ingen av informantene videre skeptiske til mine metoder eller fokus etter disse samtalene. Videre var det viktig å informere om at jeg til enhver tid hadde en observatørrolle der jeg nedskrev relevant informasjon som kunne bidra til å svare på studiens forskningsspørsmål. For eksempel at alt som ble sagt på møter potensielt kunne bli nedskrevet og at det følgelig var mulighet for å reservere seg fra å bli sitert. Videre ble det informert om at mer uformelle samtaler i bilen, på personalrom osv. også kunne bli brukt som en del av datamaterialet. Ettersom jeg noterte relativt mye og kontinuerlig fikk jeg inntrykk av at informantene var klar over at jeg hadde en observatørrolle og var på kontinuerlig på jobb som forsker, mens det lå implisitt at hverdagslig prat av mer personlig karakter som ikke hadde relevans for studiens tematikk derimot ikke ble nedskrevet.

Det hendte noen ganger at det kom en møtedeltaker inn i rommet underveis i et møte som jeg ikke kjente til fra før eller som jeg ikke var blitt orientert om at skulle dukke opp, der det ikke i alle tilfeller passet seg at jeg brøt opp møtets gang for å tydeliggjøre min forskerrolle og innhente samtykke. Fangen (2010, s. 192) støtter at det vil være umulig å innhente samtykke i alle situasjoner på et feltarbeid der begivenhetene skjer spontant eller det er mange til stede som ikke er klar over forskningsprosjektet. Det ble følgelig innhentet skriftlig samtykke fra møtedeltakere som hadde en sentral rolle i prosjektet og over tid ble nøkkelinformanter i studien, mens det ble vurdert som tilstrekkelig med muntlig samtykke fra øvrige møtedeltagere, ettersom det ikke ville bli samlet inn personopplysninger om dem.

Konferanser, åpne informasjonsmøter og fagarrangement er andre eksempler på kontekster og situasjoner der jeg i min studie ikke alltid klarte å etterprøve idealet om informert samtykke fra samtlige tilstedeværende agenter, og i større grad inntok en «skjult» observatørrolle. Fangen (2010, s. 194-195) argumenter for at idealet om fullstendig åpenhet i løpet av en feltarbeidsperiode der man kommer i kontakt med

svært mange ulike personer samtidig, vil være et umulig krav. Kravet om informert samtykke er kun absolutt når man innsamler detaljert informasjon om personens privatliv eller andre sensitive opplysninger, samt direkte eller indirekte identifiserende forhold (Fangen, 2010, s. 191-192). Konferanser, fagarrangementer eller åpne informasjonsmøter regnet jeg i så måte for å være observasjon på offentlig arena, som er karakterisert som kontekster med minst krav om informert samtykke (Fangen, 2010, s. 193). I de tilfeller jeg observerte sensitivt pleie- og omsorgsarbeid var alltid samtykke på plass og de tjenestemottakere som ikke oppfylte studiens inklusjonskriterier, ble følgelig ekskludert i form av at jeg ble sittende i bilen å vente til den ansatte jeg fulgte var ferdig med det aktuelle oppdraget.

En introduksjonskonferanse mellom statlige agenter, teknologinæringen og et utvalg kommuner var derimot et eksempel på et arrangement som i mitt prosjekt kanskje kan regnes som et gråsonetilfelle mellom offentlig arrangement og lukket møte. Arrangementet var rettet mot inviterte deltakere fra både kommuner, statsbyråkratiet og teknologinæringen. Dette møtet var hverken et helt åpent offentlig arrangement eller et lukket møte med få deltakere. Videopptak av arrangementet ble dessuten i etterkant gjort offentlig tilgjengelig på internett. Selv om dette ikke var et helt åpent arrangement for allmennheten (jeg hadde fått invitasjon som forsker), var forskerrollen min på møtet avklart med Case-kommune 1 som hadde en sentral rolle på møtet. Selv om foredragsholderne høyt oppe i makthierarkiet var klar over at Case-kommune 1 var med på et forskningsprosjekt, var de ikke nødvendigvis klar over den kritisk refleksive observatørrollen jeg inntok på disse arrangementene.

Fangen (2010, s. 193) argumenterer for at man kan få tilgang til helt unikt materiale om man har en mer skjult rolle, fordi de som blir observert da blir mindre bevisst på at de blir observert. En annen ulempe med et absolutt krav om samtykke i alle former for observasjonsstudier handler dessuten om at personer med høyere grad av makt oftere er i posisjon til å velge bort deltagelse – til sammenligning med personer med lavere grad av makt og status i feltet, som igjen vil være negativt for studiens representativitet.

Deltagelse eller ikke-deltagelse, samtykke eller ikke-samtykke er i så måte ifølge Fangen (2010, s. 191-193) noe som må vurderes i hver enkelt studie, med unntak av de absolutte konfidensialitetskrav relatert til innsamling av sensitive⁴⁰ eller intime opplysninger. På store konferanser i regi av statsbyråkratiet med en på forhånd avklart agenda rettet mot deltagerne stiller jeg meg imidlertid tvilende til at agentene ville posisjonert seg annerledes om de var fullt klar over min observatørrolle. Det var hverken konfidensielle eller personidentifiserende opplysninger som ble innhentet på slike arrangementer, men derimot offisielle uttalelser (posisjoneringer) fra agenter som representerte statlige (eller andre mektige) organ. I en Bourdieu-optikk er disposisjonene f.eks. relatert til utdanningsbakgrunn i kombinasjon med stilling i organisasjonen også relevant og ofte åpent tilgjengelig på nett. Denne muligheten benyttet jeg meg i noen tilfeller av når kommunenes deltagelse på statlige arrangementer ble observert og de statlige agentenes posisjon ble forsøkt konstruert frem for å forstå fra hvilken sosial posisjon de talte.

3.3.4 Konfidensialitet

Konfidensialitet handler om å ivareta informantenes personvern og integritet i måten dataene som omhandler individer (både direkte og indirekte berørte⁴¹) blir innhentet, lagret og publisert (Fangen, 2010, s. 196; NESH, 2021, s. 23-26). I informasjonsskrivene til deltakerne ble det i tråd med NSDs retningslinjer forsikret om at datamaterialet ville oppbevares på en passordbeskyttet pc, innlåst på forskerens kontor. Videre ble det opplyst om at personidentifiserende opplysninger ville anonymiseres og makuleres ved prosjektets opprinnelige sluttdato i 2021. Da prosjektet av ulike grunner ble forlenget måtte det som nevnt søkes dispensasjon hos NSD, som ble innvilget gjentatte ganger (se vedlegg nr. 8). Datamaterialet ble oppbevart på

⁴⁰ Eksempler på sensitive opplysninger er opplysninger om legning, etnisitet, politisk eller religiøse oppfatninger, helseopplysninger eller opplysninger om straffbare forhold (Fangen, 2010, s. 196).

⁴¹ Eksempel på indirekte berørte personer i denne studien var tjenestemottakernes pårørende. I de tilfeller der interessante opplysninger og posisjoneringer fra pårørende fremkom ble det spurt muntlig om denne informasjonen i anonymisert form kunne brukes som eksempler i avhandlingen.

høgskolens forskningsserver med to-trinns autentisering, mens det senere i anonymisert form ble lagret direkte på pc-en.

Da jeg innledningsvis informerte Case-kommune 1 om det viktige forskningsetiske prinsippet om konfidensialitet og grep som anonymisering ved hjelp av pseudonymisering, virket dette å være ukjent for prosjektgruppen basert på kommunens tidligere erfaring med forskning der kommunenavn hadde blitt publisert med full åpenhet, mens informantenes navn riktignok hadde blitt anonymisert. Prosjektgruppen og øvrig ledelsesposisjoner i denne kommunen posisjonerte seg dit hen at det ikke var noe hemmelig de holdt på med i kommunen som *«ikke tålte dagens lys»*. Om mitt navn og prosjektittel ble linket til det kommunale innovasjonsprosjektet ville det bli vanskelig for meg å anonymisere, ettersom studiens lokalitet da ville avsløres. Det måtte derav en del forklaring – og nærmest overtalelse til – for å få kommunen til å la være å publisere mitt navn i brosjyrer, rapporter ol. hvor både prosjekt- og kommunenavn ble nevnt. Ved et tilfelle ble navnet mitt, omtale av prosjektet og kommunenavn likevel publisert med mitt samtykke, ettersom jeg hadde bidratt med tekst der forskning på temaet responstjenester for velferdsteknologi ble oppsummert. I den situasjonen fikk jeg kommunen til å publisere navnet mitt sammen med hele gruppen av forskere som på ulike vis hadde bidratt inn mot det kommunale prosjektet, slik at linken mellom mitt navn og prosjekt på den måten ikke ble like åpenbar. I avhandlingen er kommunenavn anonymisert, men på bakgrunn av utfordringene jeg støtte på relatert til anonymiseringshensyn under planleggingen av studien ble det opplyst i informasjonsskrivet til deltakerne at kommunenavn ville kunne publiseres.

Det manglende kommunale fokuset på anonymisering kunne trolig også relateres til at det å delta i et forskningsprosjekt til nå hadde generert mye symbolsk kapital og prestisje for Case-kommune 1 på ulike velferdsteknologiske arenaer, inn mot andre kommuner og ut mot lokalbefolkningen. Videre hadde denne kommunen mottatt økonomiske bevilgninger fra ulike statlige organisasjoner (Helsedepartementet,

Husbanken etc. og lokale politikere), hvorpå alle disse «sponsorene» krevde dokumentasjon om prosjektets fremdrift og formidlingsaktiviteter. Kommunenes samarbeid med forskere fra en forskningsinstitusjon som høyskolen representerte, ble i denne sammenheng tilsynelatende brukt til fremme innovasjonsprosjektets kvalitet og reliabilitet. Videre ble jeg ofte presentert som «forskeren» på ulike arrangementer jeg deltok på med denne case-kommunen og det var ønskelig at jeg skulle presentere forskningsprosjektet til velferdsteknologiprojektets ulike undergrupper (styringsgruppe, referansegruppe, interkommunale samarbeidsgrupper m.m.). Case-kommune 2 fremstod på sin side mindre opptatt av å fremme samarbeidet med forskeren hvorpå mine målsettinger om anonymisering ble akseptert fra første dag. Etter at fokuset på konfidensialitetshensyn hadde vært oppe kom det imidlertid et krav fra Case-kommune 1 om at jeg skulle skrive under på en taushetserklæring der taushetsbelagt informasjon som tjenestemottakerne relatert til eksempelvis diagnoser, helsetilstand eller informasjon om psykososiale utfordringer ble lovet å ikke publiseres. Case-kommune 2 krevde ikke en slik erklæring, men formidlet lignende hensyn muntlig under planleggingsfasen av studien.

Både under prosjektmøter på ledernivå, og tilstedeværelse i hjemmetjenesten gjennom flere måneder fikk jeg tilgang til store mengder konfidensiell og tidvis sensitiv informasjon om tjenestemottakerne. En følsomhet og respekt for denne informasjonen ble ansett som viktig og noe jeg vil drøfte mer inngående under punkt 3.3.5 om forskerrollen. En annen måte å sikre anonymitet kunne være å konstruere fiktive «bruker-case» under bearbeidelsen av datamaterialet, som ikke representerte et bestemt individ (agent), men likevel representerer et realistisk bruker-case (posisjon) basert på flere tilsvarende empiriske eksempler. Fangen (2010, s. 198) drøfter hvordan denne teknikken kan være godt egnet for å ivareta det forskningsetiske prinsippet om konfidensialitet, men der man ved å omskrive for mye står i fare for å true et annet viktig forskningsetisk prinsipp som handler om at studien skal kunne være etterprøvable. Måten jeg valgte å skrive frem mine bruker-case på ble derav en slags «gyllen middelvei» mellom de overnevnte forskningsetiske prinsipper og teknikker,

hvorpå eksakte case ble skrevet frem, mens informasjon om helsetilstand og hjelpebehov ble utelatt eller omskrevet⁴² – på tross av at slike bakgrunnsopplysninger kan argumenteres for å være sentrale i en praxeologisk optikk. Avhandlingens siste analyse- og drøftingskapittel (kap. 7) som drøfter materialet som ble innhentet i brukernes hjem, fremstår i så måte som mer deskriptive enn det man kan tenke seg ville være optimalt i en bourdieusk feltoptikk.

3.3.5 Forskerrolle

Som sykepleier av bakgrunn med en kroppsliggjort habituell forståelse av den observerte sykepleiepraksis var jeg – slik det også drøftes i auto-sosio-analysen – engstelig for å innta en deltagende observatørrolle der man står i fare for å «go native». Med begrepet «go native» ligger en kritikk av en forskerrolle der man både er et utøvende subjekt og subjektet som forsøker å objektivere praktikkene, og derav ikke innehar den nødvendige refleksive avstanden som skal til for å kunne objektivere feltet (Bourdieu, 2003). Underveis i studien var det ved flere anledninger slik at sykepleiere og annet helsepersonell (relatert til min bakgrunn som sykepleier) oppfordret meg til å innta en mer aktiv og deltagende observatørrolle, som ledet til en viss grad av usikkerhet og utilpasshet. For eksempel ble jeg bedt om å utføre en medisinkontroll ettersom jeg var autorisert sykepleier og ansatt-informanten på dette tidspunktet var i mangel av tilgjengelige kollegaer til å utføre denne oppgaven. Denne forespørselen måtte jeg avslå ettersom en slik handling ville innebære en rolleblanding ettersom jeg nå hadde inntatt rollen som forsker på feltarbeid og dessuten ikke var ansatt i hjemmetjenesten.

Et annet forskningsetisk dilemma relatert til forskerrollen oppstod da jeg under observasjon i en tjenestemottakers hjem ble bedt om å assistere under stell, hvorpå jeg

⁴² For eksempel ble spesifikke diagnoser og hjelpebehov som regel utelatt eller omskrevet i retning av mer generelle termer slik som «medisinsk tilstand» eller «hjelp med en medisinsk prosedyre». På den annen side kunne selve diagnosen i enkelte tilfeller ha en større betydning for meningsinnholdet i notatene, f.eks. hvordan velferdsteknologi ble brukt til brukergruppen personer med demens. Da måtte det nødvendigvis skrives frem at diagnosen demens var en aktuell problemstilling i bruker-caset, men ettersom demens er en vanlig diagnose som mange brukere har er det ikke slik at personens identitet vil avdekkes om denne type informasjon publiseres.

samtykket til å bidra til et løft – mest i redsel for å krenke pasienten ved å reservere meg fra å nærme meg vedkommende fysisk, men også relatert til en frykt for at ansattinformanten skulle føle seg avvist. Overordnet forsøkte jeg likevel å være tydelig på valget om å ikke innta en deltagende observatørrolle, der jeg også forsøkte å holde en distanse i observatørrollen ved sensitive og kroppsnære pleie- og omsorgspraktikker slik som toalettbesøk, stell, sårskift osv. På den annen side er denne type praktikker en stor del av hjemmetjenestens område, som jeg ved å ha et fokus på velferdsteknologien som et av flere hjelpemidler i denne praksissfæren ikke kunne unngå å forholde meg til. Det kunne eksempelvis være slik at en tjenestemottaker allerede satt klar på toalettet når den ansatte jeg observerte (og forskeren) entret hjemmet, hvorpå det i større grad ville være krenkende om jeg hadde rygget baklengs ut av døren og på den måten gitt inntrykk av å bli støtt av det observerte. Som sykepleier av bakgrunn var jeg vant med denne type pasientnært arbeid, der det følgelig ikke var noe ved de observerte situasjonene eller «bruker-casene» som på noe vis sjokkerte eller avskrekket meg. Det var snarere målsettingen om å opptre i tråd med forskningsetiske retningslinjer og deriblant ivareta både ansatte og tjenestemottakeres integritet og verdighet som opptok meg. Etter noen vakter iført sykepleieruniform valgte jeg derfor å bruke mine egne klær for å markere en tydeligere distanse til feltet og sørge for at brukerne forsto at jeg hadde en annen rolle enn de helseprofesjonelle ansatte i utøvende hjemmetjeneste. Da jeg ikke skulle delta i pleie- og omsorgsarbeidet anså jeg dette grepet også som hygienisk forsvarlig.

Et annet forskningsetisk tema av relevans i relasjon til forskerrollen handler om den sosiale asymmetrien⁴³ som kan være til stede i denne relasjonen mellom forsker og informant (Bourdieu, 1999a). Samtalene med noen utvalgte tjenestemottakere som jeg

⁴³ Bourdieu (1999a) henviser her til at forskere ofte har høy kulturell kapital som kommer til uttrykk i samtalen gjennom kunnskap om tematikken som studeres, spørsmålstillingen, språkføringen osv. som kan føre til at den intervjuede som ofte er i en form for «sosialt uføre», kan føle på en utrygghet som i verste fall kan hindre erfaringsdeling. Videre kan intervjuobjektet på bakgrunn av den sosiale asymmetrien på en ikke-bevisst måte overta de dominante grupperes forklaringer av problemet som ofte resulterer i en individualisering av sosiale problemer der offeret skylder på seg selv for sitt uføre.

under observasjonsstudiene hadde blitt godt kjent med, ble avtalt på forhånd og fant typisk sted over en kopp kaffe i deres hjem. En uformell stemning ble tilstrebet under disse samtalene i et forsøk på å minimere den sosiale asymmetrien – som jeg på bakgrunn av lesingen av Bourdieu (1999a) sine metodiske utlegginger omkring faren for utøvelse av symbolsk vold i intervjusituasjonen – var oppmerksom på kunne være til stede når en akademiker entret en hjelpetrengende persons hjem. På den annen side hadde mange av informantene høy alder og derav mer livserfaring enn forskeren (29 år på dette tidspunktet), hvorpå flere av informantene på skøyeraktig vis påpekte at *«hun [forskeren] neppe kunne være tørr bak ørene»*.

I møtet med de ansatte prosjektmedarbeiderne kjente jeg i mindre grad på en sosial asymmetri enn i møtene med tjenestemottakere og utøvende helsepersonell, ettersom denne gruppen ansatte hadde relativt høy utdanning og innbringende stillinger, samt en viss grad av autonomi og definisjonsmakt i sitt arbeid. På den annen side rådet det forventninger fra denne gruppen om at forskeren ikke bare skulle innta observatørrollen, men også en evaluatørrolle, der jeg kjente på en forventning til at min forskning skulle ta stilling til og analysere det observerte med henblikk på å komme med normative handlingsanvisninger for praksis – stikk i strid med den praxeologiske posisjonen. Denne påtvungne evaluatørrollen var trolig relatert til feltets iboende logikker, samt kommunenes tidligere erfaring med forskning av mer «policy-tro» karakter. For eksempel uttrykket prosjektlederen i Case-kommune 1 at *«kommunen og forskningens erfaringer og konklusjoner i prosjektet stemte godt overens»*, på et sluttseminar om det første velferdsteknologiske innovasjonsprosjektet i kommunen.

Under planleggings- og informasjonsmøter med særlig Case-kommune 1 måtte jeg som nevnt være ganske tydelig på at jeg representerte en annen og mer samfunnsvitenskapelig orientert forskningstradisjon enn de forskerne de ansatte hadde hatt erfaring med tidligere. Selv om dette var et annerledes perspektiv enn kommunene tidligere hadde erfaring med, fikk jeg også positive tilbakemeldinger i retning av at dette virket å være et spennende perspektiv.

Tjenestemottakerne fikk muligheten til å dele sine erfaringer med å være hjelpetrengende og hjemmeboende, der temaet velferdsteknologi som oftest kom opp som en naturlig del av denne erfaringsdelingen og noe forskeren forsøkte å unngå å «påtvinge» samtalen. Dette metodiske grepet var relatert til idealet om å innta en radikal tvil og forsøke å bryte med de byråkratiske forklaringer og problemdefinisjoner som studiens innledende fase hadde avdekket at de ansatte, men også tjenestemottakere ofte reproduserte. Kanskje var det helt andre forhold enn teknologi som virket inn på tjenestemottakernes trygghet og trivsel, enn de prekonstruerte og statlige forståelsene av at det var teknologi som først og fremst kunne sies å bidra til dette? Kanskje var det helt andre forhold enn trygghet og sikkerhet som i størst grad opptok eldre og andre hjelpetrengende hjemmeboende? På den annen side ble det både i muntlig og skriftlig informasjon til mine informanter orientert om at velferdsteknologi i hjemmetjenesten var temaet for studien, noe annet ville ha vært en form for skjult forskning som ikke er tillatt ettersom samtykket til å delta i forskningen skal være basert på utvetydig informasjon og frivillighet (NESH, 2021, s. 18).

Alle jeg kom i kontakt med under studien hadde i så måte blitt orientert om hva jeg interesserte meg for og tjenestemottakere som ikke hadde velferdsteknologi i boligen eller var under vurdering for å få det ble ekskludert fra å delta i studien. Dette eksklusjonskriteriet kan karakteriseres som en mulig begrensning ved studien ettersom jeg da gikk glipp av informanter som av ulike grunner ikke hadde søkt om velferdsteknologi eller takket nei til et slikt tilbud fra kommunen. På den annen side kom jeg gjennom observasjonsstudiene i kontakt med tjenestemottakere som under det første innovasjonsprosjektet (som hadde fokus på å teste ut mange ulike typer velferdsteknologiske sensorer) hadde fått installert mye velferdsteknologisk utstyr. Når nå disse sensorene skulle utskiftes (digitaliseres) i prosjektets andre fase var det ikke nødvendigvis slik at alle tjenestemottakerne ønsket å videreføre sensorene de noen år tilbake hadde fått installert i boligen. Dette forholdet som også kan karakteriseres som et empirisk funn, var et eksempel på Bourdieus (2007a) tese om at agentene ofte gjør noe annet enn de sier at de gjør ettersom prosjektets offisielle ståsted om å videreføre

det velferdsteknologiske tilbudet fra første og suksessfulle prosjekt, ikke alltid ble gjennomført i praksis.

På samme måte forsøkte jeg i intervjuene med de ulike ansattgruppene – og på tross av at en semi-strukturert intervjuguide ble brukt – å ikke innlede samtalen med den byråkratiske termen velferdsteknologi, men heller fokusere mer bredt på praktikkene og hva de ansatte brukte tid på i deres arbeidshverdag. Kanskje tok ikke teknologien så stor plass i arbeidsdagen sett under ett og kanskje var det andre tematikker som opptok de ansatte mer i deres arbeidshverdag? Ettersom informantene allerede var orientert om at teknologi det var mitt fokus kom vi inn på dette temaet på «naturlig» vis. På den annen side ble det under intervju med prosjektgruppemedarbeiderne relativt mye fokus på velferdsteknologi og særlig fremgangen (eller mangelen på sådan) i innovasjonsprosjektet og hvilke hindringer som til enhver tid var tilstedeværende.

Ved å ha en feltkjennskap og en aktiv og intuitiv forskerrolle under intervjuene kan implisitte forhold tilgjengeliggjøres ved at de rette oppfølgingsspørsmålene stilles (Priour, 2002, s. 125). Individuelle intervjuer i en Bourdieu-optikk kan i så måte brukes til å få frem de agerendes (ofte doxiske) posisjoneringer til saken, mens et fokus fra forskerens side på praktikkene som «de facto» utøves i informantenes arbeidshverdag kan bidra til å løfte frem implisitte forhold som ikke fremkommer i informantenes beskrivelser (Glasdam, 2007, s. 138). Videre kan intervjumetoden brukes til å fremskaffe informasjon om informantenes habitus gjennom innhenting av indikatorer på kapital hos informanten – som i denne studien som nevnt ble kartlagt ved hjelp av et skjema (se vedlegg nr. 1) der informantene fylte ut informasjon om sin bakgrunn og rolle i prosjektet.

På bakgrunn av de overnevnte prinsipper for intervjuundersøkelser i en praxeologisk optikk ble det foruten innhenting av bakgrunnsopplysningene fokusert på tjenesteorganisering og praktikker i intervjuguiden (se vedlegg nr. 2). Fokuset på praktikkene knyttet seg også til studiens forskningsspørsmål som søkte svar på ringvirkningene av det politiske felts visjoner relatert til velferdsteknologi og de

strukturerende virkninger på hjemmetjenesten som subfelt av det medisinske felt herav. Det ble også på bakgrunn av feltoptikken fokusert på hvem som hadde ansvar for ulike arbeidsoppgaver i feltet, deriblant oppgaver relatert til velferdsteknologi. Videre ble det fokusert på hvilke arbeidsoppgaver informantene hadde hatt tidligere, kontra i dag, samt hvordan den intervjuede så for seg at fremtidens hjemmetjenester ville se ut. Dreiningen inn mot retrospektive og fremtidige perspektiver på tjenestene og arbeidsoppgaver, samt hvordan den typiske hjemmetjenestebroker (muligens) hadde endret seg gjennom den intervjuedes karriere, var relatert til studiens historisk-epistemologiske posisjon og den overordnede interessen for strukturelle forhold og hvordan reformeringer av feltet fra helse- og omsorgspolitisk hold kunne sies å innvirke på praktikkene slik de fremstod i dag. En forskningsassistent som hadde underskrevet et taushetsskjema transkriberte alle forskningsintervjuene, men i tillegg til de skriftlige transkripsjonene ble det lyttet mye til båndene for å fange opp implisitt meningsinnhold som kunne være til stede i måten informantene ordla seg i eksempelvis måten det ble lagt trykk på enkelte ord, sukking, lavmælt eller høyrøstet stemmebruk etc.

Oppsummert kan det løftes frem at jeg inntok en ikke-deltagende observatørrolle som forsker, som ble avklart i både muntlig og skriftlig informasjon til studiens deltakere, men som eksemplene over viser at likevel kunne ha vært enda tydeligere fra forskerens side. På den annen side fremstod det som at jeg hadde tillitt i feltet blant både tjenestemottakere og ansatte, ettersom jeg fikk tilgang til store deler av feltet og praktikkene som herav ble utført, og det var få arenaer jeg ble ekskludert fra. Et unntak knyttet seg til en periode under studiens feltarbeid der prosjektgruppen i Case-kommune 1 var under hardt press og derav ikke ønsket forskerdeltakere på det prosjektlederen omtalte som et «oppvaskmøte⁴⁴» der ansatte hadde fått ut mye

⁴⁴ Det å referere til disse opplysningene som vitnet om interne stridigheter og kamper i feltet kan i seg selv fremstå som et tillitsbrudd fra forskerens side. På den annen side var opplysninger om prosjektets utfordringer relatert til sakte fremgang, teknisk svikt ol. informasjon som kom frem i mange av de tidligere observerte møtene, samt intervjuene med prosjektmedarbeiderne, og som følgelig ikke representerte unike opplysninger som kun kom frem via denne telefonsamtalen.

frustrasjon omkring den sakte fremgangen i prosjektet, teknisk svikt ol., men der prosjektlederen i etterkant ringte meg og orienterte detaljert om hvilke tematikker som hadde blitt diskutert uten å avdekke hvem som hadde sagt hva. Jeg opplevde i så måte at jeg hadde tillitt og at kommunen spilte med åpne kort, vel vitende om at informasjonen som ble gitt ville kunne bli publisert. Videre fikk jeg tilgang til kommunale rapporter, plan- og strategidokumenter og kommunenes egne møtereferater (også fra møter jeg var fraværende under permisjon ol.) slik at jeg kunne følge prosessen i mine Case-kommuner underveis. Case-kommunene samtykket også til at en ansatt ved Senter for omsorgsforskning, vest kunne fungere som en referent for meg under morspermisjon og formidle notater til meg fra de viktigste hendelsene i prosjektet i denne perioden, ettersom denne perioden (høst 2017 - vår 2018) representerte en «kritisk» fase av de kommunale velferdsteknologiprojektene hvorpå det fra arbeidsgiver/prosjekteiers side ble argumentert for at det ville være synd å gå glipp av verdifull informasjon i denne perioden. Denne kollegaen fikk ikke tilgang til indirekte identifiserende eller personidentifiserende opplysninger.

3.3.6 Informanter og datamateriale

Studiens informanter i utøvende hjemmetjenester var en sammensatt og heterogen gruppe, som ble rekruttert på litt ulikt vis. Som nevnt ble det holdt informasjonsmøte om studien på hjemmetjenesteavdelingene i Case-kommune 1, der ansatte ble invitert til å kontakte meg dersom de var interessert i å delta i studien. Noen kom til meg og sa at de var interessert i å delta, men på grunn av praktiske forhold (som justering av brukerlister, personalets turnus osv.), var det som oftest lederne som hjalp meg med å organisere hvem jeg skulle følge fra dag til dag. Da ble det også litt tilfeldig hvilke ansatte jeg fulgte innledningsvis, for deretter å velge ut noen nøkkelinformanter som etter å ha blitt fulgt en tid (2-3 skift) avslutningsvis ble intervjuet. Det var ønskelig at ansattinformantene hadde en viss erfaring fra den aktuelle hjemmetjenesteavdelingen, samtidig som jeg var opptatt av å få et bredt informantutvalg når det kom til både formal- og realkompetanse, øvrig kapitalvolum og ulike posisjoneringer til saken.

Hvilke tjenestemottakere som ble besøkt var på samme måte litt tilfeldig i starten, mens det etter å ha vært i feltet over en tid likevel var noen tjenestemottakere som ble besøkt ved gjentatte anledninger. Noen av disse tjenestemottakerne ble vurdert å kunne inngå som nøkkelinformanter i studien som jeg også hadde samtaler med alene uten at ansatte i hjemmetjenesten var til stede. Slike møter ble avtalt på forhånd og rent praktisk fungerte det slik at jeg gjennomførte samtalen mens den ansatte jeg fulgte tok noen andre oppdrag på sin arbeidsliste, for å senere plukke meg opp igjen på et avtalt tidspunkt. For tjenestemottakerne var det som nevnt et inklusjonskriterium fra kommunens side at brukeren hadde velferdsteknologi installert i boligen eller ble vurdert som en aktuell kandidat for velferdsteknologi. Videre måtte informanten være samtykkekompetent. Personer med demens som var samtykkekompetente ble inkludert i studien ettersom denne gruppen er en av velferdsteknologiens sentrale målgrupper. Kunnskap om denne brukergruppens erfaringer med teknologibruk ble derav ansett som viktigere enn hensynet til denne gruppens sårbarhet. Det sagt fremstod det som viktig å kontinuerlig reflektere over hvem det var forsvarlig å inkludere i studien, også med tanke på at jeg oppholdt meg i feltet over tid og at en demenstilstand er progredierende, men som regel utvikler diagnosen seg gradvis mot et økt hjelpebehov og dårlige kognitiv funksjon (Fjørtoft, 2016, s. 71).

Oppsummert kan det pekes på at informantene – de hjelpetrengende så vel som de ansatte – hovedsakelig ble valgt ut på bakgrunn studiens feltoptikk og en praktisk sans eller intuisjon som gjorde at jeg hadde en formening om at en informant kunne sies å representere en bestemt posisjon i feltet, som på bakgrunn av deres disposisjoner inntok en bestemt posisjonering til saken gjennom ord og handlinger. Noen ansatte og brukere meldte seg også selv til å delta i studien. Dette var ofte individer som enten inntok en posisjon tro til det herskende doxaet eller var fremstod som heterodoxe i form av å innta en enda mer teknologioptimistisk – og i deres mening – progressiv posisjon. Noen av informantene kunne sies å innta en posisjon som teknologioptimismens modige kritikere, som på sett og vis inntok en ortodox posisjon og som ville gjeninnføre de opprinnelige måtene å arbeide på «*som hadde fungert så godt i alle tider*». For å unngå

å bli et talerør for hverken staten, statens iverksette eller dets argeste kritikere på kommunalt plan ble en viss styring fra forskerens side viktig når det kom til utvalg av kontekster for observasjon og inklusjon av informanter. For meg var det viktigste (i tråd med den praxeologiske posisjon) å få frem rommet av ulike tilstedeværende posisjoner i feltet, fremfor mange individer som mente det samme – som i positivistiske og/eller fenomenologiske vitenskapstradisjoner ofte brukes som en «lakmustest» på et funns gyldighet, fremfor å undersøke utsagnet som uttrykk for både strukturerte og strukturerende posisjoneringer (Petersen & Callewaert, 2013, s. 17, 85).

Basert på de overnevnte foki for studien, samt studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier ble 17 nøkkelinformanter blant de ansatte valgt ut, som under bearbeidelsen av materialet ble gitt pseudonymer. Ansattgruppen arbeidet på ulike deler av hjemmetjenestens tjenestehierarki fra prosjektledelse og iverksettelse til brukernært pleie- og omsorgsarbeid for tjenestemottakere som bodde i egen bolig eller på kommunale omsorgsboliger. Datamaterialet som ble innhentet på feltarbeid omfattet til sammen 45 feltnotater fra prosjektmøter og møter i forbindelse med den innovative anskaffelsesprosessen, seks feltnotater fra konferanser og fagarrangementer i regi av statsbyråkratiet, kommuner og/eller akademiske institusjoner, syv feltnotater fra det lokale responscenteret i Case-kommune 1 og ett feltnotat fra eksternt responscenter som responderte på Case-kommune 2 sitt velferdsteknologiske utstyr, 23 feltnotater fra utøvende hjemmetjeneste i Case-kommune 1 og fem feltnotater fra utøvende hjemmetjeneste i Case-kommune 2. I tillegg bestod datamateriale av 18⁴⁵ intervjutranskript og 16⁴⁶ skjema med bakgrunnsopplysninger om informantene som hadde blitt innhentet under gjennomføringen av de formelle forskningsintervjuene,

⁴⁵ Studiens 17 nøkkelinformanter ble intervjuet, mens prosjektmedarbeideren Anna som hadde en sentral rolle i den velferdsteknologiske prosjektgruppen i Case-kommune 1 ble intervjuet to ganger (derav 18 intervjutranskript). Det siste intervjuet med Anna var et oppfølgingsintervju som ble gjort i etterkant av forskerens morspermisjon (høst 2017-vår 2018) der status for velferdsteknologiprojektet ble redegjort for.

⁴⁶ Fra en av informantene mottok jeg aldri det utfylte skjemaet med bakgrunnsopplysninger på tross av at informanten hadde sagt ja til å fylle det ut. Den manglende tilgangen til denne informantens disposisjoner fremstod ikke å være relatert til en motvilje mot å dele disse opplysningene, men snarere en glemsel i en travel arbeidshverdag.

mens det ble tatt 16 notater av mer uformelle samtaler med ansatte og tjenestemottakere i løpet av feltarbeidet.

3.4 Arbeidet med datamaterialet fra feltarbeidet

De transkriberte intervjuene og de preanalyserte feltnotatene som var blitt skrevet ut til en sammenhengende og refleksiv tekst, ble gjennomlest på nytt og dekonstruert ved hjelp av en tabell (konstruert frem av forskeren). Etter lesningen av *The Social Structures of the Economy* hadde mitt blikk på materialet endret seg noe mot å også fokusere på statlige virkemidler som kunne sies å påvirke de agerendes syn på saken (doxa), samt mer konkret fokusere på ulike tiltak som kunne vitne om den andre delen av «staten som dobbelt sosial konstruktør», dvs. hvordan de agerende ble påvirket og måtte forholde seg til ulike former for statlige tiltak, føringer, støtteordninger, anbefalinger ol. på området (jfr. punkt 2.5.3 og 2.5.6).

I tillegg ble habitustrilogien (posisjon-disposisjon og posisjoneringer i et felt) brukt som et blikk på materialet og integrert i analysetabellen⁴⁷ som ble brukt på alt det skriftlige datamaterialet jeg hadde for hånden. Til sist var jeg interessert i få frem motstridende posisjoneringer mellom det som ble gjort eksplisitt i ord og handlinger og mer implisitte og motstridende posisjoneringer. Posisjoneringene i ord kunne også få frem motstridende posisjoneringer og mer subtile (implisitte) former for motstand i feltet. En preliminær tese var at det forelå en diskrepans mellom det herskende doxa om saken i produksjonsfeltet (staten og markedskreftene) og det observerte konsumpsjonsfeltet (hjemmetjenesten og tjenestemottakerne med deres familier). På bakgrunn av observasjonene i feltet var et hovedargument at en sosial lidelse blant de agerende i feltet oppstod som følge av denne diskrepansen. Analysetabellen for materialet var i så måte blitt konstruert frem på bakgrunn av både teoretiske og empiriske studier i løpet av ph.d.-perioden og et uttrykk for en induktiv-deduktiv

⁴⁷ Tabell nr. 1

metodikk (jfr. punkt 2.2.), der teorien bidro til å forme hva som ble sett, mens måten å analysere det observerte på ble formet av det som hadde blitt sett.

Posisjon og arbeidsoppgaver/rolle i prosjektet (praktikker)	Disposisjon	Posisjoneringer til teknologi/egenomsorg i eget hjem (utrykk for disposisjonene)	Temaer som kommer opp av relevans for punkt: Staten som dobbelt sosial konstruksjon	Temaer som kommer opp av relevans for punkt: Strukturering av praktikker	Temaer som kommer opp av relevans for punkt: Den sosiale lidelsen som følge av teknologi Tesar i produksjonsfeltet i møte med antiteser i konsumpsjonsfeltet
--	-------------	---	--	---	--

Tabell nr. 1: analysetabell for det empiriske datamaterialet fra observasjons- og intervjuundersøkelser.

I tillegg ble det gjort en bakgrunnsanalyse (punkt 6.1.1) av strukturelle vilkår på kommunalt nivå ved hjelp av for eksempel statistikk om kommunenes hjemmetjenestebrukere, kommunale inntekter og utgifter til helse- og omsorgstjenesten i tillegg til andre demografiske forhold av relevans. Disse dataene kunne si noe om kommunenes kapitalvolum og struktur, samt utfordringsbilde som også kunne bidra til å forklare kommunenes overordnede posisjoneringer på det nasjonale velferdsteknologiområdet.

3.4.1 Indikatorer på sosial, økonomisk, kulturell og symbolsk kapital i det kommunale ledelses- og iverksettelsesnivået

For å kunne analysere ulike posisjoneringer til saken og de overnevnte praktikkene, som utrykk for ulike posisjoners stilling i feltet, måtte agentenes disposisjoner (kapitaler) (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 86-91), på både individ-, prosjektgruppe- og kommunenivå kartlegges. For å forstå makt- og dominansforholdene i feltet var det nødvendig å undersøke hvilke kapitaler som var viktige i det aktuelle sosiale rommet eller subfeltet. Begrepet feltspesifikk kapital relaterer seg til hvilke former for kapital (sosial, kulturell, økonomisk) som kunne regnes å være «gangbar mynt» i form av å

fremstå som viktige og kunne generere en symbolverdi (*symbolisk kapital*) i feltet (Broady, 1991, s. 169). Datagrunnlaget hadde gitt meg en feltkjennskap som muliggjorde at jeg kunne konstruere frem noen indikatorer på feltspesifikk *sosial, kulturell, økonomisk* kapital i de to sosiale mikrokosmos som mine to case-kommuner representerte, samt evaluere hvilke kapitalformer som kunne anses å generere større eller mindre grad av symbolisk kapital i det aktuelle sosiale rommet.

For å kunne undersøke og objektivere denne fornemmelsen omkring hva som genererte symbolisk kapital i det studerte sosiale rommet (eller hva som motsatt ikke ga anerkjennelse), på en vitenskapelig stringent måte krevdes det en operasjonalisering av det observerte. For å bryte med prekonstruksjoner og forhåndsdefinerte «realiteter» er et metodisk grep ifølge Bourdieu & Wacquant (1996, s. 211-212) å kartlegge ulike tilstedeværende egenskaper (eller fravær av sådanne egenskaper) innen ulike institusjoner eller individer man studerer ved hjelp av karteggingstabeller. På bakgrunn av feltobservasjoner av møteaktivitet og studier av kommunale plan- og strateginotater ble det definert noen indikatorer på kapital på ledelses- og iverksettelsesnivået av tjenestehierarkiet, både på et kollektivt prosjektgruppenivå (korpset av profesjonelle), og på individnivå (jfr. kommende underkapittel 3.6.2).

Tabellen under viser de fremanalyserte indikatorene på feltspesifikk sosial, økonomisk og kulturell kapital på kommunalt (kollektivt) prosjektgruppenivå, som også ble medtenkt i habituskonstruksjonene på individnivå. På bakgrunn av prosjektmedarbeidernes relativt høye sosiale posisjon – om man studerer hele tjenestehierarkiet i hjemmetjenesten under ett og i særlig grad relatert til forskningsobjektet (bruk av velferdsteknologi i hjelpetrengende menneskers hjem) – kan man tenke seg at disse feltspesifikke kapitalformene også hadde en viss symbolverdi lengre ned i tjenestehierarkiene, ettersom velferdsteknologi tilsynelatende fikk høy prioritet i norske kommuner på dette tidspunktet.

Ved å undersøke de utøvende helseprofesjonelle i hjemmetjenesten sin poengskår i undernevnte tabell, i relasjon til deres øvrige sosio-økonomiske og utdanningsrelaterte

posisjon, kunne jeg danne meg et bilde av noen forskjeller mellom de som ledet og iverksatte på velferdsteknologiområdet og de som måtte forholde seg til valgte velferdsteknologisk utstyr og tjenesteorganisering i utøvende hjemmetjeneste. På den annen side var det andre kapitalformer som tilsynelatende genererte symbolsk kapital i de utøvende hjemmetjenestene slik som praktisk og klinisk kunnen relatert til det brukernære arbeidet. På den måten var de ikke slik at de undernevnte indikatorene på feltspesifikke kapitaler eller symbolsk kapital innen ledelses- og iverksetternivået per se utgjorde en «gangbar mynt» blant utøvende helsepersonell.

Feltspesifikk indikator på sosial kapital	Feltspesifikk indikator på økonomisk kapital	Feltspesifikk indikator på kulturell kapital
-samarbeid med lokalpolitikere	-tildeling av økonomiske midler fra lokale myndigheter	-kurs som velferdsteknologiens ABC, Samveis, nettkurs om velferdsteknologi, gevinstrealisering ol.
-samarbeid med akademisk institusjon	-tildeling av økonomiske midler fra akademisk institusjon, forskningsfond el.	- videreutdanning innen økonomi, ledelse, planarbeid, tjenesteinnovasjon, velferdsteknologi ol.
-samarbeid med teknologileverandør	-tildeling av økonomiske midler fra statlige program og initiativ	-korpsets realkompetanse i form av «klinisk og teknisk kyndighet» innen velferdsteknologiområdet
-samarbeid med IKT-avd. (kommunalt)	-tildeling av økonomiske midler fra utenlandske program og initiativ	-språklig kjennskap og teknisk fagterminologi
-interkommunale samarbeidsrelasjoner	-andel ansatte som arbeidet med velferdsteknologi og andel av stillingsprosent brukt til prosjektet	-kjennskap til teknologileverandører og produkter
-innpass i nasjonale/internasjonale (statlige/byråkratiske) nettverk/fora for velferdsteknologi	-antall velferdsteknologiske produkter i drift	-økonomisk kyndighet i form av benyttelse av skattefradragordninger (Skattefunn, FoU-kontrakter for anskaffelse ol.)
-innpass i næringslivets fora/nettverk for velferdsteknologi		

Tabell nr. 2: Feltspesifikke (kollektive) indikatorer på sosial, økonomisk og kulturell kapital

Tabellen ble i det videre arbeidet anvendt som et teoretisk verktøy eller modell som kunne gi en pekepinn på hvilket (kapitalvolum og struktur) som både i et feltanalytisk og komparativt perspektiv disponerte de to kommunene til å posisjonere seg ulikt. De

feltspesifikke indikatorene på kapital på kommunalt plan ble ikke forsøkt omgjort til numeriske verdier med henblikk på å kvantifisere kommunenes totale kapitalvolum på området. Til det var det totale bildet for komplekst og indikatorene for krevende å kvantifisere. De ulike indikatorene på kapital genererte og tilsynelatende ulik grad av symbolsk kapital i feltet, som krevde en skjønsmessig og analytisk gradering av de ulike indikatorene på kapital. For eksempel kunne det å samarbeide med en akademisk institusjon som i utgangspunktet ble definert som både en sosial og kulturell kapital, tilsynelatende generere større grad av status og økonomiske fordeler/kapital til sammenligning med for eksempel det å ha interkommunale samarbeid (også en indikator på sosial kapital). Videre genererte den ene kommunens samarbeid med en akademisk institusjon både økonomisk kapital i form av tildeling av forskningsmidler til innovasjon og rabatterte priser på teknologien som følge av næringspolitiske støtteordninger. Til sist genererte samarbeidet med academia på et symbolsk plan tilsynelatende en viss sosial status og innpass i velferdsteknologiske fagmiljøer, mens relasjonen mer konkret ga tilgang til ingeniørfaglig kompetanse og en ordning der en del plasser på videreutdanning i velferdsteknologi ble holdt av til ansatte fra samarbeidskommunen (økt kollektivt kulturelt kapitalvolum). Slik eksemplene over peker på fungerte tabell nr. 2 som en teoretisk modell eller et analyseverktøy, som indikerte hva som kunne gi symbolsk makt i feltet.

3.4.2 Indikatorer på sosial, økonomisk og kulturell kapital på individnivå som grunnlag for kollektive habituskonstruksjoner

På individnivå ble kartlegginger av både feltspesifikk og generell kapitalstruktur og volum blant de agerende prosjektgruppedlemmene og ansattinformantene fra hjemmetjenestene kartlagt, med henblikk på å gjøre habituskonstruksjoner. Opplysningene om de enkelte informanter baserte seg både på feltobservasjoner, intervju materiale og bakgrunnskjemmet (se vedlegg nr. 1) som de helseprofesjonelle informantene fylte ut under intervjusituasjonen. Opplysningene om «iverksetterne» ble fylt inn i en preliminær og mer detaljert oversiktstabell (se vedlegg nr. 9) basert på en rekke ulike indikatorer på de tre ulike kapitalformene økonomisk, sosial og kulturell

kapital, slik som alder, sivilstatus, fritidsinteresser, bolig, formal- og realkompetanse, samt indikatorer på feltspesifikk kulturell kapital slik som teknisk kyndighet og språkbeherskelse (jfr. tabell nr. 2).

Alder var et forhold som man kan argumentere for at kunne genere en viss grad av kulturell kapital i subfeltet ved at de eldre prosjektgruppedlemmene både hadde mer formalkompetanse og realkompetanse⁴⁸, som følge av lang fartstid og arbeidserfaring, samt tid til å ta videreutdannelse. På den annen side ble ofte høy alder i sammenheng med forskningsobjektet (velferdsteknologi) posisjonert som en egenskap som i negativ forstand kunne innvirke på helsepersonells innstilling til og aksept av teknologi, tekniske kyndighet og evne og vilje til omstilling, både i dagligtalen, i mediene og flere forskningsrapporter (Batt-Rawden, Bjørk, Waaler & Batt-Rawden, 2021, s. 12; Saborowski & Kollak, 2015, s. 136; Øyen, Sunde, Solheim, Moricz & Ytrehus, 2018, s. 306). Høy alder var på den måten ikke noe som per se genererte symbolsk kapital og makt i subfeltet når velferdsteknologi var på dagsorden.

Sivilstatus ble vurdert å kunne være en god indikator på både sosial og økonomisk kapital, ettersom nettverk og et sosialt støtteapparat er forbundet med både psykososiale, helsemessige og økonomiske fordeler (Schiefløe, 2015, s. 97, 168-170). Det å være samboende er også forbundet med en rekke økonomiske fordeler, til sammenligning med å være aleneforsørgende (Schiefløe, 2015, s. 138). Data om informantene oppga å eie eller leie *bolig* og hvilken boligtype de bodde i (leilighet, rekkehus, enebolig osv.) var å regne som indikatorer på økonomisk kapital, ettersom bolig er et sentralt element i teorier om både sosial og økonomisk reproduksjon (Bourdieu, 2000/2005). Boligstatus kan videre argumenteres for å være særlig relevant i norsk kontekst⁴⁹, ettersom det å eie bolig lenge har vært en sosial norm og et område

⁴⁸ Formalkompetanse er formell kompetanse dokumentert med eksamensdokumenter eller fagbrev, mens realkompetanse er en kompetanse man har generert gjennom yrkesliv, ubetalt arbeid, organisasjonsarbeid ol. (Det norske akademis ordbok, 2023).

⁴⁹ Sørvoll (2011, s. 198) viser til at det i Norge har vært satset på selveierskap av bolig siden andre verdenskrig, der så mange som 90-95 % av befolkningen er boligeiere i løpet av livet. Statistikk fra SSB viser at 76,4 % eier sin egen bolig i Norge (SSB, 2023a).

der mange investerer sin økonomiske kapital (Sørvoll, 2011, s. 198- 213). De to undersøkte case-kommunene i studien er kommuner med relativt store geografiske avstander, der det innad i kommunene er både landlige og sentrale strøk. Da boligverdiene generelt sett er langt lavere i landlige strøk (Sørvoll, Martens & Daatland, 2014, s.113), var bosetting i sentrale eller rurale strøk en indikator som kunne gi en antydning av den reelle økonomisk verdien av informantens bolig.

Informantenes utdanning eller *formalkompetanse* ble vurdert å være den viktigste indikatoren på kulturell kapital (Bourdieu, 1995; Bourdieu & Passeron, 1970/2006), mens ulike former for *realkompetanse* også ble vurdert som verdifullt i dette spesifikke subfeltet, der «praktisk kunnen» og håndlag ofte fremmes som betydningsfullt i for eksempel omsorgsfilosofiske bidrag (se f.eks. Martinsen, 2003, s. 28). Petersen (2013, s. 771) argumenterer for at sykepleie- eller omsorgsideologi har vunnet frem som et doxa i sykepleiens faglige/vitenskapelige ethos, der teoriens relevans ofte vurderes etter overførbarhet til sykepleiepraktikken. Omsorgsfilosofiske bidrag har hatt og har stor symbolverdi i sykepleiefaget som en opposisjon til det dominante medisinfaget i form av en positivismekritikk og kritikk av de teknisk-rasjonelle sider av medisinen (Petersen & Callewaert, 2013, s. 159). Klinisk kunnen i form av kjennskap til sykdommer og håndtering av slike tilstander virket imidlertid å kunne generere en viss grad av symbolsk kapital, men var langt fra det viktigste å kjenne til i dette subfeltet av det medisinske felt, ei heller drøftinger av etiske eller personvernmessige problemstillinger knyttet til teknologibruk eller lignende kritiske spørsmål.

Språkbeherskelse av tekniske begreper og fagterminologi, teknisk kyndighet i form av evne til å montere, programmere og konfigurere velferdsteknologisensorene, samt kjennskap til feltet av teknologileverandører og hva som til enhver tid finnes på den velferdsteknologiske markedsplassen, virket derimot å være en form for realkompetanse som genererte mer symbolsk kapital i dette sosiale rommet. Kunnskap om styring, innovasjon og endringsarbeid, virket også å kunne gi en viss status i subfeltet, ettersom det var bred enighet om (et herskende doxa) om at endring av

«gammeldagse» arbeidsrutiner var nødvendig for å møte «fremtidens omsorgsutfordringer». Videre var økonomisk kunnen slik som beregninger av hva kommunen gjorde av besparelser, særlig innen det byråkratiske og konsulentdrevne sosiale praktikken «gevinstrealisering», en kunnskap som kunne sies å være en kulturell kapital av en viss verdi.

Informantenes *fritidsinteresser* kunne gi en indikator på kulturell kapital, men også klassetilhørighet og smak (Bourdieu, 1995). Fritidsinteresser, smak og preferanser utenfor den profesjonelle kontekst var likevel et område som avhandlingens rammer og tematiske fokus ikke hadde rom til å vie særlig mye fokus. *Faglige interesser* ble regnet som subjektive posisjoneringer til saken (eldreomsorg, hjemmetjenesten, velferdsteknologi m.m.), men også et uttrykk for det samlede korpset av profesjonelles felles logikker, orientert av herskende doxa i subfeltet. Det var ikke bare opplysningene i bakgrunnskjemat som ga innsikt i agentenes kapitalstruktur og volum. Gjennom bruk av et «objektiverende blikk» under mine observasjoner av de agerende i deres arbeid, deres ulike former for kyndighet, evner til å manøvrere i produksjonsfeltets arenaer og komme i forhandlingsposisjon med teknologiske leverandører, deres språkbruk, posisjoneringer i ord og handling m.m. var eksempler på indikatorer på kapital som i større eller mindre grad kunne sies å genere symbolsk verdi i subfeltet.

Etter en kartlegging av både kollektive (case-kommunene og prosjektgruppene) og individuelle (prosjektgruppedlemmenes) disposisjoner ved hjelp av både generelle og feltspesifikke indikatorer på kapital, ble en analysetabell utformet (se vedlegg nr. 10) for å kunne beregne totalt kapitalvolum og kapitalenes fordeling (struktur), blant annet inspirert av Rolf Hornes måte å arbeide med verdisetting av kapitalformer i hans praxeologiske avhandling om habiliteringsfeltet av barn og unge (Horne, 2016, s. 72-74). Korpset av profesjonelles kollektive kapitalvolum, men også strukturen av kapital langs de tre kapitalformene bidro til å analytisk kunne plassere agentene i posisjoner langs både den horisontale og vertikale aksene av det sosiale rommet. Det var videre av interesse å undersøke om det var noen homologi mellom de ulike posisjonene og deres

posisjoneringer til saken. Hensikten med kartleggingen var også å forstå mer om dette iverksetternivået av hjemmetjenesten som sosialt rom. For eksempel relatert til hvor høy eller lav sosial posisjon de agerende i dette feltet kunne sies å ha, særlig sett opp imot statlige agenter i statsbyråkratiet i arbeidet med å sette politiske visjoner om velferdsteknologi ut i livet. I tillegg var iverksetternes relasjon til de kommersielle markedskreftene i forbindelse med anskaffelse og drift av velferdsteknologisk utstyr et annet interessant makt- og dominansforhold. Videre var det interessant å kartlegge om dette sosiale rommet, eller subfeltet av det medisinske felt var heterogene eller homogene i sin sammensetting, og i den grad det var interne stridigheter om dette kunne forklares ved hjelp av ulikheter i kapitalvolum og struktur. For å kunne gjøre et anslag av kapitalvolumet og strukturen til mine informanter krevdes det imidlertid bruk av indikatorer som det var mulig å gi en skår, der skalaer som basert på feltobservasjoner og skjønsmessige vurderinger (omkring hva som genererte symbolsk kapital i feltet) ble utarbeidet for å beregne en verdi (totalt kapitalvolum).

For hver kategori måtte beregningene omgjøres til kategoriene lavt, middels og høyt kapitalvolum (ulik poengskår), mens kapitalstrukturen, dvs. hvilke kapitalområder som utpekte seg som høye eller lave hos ulike grupper/individer utgjorde neste steg av analysen. Basert på de poengskårene som de ulike agentene i prosjektgruppene fikk, kunne det totale kapitalvolumet vurderes som lavt (9-19), middels (20-24) eller høyt (25-30). For å undersøke hvordan agentenes individuelle kapitaler strukturerte seg innenfor de ulike kapitalformene, ble hver kapitalform av plasshensyn vurdert som høy, middels eller lav med tegnene (+, +- og -). Den utfylte tabellen er vedlagt i sin helhet (vedlegg nr. 11). På bakgrunn av habituskonstruksjonene kunne noen karakteristiske habitusgrupper (posisjoner) konstrueres frem (se også underkapittel 6.3.1). Analysene kunne bidra til å visualisere de relasjonelle makt- og dominansforholdene i feltet, samt forskjellene blant de agerendes orientering mot henholdsvis en kulturell-humanistisk pol og en teknisk-økonomisk pol av subfeltet.

Av omfangshensyn og på bakgrunn av at analysetabellen for beregning av totalt kapitalvolum (vedlegg nr. 10) baserte seg på feltspesifikke indikatorer på symbolsk kapital fra observasjoner gjort på «iverksetternivået» av kommunen, ble det ikke gjort en beregning av de agerende i utøvende hjemmetjeneste sitt kapitalvolum og kapitalstruktur ut ifra denne analysemodellen. De agerende i utøvende hjemmetjenestes disposisjoner og indikatorer på kapital som ble innhentet i bakgrunnskjemaene (vedlegg nr. 1) ble likevel medtenkt og eksemplifisert i den mer essayistiske fremstillingen av dette tjenestenivået i avhandlingens tredje analyse- og drøftingskapittel (kap. 7).

3.4.3 Å konstruere frem posisjonene i det sosiale rommet

Beregninger av informantenes totale kapitalvolum og struktur ved hjelp av overnevnte analysetabell⁵⁰ fikk frem noen motsetningsforhold eller distinksjoner i subfeltet. Et slikt grep er i tråd med en kvalitativ praxeologisk feltmetodikk⁵¹, der det ikke er antallet case eller personkarakteristikker som er av interesse, men snarere «rommet av forskjeller» som kan peke noen spenningsforhold eller kamper i det sosiale rommet (Bourdieu, 1999b). Denne måten å arbeide med habituskonstruksjoner er også inspirert av Gerd Halskovs (2013) praxeologiske avhandling om rekruttering til sykepleierutdannelsen i Danmark. Halskov argumenterer for å kunne påvise noen sammenhenger (homologier) mellom studentens studievalg (posisjonering) og orienteringer under studiene og deres sosio-økonomiske og kulturelle disposisjoner (Halskov, 2013, s. 134). Halskov (2013, s. 136) gjorde først individuelle habituskonstruksjoner basert på noen forhåndsdefinerte indikatorer på kapital, for deretter å fokusere mer på gruppenivå og klassehabituser. Halskov (2013) konstruerer på bakgrunn av statistiske cluster-undersøkelser⁵² frem tre grupper av studerende: «den dedikerte», «den skeptiske» og «den målbevisste». Undersøkelsen forut for

⁵⁰ Vedlegg nr. 10

⁵¹ Også i motsetning til en kvantitativt studiedesign med bruk av multiple korrespondanseanalyser (MCA), som Bourdieu ofte brukte for å kartlegge relasjonelle forhold i sosiale rom eller felter (se f.eks. Bourdieu, 1995).

⁵² Cluster-analyser er en statistisk metode som organiserer store mengder av data i grupper eller klynger basert på likheter eller forskjeller omkring karakteristikker eller preferanser (Halskov, 2013, s. 135).

konstruksjonen av disse cluster-typene fokuserte bl.a. på studentenes valg av utdanning, valg av utdanningsinstitusjon, vurdering av institusjonens status, syn på forholdet mellom studie og fritid og hva studentene anså som viktig å lære.

På samme måte ble det i denne ph.d.-studien om velferdsteknologi undersøkt distinksjoner og homologier i feltet basert på habituskonstruksjoner og prosjektgruppemedlemmenes:

- posisjoneringer til velferdsteknologi og responstjenester
- valg av tjenesteorganisering (type teknologier og organisering av responstjenester)
- valg av teknologileverandør
- vurdering av teknologileverandørenes status på det norske velferdsteknologiområdet
- forhold mellom arbeid og fritid
- faglige interesser

Både de kommunale prosjektgruppemedlemmenes individuelle og kollektive habitus ble konstruert frem analytisk, og danner grunnlaget for å kunne forklare og forstå kommunenes overordnede posisjoneringer til velferdsteknologi i ord og handling. Både disposisjonene og posisjoneringene må analytisk medtenkes for å kunne konstruere frem kommunenes overordnede posisjon på det nasjonale velferdsteknologiområdet, tenkt som et statlig initiert sosialt rom der agenter på tvers av felter møtes og står i et relasjonelt forhold til hverandre. I den forbindelse var det også relevant å kartlegge de teknologifirmaene som ble valgt ut i anbudskonkurransen, hva som karakteriserte og adskilte de ulike firmaene og hvordan deres posisjon blant firmaene tenkt som et sosialt rom kunne sies å være.

Da det tidlig hadde blitt valgt å fokusere mest på helseprofesjonelle iverksettere, samt helsepersonell i utøvende hjemmetjeneste som en avgrensning i studien, var det ikke innhentet detaljerte bakgrunnsopplysninger på individnivå om ansatte i teknologifirmaene eller tjenestemottakere. Det var likevel innhentet informasjon via observasjon av møteaktivitet, forhandlinger, skriftlig materiale i forbindelse med

anbudskonkurransen, samt offentlig tilgjengelige opplysninger på firmaenes nettsider som i noen grad kunne karakterisere firmaene og sette de i et motsetningsforhold til hverandre. Det ble også utviklet noen indikatorer på kapital, som i stor grad var inspirert av måten Bourdieu (2000/2005, s. 42-51) undersøkte rommet av boligprodusenter i *The Social Structures of the Economy*, der store kommersielle aktører adskilte seg fra små lokalprodusenter relatert til både inntjening, produksjon, organisering og profilering. I denne ph.d.-studien ble firmaene undersøkt med spørsmål om:

- firmaet var privat (kommersielt), statseid, eller delvis statseid?
- firmaet var stort, middels eller lite i form av personell og inntjening?
- firmaet hadde lang, middels eller kort erfaring med velferdsteknologi?
- firmaet hadde spesialisert seg på velferdsteknologi, eller solgte andre teknologityper og tjenester?
- firmaet hadde stor, middels eller liten andel teknisk kyndige fagfolk versus salgspersonell (hvitsnipparbeidere eller blåsnipparbeidere)?
- firmaet leverte utstyr og tjenester selv eller var avhengig av subleverandører?
- om det var likheter eller forskjeller relatert til hvordan firmaet markedsførte sine tjenester?

I lys av Bourdieus (2000/2005, s. 207-208) teori om markedsøkonomien var det videre interessant å undersøke om det kunne sies å være en homologi mellom produsenter (teknologifirma) og konsumenter (prosjektgruppeansatte) på den velferdsteknologiske markedsplassen. Et interessant spørsmål i den sammenheng var hvorvidt de agerende i rommet av iverksettere hadde særlig grad av valgfrihet på den statlig stimulerte velferdsteknologiske markedsplassen, og i siste instans hvilke valgmuligheter sluttbrukerne (helsepersonell og tjenestemottakere) reelt sett hadde. Tjenestemottakerne måtte selv søke om velferdsteknologi på lik linje med andre tjenestetilbud i hjemmetjenesten. På den måten var valget om velferdsteknologien i teorien styrt av kundens frie og rasjonelle vilje. I en Bourdieu-optikk er man imidlertid opptatt å belyse ulike former for strukturell tvang og forhold som virker i det skjulte, og på et ikke-bevisst plan, som også ligger bak våre valg og posisjoneringer (Bourdieu, 2000/2005, s. 2-7). I så måte var det også interessant å undersøke om det var noen

homologi mellom helsepersonell og tjenestemottakernes sosiale posisjon (disposisjoner) og deres posisjoneringer til teknologi i ord og handling, deriblant også tjenestemottakernes valg om å ha eller ikke ha teknologi, og omfanget teknologi i boligen osv. På samme måte som de helseprofesjonelle iverksettere og teknologifirmaene kan undersøkes relasjonelt som et sosialt rom bestående av ulike posisjoner, kan man også tenke seg at rommet av både helsepersonell og tjenestemottakere består av noen motsetningsforhold som kan forklares relasjonelt, da det til og med innad i et hushold er relasjonelle maktforhold som kan undersøkes med feltteorien (Bourdieu, 1997/2002, s. 15).

3.5 Historisering av teknologiske overvåkningspraktikker i offentlig regi – hensikt og arbeidsmetodikk

Første steg på veien mot å skrive frem genesen av velferdsteknologiske overvåkingspraktikker i offentlig regi var å historisere både feltet som praktikken utøves innenfor (hjemmetjenesten) og praktikkens genese. Litteraturstudier av hjemmetjenestens opprinnelse som felt i relasjon til velferdsstatens opprinnelse og det medisinske felts øvrige institusjoner, ble derfor utført. Videre ble den tekniske hjelpemiddelhistorie skrevet frem fra 1970 til i dag som et bakteppe for avhandlingens øvrige konstruksjonsarbeider. Det ble funnet mange historiske gjennomganger om sykepleie som profesjon og hjemmesykepleien som subfelt av det medisinske felt. Videre ble det funnet historiske arbeider som skrev frem utviklingen på hjelpemiddelområdet gjennom historien, mens sosiologiske forklaringer relatert til hva som er blitt tatt i bruk – eller motsatt forkastet – fremstod som mer mangelfullt. Den teknologiske utviklingen og hvilke typer teknisk utstyr som til enhver tid har blitt tatt i bruk i konsumpsjonsfeltet er imidlertid viet mindre plass i historiseringen, men jeg forsøker å komme inn på denne delen av historien i korte trekk (kapittel 4), slik det fremgår av fag- og forskningslitteraturen om temaet. Utfyllende analyser og eksempler på reell teknologibruk (eller mangel på sådan) i tjenestene (konsumpsjonsfeltet) baserer

seg derimot i større grad på min empiri fra feltarbeidet i mine to case-kommuner i avhandlingens andre og tredje analyse- og drøftingskapittel (kap. 6 og 7).

Som nevnt innledningsvis ble statens rolle i å fremme et velferdsteknologisk marked funnet sentralt for å forstå praktikkens opprinnelse tilbake til masterstudie fra 2015 og videre nå i ph.d.-studien. Videre argumenterte Bourdieu for at bruken av flere teknikker fra ulike forskningstradisjoner slik som både sosiologi og historiefaget, kan berike studiens teorikonstruksjon og hjelpe forskeren med å innta en radikal tvil (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 208, 226). Ideen om å gjøre en dokumentanalyse av helse- og omsorgspolitiske dokumenter for å svare på mine første to forskningsspørsmål vokste gradvis frem i løpet av forskningsprosessen. Under arbeidet med dokumentene ble jeg også nysgjerrig på hvilken rolle markedskreftene hadde i relasjon til det økte fokuset på velferdsteknologi i det politisk-byråkratiske felt. Hovedtesen for analysen var at markedskreftene også tilhører et produksjonsfelt der ideer om teknologiske overvåkingspraktikker blir skapt for deretter å adopteres, reforhandles og transformeres til konkrete praktikker og tjenester i konsumpsjonsfeltene (jfr. punkt 2.5.7). For å undersøke mine undringer omkring hvilken rolle markedskreftene kunne sies å ha i skapelsen av dominante teser og det rådende doxaet om teknologiske overvåkingspraktikker ble reklameannonser fra perioden 1984-2022 analysert (se vedlegg nr. 12). I denne analysetabellen ble årstall annonsen ble publisert, hvilke magasin/tidsskrift den ble publisert i (målgruppe), annonsens slagord/primærbudskap og illustrasjoner/bildebruk (uttrykk for symbolikk) innhentet. I denne analysen var det et uttalt mål å konstruere frem symbolikken som reklamen kommuniserte og mulige underliggende/skjulte budskap og agendaer som «reklamens magiske kraft» i kraft av å kommunisere til individenes kollektive historie formidler (jfr. punkt 2.5.3).

Historiseringen av kampene om saken (velferdsteknologi) innen det man analytisk kan definere som et produksjonsfelt på området hadde i så måte til hensikt å belyse hvordan staten og dets byråkratiske subfelter – samt teknologinæringen selv – har innvirket på utviklingen av velferdsteknologiområdet i Norge. Både hvordan borgerne (opinionen)

syn på saken har endret seg gjennom historien (forming av doxa), samt mer konkrete statlige virkemidler som har bidratt til å stimulere fremveksten av et velferdsteknologisk marked i Norge ble undersøkt i denne delen av analysen. Historiske feltanalyser, også kalt registrantanalyser⁵³ er godt egnet til å hjelpe forskeren med å bryte med det herskende og naturaliserte doxa, eller hverdagsforståelsen som eksisterer om den sosiale praktikk som utforskes (Mathiesen & Delica, 2007, s. 177-178). Ved å rekonstruere historien og få frem «det glemte»⁵⁴ om hvordan en praktikk i utgangspunktet oppstod (dets genese), får man øynene opp for at det som beskrives og fremstår som selvsagt og ubestridelig blant feltets agerende (det naturaliserte) i nåtiden, derimot er uttrykk for et syn om saken som har vunnet frem foran et annet gjennom historiens kamper (Mathiesen & Delica, 2007, s. 177-179). De historiske analysene kan i så måte kaste nytt lys over den historiske utviklingen, som uttrykk for kamper mellom posisjoner fra ulike felter som møtes.

Uavhengig av hvilket begrep man velger å anvende om metodikken, er det sentrale at det er Bourdieus teoretiske verktøy som ligger til grunn for rekonstruksjonen av nåtidens sosiale praktikker (Kropp, 2009; Mathiesen, 2002). Forskningsobjektet undersøkes som noe relasjonelt konstituert på bakgrunn i historiens drakamper og endringsprosesser. Det er bruddene eller endringene i måten man omtaler eller konkret utfører en praktikk på som er av interesse, fordi endring ofte representerer spenninger og kamper i det aktuelle feltet, eller på tvers av møtende felter. Videre muliggjør

⁵³ I den Skandinaviske Bourdieusepsjonen er det mange studenter og forskere som har arbeidet med historisering og dokumentanalyser som primærmetode (f.eks. Brandt Jørgensen, 2007; Frederiksen, 2016; Holvik, 2018; Kropp, 2007), eller som et viktig grunnlagsarbeid i avhandlingen (f.eks. Pawlica, 2018; Petersen, 1998). Det anvendes litt ulike termer om metodikken i de ulike forskningsmiljøene. Forskningsgruppen Praxeologi ved UiB, under ledelse av professor Karin Anna Petersen, har de seneste årene anvendt begrepet *registrantanalyse*, mens for eksempel miljøet til professor emeritus Anders Mathiesen ved sosialvitenskap på Roskilde universitet (RUC) anvender begrepene *sosiologisk feltanalyse*, *registrantanalyse* og *historiserende feltanalyse* til dels overlappende (Mathiesen, 2002; Mathiesen & Delica, 2007). I en masteroppgave fra Sociologisk institutt ved Københavns universitet (KU), hevdes det at begrepet registrantanalyse ble anvendt så tidlig som 1930-tallet ved Institutt for Historie og Samfunnsøkonomi på KU og på 2000-tallet i miljøet rundt Anders Mathiesen ved RUC. Det vises også til at sosialhistoriske miljøer i England brukte metodikken tilbake til 1980-tallet (Johansson, 2013, s. 32).

⁵⁴ Bourdieu (2000/2005, s. 3-5) omtaler det ahistoriske ved både hverdagsforståelsens og ulike vitenskapelige fagtradisjoners «common sense» som uttrykk for «the amnesia of genesis», dvs. at man har glemt hva som muliggjorde opprinnelsen til ens forskningsobjekt.

metodikken å fremanalysere de tilstedeværende posisjoner som har kjempet om retten til å definere den dominante mening om saken, men også de utelatte posisjoner. Posisjoneringer er ikke-bevisste handlinger som skjer som følge av å være engasjert i feltet og oppleve at saken er verdt å kjempe om og at det er noe på spill (illusio) (Pierre Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 101). I så henseende vil det alltid være andre perspektiver og alternative måter å løse for eksempel et sosialt problemområde på som har blitt tilsidesatt, mens andre synspunkter har vunnet frem som de dominerende. Det ståstedet eller synet på saken som vinner frem som det dominerende (doxa) er det som oppleves som det eneste rette, fornuftige og naturlige alternativet. Historiens kamper bak nåtidens praktikker er på den måte skjult for agentene i feltet og dokumentet slik det materialiserer seg for leseren. Historien ligger implisitt i sakens natur, men kan derimot eksplisiteres gjennom en rekonstruksjon av historiens hendelser gjennom en registrantanalyse (Kropp, 2009, s. 173-180). Grovt skissert og oppsummert, har metoden to hovedhensikter: å identifisere forandringer og forstå de relasjonelle forholdene bak forandringene (Kropp, 2009, s. 182). Og å få frem de tilstedeværende posisjonene, både ståstedene som til stadighet artikuleres (de dominerende, doxa) og de synspunkter som ikke kommer frem i offisielle dokumenter som følge av å være minoriteter eller dominerte, men som like fullt kan være tilstede i det skjulte (ligger implisitt). På bakgrunn av disse kartleggingene kan en historisk feltanalyse gradvis konstrueres frem. Metoden viste seg egnet til å få frem *bruddene*, men også former for kontinuitet i måten temaet teknologi i helse- og omsorgstjenester forstås og omtales, der posisjoneringene kan forstås i lys av samtidens øvrige utvikling og hendelser, slik både Kropp (2009) og Mathiesen og Delica (2007) som er inspirert av Bourdieus feltteori, påpeker i sine metodeutlegginger.

3.5.1 Søkeprosess og utvalg av dokumenter

Registrantanalysen undersøkte helse- og omsorgspolitiske dokumenter fra perioden 1973-2013. Med bakgrunn i teorien om at helse- og omsorgspolitiske byråkratier kan analyseres som kampfelter der ideer produseres og rettes mot et eller flere konsumpsjonsfelt der lokalpolitikere, ledere, fagligansatte og annet «fotfolk» blir satt

til å iverksette politikken til konkrete praktikker og tjenester (jfr. punkt 2.5.6) – ble den utvalgte tidsperioden ansett å representere et politisk bakteppe som de tilstedeværende agentene i feltet hadde med seg i sitt arbeid da jeg entret feltet som ph.d.-stipendiat i 2015 og de påfølgende feltarbeider i perioden 2016-2019.

Den opprinnelige ideen for registrantanalysens utvalg var å ha en NOU som uttrykk for kampen i feltet om saken og en påfølgende Stortingsmelding eller forslag om lovendring som uttrykk for resultatet av kampen. Det var likevel ikke alltid mulig å finne en Stortingsmelding på bakgrunn av en NOU-utredning, men som tabell nr. 3 under viser var dette oppsettet mulig i mange av tiårene. For å finne frem til de mest relevante helse- og omsorgspolitiske dokumenter omkring den studerte praktikken (teknologisk overvåking av syke, eldre og andre hjelpetrequende) og svare på avhandlingens første forskningsspørsmål⁵⁵, tok jeg utgangspunkt i to innflytelsesrike og mye siterte dokumenter fra noen år før jeg entret konsumpsjonsfeltet: NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* og Stortingsmelding nr. 29 fra 2013 om *Morgendagens omsorg*. Dette var dokumenter som hadde et stort fokus på teknologi som problemløser for eldreomsorgen og fremtidens omsorgsutfordringer. Jeg undersøkte hvilke tidligere helse- og omsorgspolitiske dokumenter disse dokumentene igjen viste til når det ble argumentert for økt teknologibruk i eldreomsorgen, hvorpå denne prosessen ble repetert til jeg endte opp på 1970-tallet. Det ble ikke identifisert noen dokumenter som nevnte tekniske hjelpemidler eller andre former for teknologisk avstandsoppfølging før 1970, noe som tydet på at praktikkens genese (eller i alle fall de politiske visjonene om teknologiske overvåkingspraktikker) var på 1970-tallet i Norge, som også stemte overens med andre sammenlignbare vestlige kontekster (Fisk, 2003).

Det var ikke et inklusjonskriterium at dokumentet måtte omhandle teknologi, ettersom jeg med min feltkjennskap visste at teknologi kan regnes for å være et verktøy i noen

⁵⁵ Hvordan kan det ha seg at velferdsteknologisk overvåking av eldre (og andre hjelpetrequende) mennesker oppstår som et politisk satsningsområde og sosial praktikk i Norge?

større reformeringer av eldreomsorgen, for eksempel i retning av mer hjemliggjøring og individualisering av omsorgen. Dokumenter som omhandlet omorganisering av eldreomsorg, hjemmesykepleie, hjemliggjøring av omsorg ol. ble derfor vurdert som relevante. I tillegg ble et næringspolitisk dokument fra 2009 også inkludert, da dette dokumentet satte innovasjon i offentlig sektor og særlig de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på dagsordenen. Det å inkludere dokumenter som ikke kun hadde teknologi i «overskriften» bidro til å fange flere tilstedeværende posisjoner i den sosiale rommet og motstridende posisjoneringer til saken gjennom historien, i tråd med Kropps (2009) metodologiske anvisninger.

Tidsperiode	Forfatter/utgiver og regjering	Dokumenttittel
1970-1979	Sosial- og helsedepartementet under regjeringen Trygve Bratteli (Ap) II	NOU 1973:26 <i>Eldres helse, aktivitet og trivsel.</i>
	Sosial- og helsedepartementet under regjeringen Trygve Bratteli (Ap) II	St. meld. nr. 104. (1972-73) <i>Om hjemmesykepleievirksomhet.</i>
1980-1989	Sosial- og helsedepartementet under regjeringen Kåre Willoch (H) i samarbeid med KrF og Sp	NOU 1982:10 <i>Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v: spesialist-, tannhelse- og transporttjenestene, pleie-, alkoholist- og barnevernsinstitusjonene, oppgave- og ansvarsfordeling. Finansieringsordninger.</i>
	Sosialdepartementet under regjeringen Gro Harlem Brundtland (Ap) II	St.meld. nr. 41 (1987-88) <i>Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan.</i>
1990-1999	Sosialdepartementet under regjeringen Gro Harlem Brundtland (Ap) III	NOU 1992:1. <i>Trygghet - verdighet - omsorg.</i>
	Sosial- og helsedepartementet under regjeringen Torbjørn Jagland (Ap)	St. meld. nr. 50 (1996-97) <i>Handlingsplan for eldreomsorgen Trygghet - respekt -kvalitet.</i>
2000-2009	Sosial- og helsedepartementet	St.meld. nr. 28 (1999-2000) <i>Innhald og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000.</i>

	under regjeringen Kjell Magne Bondevik (KrF) I i samarbeid med Sp og V	
	Helse- og omsorgsdepartementet under regjeringen Jens Stoltenberg (Ap) I	St. meld. nr. 25. (2005-2006) <i>Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.</i>
	Nærings- og handelsdepartementet under regjeringen Jens Stoltenberg (Ap) II	St. meld. nr. 7 (2008-2009). <i>Et nyskapende og bærekraftig Norge.</i>
	Helse- og omsorgsdepartementet under regjeringen Jens Stoltenberg (Ap) II	St. meld. nr. 47 (2008-2009) <i>Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.</i>
2010-2019	Helse- og omsorgsdepartementet under regjeringen Jens Stoltenberg (Ap) II i samarbeid med SV og Sp	NOU 2011:11 <i>Innovasjon i omsorg.</i>
	Helse- og omsorgsdepartementet under regjeringen Erna Solberg (H) I, i samarbeid med FrP og V	Meld. St. 29 (2012-2013) <i>Morgendagens omsorg</i>

Tabell nr. 3: utvalgte politiske dokumenter for registrantanalysen

3.5.2 Oppbyggingen av og arbeidet med registranten

I registrantanalysen innhentet jeg data om spesifikke tema og stilte spørsmål av relevans til samtlige av de utvalgte dokumentene gjennom temaene/spørsmålene under:

1. **Bibliografiske data:** slik som dokumentnavn, type, årstall og utgiver
2. **Posisjon og representasjon:** hvilken posisjon i feltet har dokumentet, på bakgrunn av disposisjoner? Hvilke agenter er ikke representert og hvilke posisjoneringer til saken er utelatt eller viet mindre oppmerksomhet?
3. **Posisjon og posisjoneringer:** hva er dokumentets offisielle mandat og overordnede posisjonering til saken (hjemlig eldreomsorg med eller uten teknologiske hjelpemidler)?
4. **Posisjon, posisjoneringer og teser:** Om teknologi er et tema i dokumentet, hvordan posisjoneres teknologiens rolle i hjemmetjenestene/»fremtidens eldreomsorg»? Hvilke problem(er) er det teknologien hevdes å kunne

løse/bidra til (teser)? Er det noen motstridende posisjoneringer (antiteser)? Er responstjenester et tema?

5. **Posisjonering og teser for å underbygge doxa:** hvordan begrunnes og legitimeres teknologi som problemløser (eks. forskning, konsulentrapporter eller statistikk)? Brukes det noe symbolske representasjoner (ord, eufemismer, bildebruk etc.) for å fremme et spesifikt budskap omkring teknologi i eldreomsorg?
6. **Begrepsbruk som uttrykk for posisjoneringer:** hvilke begreper brukes om teknologi i eldreomsorg?
7. **Staten som dobbelt sosial konstruktør:** hvilke (statlige) tiltak foreslås for å fremme et velferdsteknologisk marked? (eks. faglig eller tekniske anbefalinger/rådgiving fra myndighetshold, utredninger, finansieringsordninger, lovendringer etc.)?
8. **Teorikonstruksjon:** stikkord til konstruksjon av teorier om dokumentet

Registranten ble utformet som en analysetabell med åtte kolonner, der hver kolonne representerte et av de overnevnte temaene/spørsmålene. Dokumentene ble videre listet opp kronologisk etter årstall i analysetabellen. Punkt to knytter seg til Bourdieus feltoptikk og relasjonelle begreper, der dokumentforfatterens posisjon i det sosiale rom ikke anses å være ubetydelig, ei heller de temaer og personer som blir utelatt fra dokumentet. Denne måten å undersøke dokumentene på bryter i så måte med statens selvframstilling av offentlige utvalg som politisk uavhengige eksperter på et bestemt område, som tar sikte på å representere et bredt utvalg av befolkningen. (Bourdieu, 1989-1991/2014; J. Christensen & Holst, 2020). Som det fremgår av underkapittel 2.5.5 i teorikapittelet var Bourdieu derimot opptatt av at medlemmer av statlige kommisjoner ofte hadde en høy sosial posisjon, som innebar at de besitter en stor grad av symbolsk makt til å forme persepsjonskategorier og det herskende doxa om saken.

Det var først og fremst i NOU-ene, en dokumenttype der en navngitt gruppe mennesker har fått mandat til å utrede et tema på oppdrag fra staten – i dette tilfellet det helse- og omsorgsbyråkratiske subfelt av det politiske felt – at data om dokumentforfatterne var aktuelt å innhente. En kort gjennomgang av utvalgsmedlemmenes sosiale bakgrunn, i den grad de var tilgjengelig i dokumentet, ble følgelig redegjort for i registranten. Som Bourdieus (2000/2005, s. 94-99) analyser av «Barre-kommisjonen» i *The Social*

Structures of the Economy viste, kan offentlige utvalgs posisjoneringer medføre store omveltninger på et bestemt politikkområde, der særskilt utvalgslederen på bakgrunn av sin sosiale posisjon, makt og innflytelse kan være i stand til å trumfe en rekke tilstedeværende motforestillinger internt i utvalget og byråkratiet for øvrig. På bakgrunn av denne innsikten ble det gjort søk etter biografiske kilder om utvalgslederne, med henblikk på å finne ut mer om deres sosiale posisjon. Å innhente data om samtlige utvalgsmedlemmer i alle de analyserte NOU-ene ble riktignok vurdert som for omfattende og krevende. Det ble derimot valgt å gjøre en mer omfattende analyse av den nyeste og innflytelsesrike NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* med Kåre Hagen som utvalgsleder (se underkapittel 5.5.2).

Stortingsmeldinger og andre offisielle dokumenter er skrevet på vegne av staten og dets byråkratier og kan derfor defineres som et forfatterløst dokument som representerer den aktuelle regjeringen (statens) posisjoneringer på et bestemt tidspunkt av historien (Bourdieu et al., 2010)⁵⁶. I forfatterløse dokumenter skrevet av byråkratiet på vegne av staten har man ingen forfattere av «kjøtt og blod» å granske, men det er derimot dokumentets overordnede posisjoneringer til saken, samt dokumentets posisjon i relasjon til andre dokumenter det er interessant å undersøke. Et annet sentralt poeng er at dokumentene med en feltoptikk både kan studeres hierarkisk (vertikalt), i form av at noen dokumenter innehar større beslutningsmakt (offisielt sett) eller får større eller mindre grad av innflytelse i konsumpsjonsfeltet⁵⁷ og horisontalt i form av orientering mot henholdsvis en kulturell eller økonomisk pol av feltet som studeres (jfr. punkt 2.4.1). Orienteringene kan man tenke seg vil variere i takt med den til enhver tid sittende regjeringens politiske orientering, men også som følge av større internasjonale ideologiske skifter slik som f.eks. nyliberalisme som fikk en dominerende posisjon i vestlige samfunn fra 1970-tallet på tvers av politiske skillelinjer (Harvey, 2007).

⁵⁶ Originalpublikasjonen er fra år 2000 med tittelen *Sur la science de l'État*. Publisert i tidsskriftet *Actes de la recherche en sciences sociales*, nr. 133, s. 3-9.

⁵⁷ Se for eksempel Miriam Bjørndal Dahls hierarkiske inndeling av helsepolitiske dokumenter om dagkirurgi, inspirert av Jesper Frederiksen (2016) sine dokumentanalyser av tverrfaglighet i helse- og omsorgsarbeid (M. B. Dahl, 2020, s. 24-27).

Nyliberalismen opptok – som nevnt i avhandlingens teorikapittel (kap. 2) – også Bourdieu og ble drøftet i tekster slik som *Statens venstre og høyre hånd* (Bourdieu, 1992/2011) og boken *The Weight of the World* (Bourdieu, 1999b). Nyliberalismen var et eksempel på et strukturelt og kontekstuelte forhold som oppstod på en bestemt del av historien, som ble viktig på veien mot å forstå og forklare nåtidens sosiale lidelser. Hvilket tidspunkt av historien dokumentet er skrevet er i så måte også relevant i en Bourdieu-optikk, for å kunne kontekstualisere parallelle sosiale kamper av relevans på et samfunnsplan, som kan ha innvirket på det offisielle ståstedet (doxaet) omkring temaet som registrantanalysen kan bidra til å konstruere frem. For eksempel kan man spørre seg om skepsisen til teknologisk overvåking kan ha vært større tidligere i historien av visse sosiale grunner, til sammenligning med nåtidens informasjonsalder?

Om vi vender tilbake til de åtte spørsmålene jeg stilte dokumentene i registranten, handlet det tredje spørsmålet om å kartlegge hva dokumentets offisielle mandat var (spesielt aktuelt for NOU-ene), samt forsøke å få fatt i hva hovedbudskapet i dokumentet dreide seg om. Tematisk var jeg opptatt av å kartlegge hvordan dokumentet posisjonerte seg til hjemliggjøring av eldreomsorgen/primærhelsetjenesten, og om og i hvilken grad teknologi ble hevdet å ha en sentral posisjon i denne utviklingen. Spørsmålene under punkt fire går enda mer i dybden på temaet teknologi i omsorg ved å stille spørsmål til hvordan teknologiens rolle i hjemmetjenestene og «fremtidens (eldre)omsorg» posisjoneres i dokumentene. Jeg ble etter hvert opptatt å undersøke hvilke teser om teknologien som problemløser som ble skapt i produksjonsfeltet gjennom publikasjoner slik de analyserte dokumentene var eksempler på. Eksempler på teser kunne være at teknologi skaper trygghet, mestring, selvstendighet, økt aktivitet, deltagelse og livskvalitet, foruten å spare tjenestene for tid og penger. På lik linje ble jeg opptatt av å kartlegge om det var noen motstridende budskap (antiteser) i dokumentene, som i en Bourdieu-optikk kunne være uttrykk for «kamper i feltet» om den herskende mening (doxa) om saken. Både teser og antiteser kunne videre være uttrykk for både ortodokse og heterdokse posisjoneringer til saken, som senere ble et viktig omdreiningspunkt i analysene (jfr. punkt 2.4.1. og 2.4.2).

Spørsmålet under punkt fire om responstjenester tas opp i dokumentet knytter seg til det overordnede forskningsprosjektet som denne studien har vært en del av sitt tematiske utgangspunkt, men ikke bare det. Gjennom årenes løp har jeg fått øynene opp for hvor relevant tema responstjenester er for å forstå de mekanismer som foregår i overgangen fra ideer om en praksis i produksjonsfeltet til sammenligning med hva som er praktisk mulig å gjennomføre i konsumpsjonsfeltet. Vaksentraler, responscenter eller andre former for responstjenester er i økende grad blitt satt på den politiske dagsordenen i takt med økt bruk av velferdsteknologiske alarmer og sensorer i boligen (se f.eks. Helsedirektoratet, 2016). Jeg fant det derfor interessant å ha et lite sideblikk i dokumentanalysene til om og i så fall hvordan respons på varsler fra teknologier har blitt problematisert i det politiske felt gjennom historien. For eksempel hvilken instans (alt fra akuttmottak på 1980-tallet til sykepleierens lomme i dag) og hvilke agenter (telegrafister⁵⁸, helsepersonell, ufaglærte) som til enhver tid er blitt satt til å respondere på varslene som også kunne gi en pekepinn på velferdsteknologiens sosiale posisjon i et felt.

I lys av Bourdieus teorier om statens bruk av symbolsk makt og vold (jfr. punkt 2.4.3 og 2.5.5) ble jeg opptatt av hvordan både tesene og antitesene ble argumentert for og legitimert i de politiske dokumentene, for eksempel ved å vise til statistiske beregninger, fagfolks uttalelser, fag- og forskningsrapporter m.m., noe spørsmål fem i registranten søker svar på. Bruk av symbolske representasjoner i form av bildebruk eller illustrasjoner ble også ansett å kunne være en legitimeringsstrategi for et bestemt

⁵⁸ Telekommunikasjon var en offentlig tjeneste da statstelegrafien ble opprettet i 1855, der det allerede den gang ble stilt krav til høy utdanning i naturvitenskapelige og tekniske fag blant ledelsen og dets funksjonærer. Søkere med en sterk teoretisk utdanning ble foretrukket fremfor folk med erfaring fra praktiske yrker. Tre år senere entret kvinner yrket, men grunnet kvinnesynet på den tiden, strømmet ikke kvinnene til yrket før på slutten av århundret. Med fremveksten av telefontjenesten ble kvinnene den tallmessig dominante gruppen funksjonærer, mens de derimot hadde dårligere rettigheter, vilkår og lønn enn mennene (Strømberg, 1984, s. 27-164). Når Televerket automatiserte telefonformidlingen i 1983, ble kvinnelige televerksansatte truet av arbeidsledighet. Televerket ble i denne perioden transformert til en vaksentral som gjennomførte tjenester for kommunen (sentralbordtjenester, skrivetjenester), for bedrifter (overvåking og alarmtjenester) og privatpersoner (trygghetsalarm, sosialtelefon, opplysningsarbeid) (Meissner, 1987, s. 1-4).

ståsted i dokumentene, som også ble kartlagt under punkt fem i registranten. Endringer i begrepsbruken (tekniske hjelpemidler, omsorgsteknologi, velferdsteknologi etc.) gjennom historien ble også ansett som symbolsk betydningsfullt (se også Prieur, 2002, s. 121), der bruk av fyndord, eufemismer, endringer av begrepsbruk eller kritikk av visse begreper (som f.eks. omsorgsbegrepet) kunne markere et brudd med tidligere tiders posisjoneringer til saken, eller mer konkret være relatert til teknologiske fremskritt.

Spørsmål syv om hvilke statlige tiltak og virkemidler for å fremme utviklingen av teknologibruk på eldreomsorgsområdet (og et velferdsteknologisk marked), bunner i Bourdieus utlegginger i *The Social Structures of the Economy* og den andre del av teoretiseringen om «*staten som dobbelt sosial konstruksjon*» (jfr. Punkt 2.5.1). Jeg hadde blitt nysgjerrig på i hvilken grad staten har bidratt til å stimulere til utviklingen av et velferdsteknologisk marked i Norge, til sammenligning med næringens egne virkemidler og etterspørsel etter teknologi fra kommuner ol.

Oppsummert søker de åtte spørsmålene/temaområdene i registranten svar på fire overordnede (analytiske) forskningsspørsmål⁵⁹, som ble anvendt gjennomgående i framskrivningen av analysekapittel 5 om produksjonsfeltet. For det første ble jeg opptatt av å kartlegge hvilke teser (formende for doxa) om teknologi som presenteres på ulike tidspunkt av historien. Videre undret jeg meg over om noen av tesene er utrykk for en heterodox posisjonering der nye ideer og synspunkt utfordret det etablerte doxa – eller om posisjoneringene derimot kunne anses å være utrykk for ortodokse ståsteder, der tradisjonelle syn på hva eldreomsorgen er eller bør være blir fremmet. Til sist ble en oppsummerende diskusjon etter hvert tiår der både teser og antiteser, ortodokse og heteorokse posisjoneringer som utrykk for kamper i en bestemt tid og (sosialt) rom

⁵⁹ 1. Hvilke teser om teknologi i eldreomsorg/hjemmetjenester fremmes i dokumentet?

2. Er tesene utrykk for heterodokse eller ortodokse posisjoneringer til teknologi i omsorg?

3. Hvilke virkemidler bruker staten for å fremme et velferdsteknologisk marked i Norge?

4. Hvilke historiske, kontekstuelle og strukturelle vilkår relatert til den aktuelle tidsepoken er relevante for å forstå og forklare posisjoneringene i dokumentene?

skrevet frem. Både «tidsånden», samt kontekstuelle og strukturelle vilkår ble videre drøftet for å forstå og forklare dokumentenes posisjoneringer til teknologi i eldreomsorg.

3.5.3 Analyse av høringsuttalelser som uttrykk for kamper i det politisk-byråkratiske felt

Det var som nevnt viktig å medtenkte hvilken type dokument jeg satt med i hånden (dokumentets posisjon), der en NOU offisielt sett fremstilles som en utredning gjort av et uavhengig utvalg fagrepresentanter på vegne av regjeringen, mens en Stortingsmelding er regjeringens redegjørelse om politikkområdet utarbeidet av et departement på bakgrunn av utredninger, høringsuttalelser, samt drøftelser i Stortinget (Hanssen, Helgesen & Vabo, 2011, s. 129). Stortingsmeldinger kan i så måte tolkes i retning av å inneha større definisjonsmakt enn de veiledende dokumentene. På den annen side argumenterer Christensen & Holst (2020, s. 91) for at enkelte NOU-er har hatt betydelig innflytelse på politikkkutforming og lovendringer, der det ifølge disse forskerne ikke gir mening å hevde at NOU-er og dets utvalgsmemberer ikke har reell og selvstendig innflytelse og makt over politikkkutformingen, mens det derimot varierer en god del hvor stor innflytelse og gjennomslag utredninger til enhver tid får.

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* skapte mye engasjement og debatt blant både forskere og praktikere da dette dokumentet ble publisert. Det regnes også for å være et innflytelsesrikt dokument (Jacobsen, 2022; Tøndel & Søråa, 2021). Videre ble dette dokumentet observert hyppig sitert av denne ph.d.-studiens iverksettere på kommunalt plan, i tillegg til andre fagarrangementer innen det sosiale rommet man kan definere som det nasjonale velferdsteknologiområdet i Norge der både politikere og beslutningstakere, byråkrater, teknologifirma, IKT-personell og helse- og omsorgsfaglige fagansatte i kommunene mfl. agerte. En utdypende analyse av de kampene som ledet opp til dette endelige dokumentet ble derav vurdert som relevant i forbindelse med registrantanalysene ettersom (registrant)analyser av politiske dokumenter i en Bourdieu-optikk som nevnt har til hensikt å belyse hvordan ulike posisjoner relatert til hvert problemområde og styrkeforholdene mellom de som

forsvarer de ulike «meningsmakere» (politikere, spesialistjournalister, redaktører etc.) og pressgrupper (fagforeninger, bruker- og interesseorganisasjoner, handelsorganisasjoner, forbrukergrupper etc.) også påvirker det man i dagligtalen omtaler som statlige føringer («state-policy») (Bourdieu, 2000/2005, s. 92).

Hovedtesen er at ethvert offentlige tjenestefelt er område for tilstedeværende kamper om statens funksjon. De offentlige tjenestemennene er knyttet til ulike funksjoner, departementer, ministerier, direktorater etc. og kjemper også om sin eksistens ved å kjempe for sin organisasjons ståsted – for eksempel gjennom å hente styrke fra eksterne krefter (parlamentære forsamlinger eller kommisjoner) for å underbygge et spesifikt ståsted (Bourdieu, 2000/2005, s. 92-94). Et sentralt poeng i denne sammenheng knytter seg til at offentlige utvalg er oppnevnt av staten på vegne av staten, der en tese er at bruker- og interesserepresentanter har mindre reell innflytelse på kommisjoner/utvalg enn det fremstilles som offisielt av staten (Bourdieu, 1993/2010, s. 130; J. Christensen & Holst, 2020, s. 90-91).

I tillegg til analyser av Hagen-utvalgets representanter ble det gjort analyser av et utvalg⁶⁰ av de over hundre høringsuttalelsene som hadde blitt sendt inn i forbindelse med utredningsarbeidet. Dette metodiske grepet ble utført med henblikk på å kunne forstå og forklare de maktforholdene som lå bak NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* sin særlig store innflytelse. Denne tilleggsanalysen var i så måte mer i tråd med en bourdieusk optikk på det politisk-byråkratiske felt, som følge av å ha en målsetting om å avdekke de sosiale kampene bak den overordnede posisjonen (stillingtakingen) dokumentene inntok (Kropp, 2009; Mathiesen, 2002; Mathiesen & Delica, 2007). I den sammenheng kan det argumenteres for at å gjøre analyser av høringsuttalelser relatert til samtlige av de analyserte NOU-ene og påfølgende stortingsmeldinger, lovforslag ol.

⁶⁰ Høringsuttalelser fra Norsk Ergoterapiforbund, Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund og Den norske legeforening ble valgt ut på bakgrunn av å være sentrale fagforbund innen helsefag. Funksjonshemmedes fellesforbund og Pensjonistforbundet ble valgt ut som eksempler på noen engasjerte pasient- og brukerrettighetsorganisasjoner på området. Til sist ble to representanter fra teknologinæringens interesseorganisasjoner valgt ut.

i så måte ville ha vært den «optimale» måten å gjøre analysene på i en bourdieusk feltoptikk, men av omfangshensyn – og også på bakgrunn av at det ikke ble funnet høringsuttalelser relatert til samtlige av de analyserte NOU-ene – ble det derfor kun fokusert på NOU 2011:11 i denne delen av analysen. En drøftelse av i hvilken grad posisjoneringene i høringsuttalelsene ble tatt i betraktning i den påfølgende (og analyserte) Stortingsmelding nr. 29 om *Morgendagens omsorg* utgjør følgelig det første analyse- og drøftingskapittelets avsluttende diskusjon.

3.5.4 Analyse av reklameannonser for velferdsteknologi

Hensikten med å gjøre analyser av markedsføringsstrategier for velferdsteknologi var som nevnt innledningsvis å kunne si noe om forholdet mellom det økonomiske felt og staten på veien mot å skape et herskende doxa om saken (jfr. underkapittel 2.5.3). Da det ikke ble funnet faglitteratur som kunne si noe om markedsføringsstrategiene på velferdsteknologiområdet etter 1990-tallet, ble det gjort selvstendige søk etter reklameannonser for velferdsteknologi (særlig trygghetsalarmer) i norsk kontekst for de samme tiårene som dokumentanalysene av politiske dokumenter undersøkte (1970-2013). Søkene ble gjort på Nasjonalbibliotekets databaser⁶¹ med bruk av søkeordene: *trygghetsalarm*, *smarthus*, *omsorgsteknologi* og *velferdsteknologi*, da disse begrepene er blitt brukt til dels overlappende om samme sosiale praktikk (teknologisk avstandsoppfølging av hjelpetregende) gjennom historien (Thygesen, 2019, s. 27).

Det ble ikke funnet noen reklameannonse for velferdsteknologi fra norsk kontekst på 1970-tallet, som kan vitne om at reklamer for velferdsteknologi enda ikke hadde blitt rettet mot helse- og omsorgssektoren som konsumpsjonsfelt i denne perioden. For perioden 1980-tallet ble det funnet fire reklameannonser av relevans. For perioden 1990-tallet ble det funnet tre reklameannonser, mens det i perioden 2000-2022 ble funnet til sammen tre reklameannonser for velferdsteknologi når de overnevnte

⁶¹ Nasjonalbiblioteket samler inn, arkiverer og tilgjengeliggjør mange ulike former for publikasjoner som er utgitt for norsk offentlighet, slik som bøker, politiske dokumenter, aviser- og tidsskrifter, videoreportasjer, fotografier m.m. Nasjonalbibliotekets nettbibliotek har tilgjengeliggjort en stor del av samlingen for allmennheten gjennom digitalisering av materialet (Nasjonalbiblioteket, 2022).

søkeordene ble brukt på Nasjonalbibliotekets database. I tillegg ble det inkludert en analytisk interessant reklameannonse publisert i Tidsskriftet sykepleien fra 2022 som tilsynelatende speilet de analyserte politiske føringer fra siste analyserte tiår (2010-tallet). Det ble også tatt en titt på hvordan de involverte firmaene som samarbeidet med mine case-kommuners prosjektmedarbeidere markedsførte seg i flyers, informasjonsmateriell, muntlige presentasjoner, men kanskje mest sentralt i dag: på firmaenes nettsider. Gjennomgangen av ulike markedsføringsstrategier gjennom historien er på ingen måte en fullstendig analyse av all tilgjengelig markedsføringsmaterieell for velferdsteknologi i norsk kontekst gjennom historien, men kan peke på noen tendenser hva gjelder markedsføringsstrategier i lys av det politisk-byråkratiske felts posisjoneringer.

3.6 Avsluttende og retrospektive refleksjoner om studiens design og forskningsprosess

Studiedesignet for feltarbeidet – og avhandlingen i sin helhet – skilte seg fra den opprinnelige prosjektskissen og endte opp som et komparativt feltarbeid på flere lokaliteter med ulike informantgrupper, samt bruk av totalt tre ulike forskningsmetodikker: dokument-, observasjons- og intervjuundersøkelser. Petersen og Høyen (2021, s. 2) argumenterer for at det er grenser for hvor mye forskeren kan planlegge skjematisk om det hun skal gjøre i sitt avhandlingsarbeid. Det er i et praxologisk og historisk-epistemologisk perspektiv derimot mer sentralt å være sin sosiale posisjon og prekonstruksjonene om forskningsobjektet bevisst i møtet med feltet og praktikken som studeres, gjennom grep som historisering, auto-sosio-analyse og retrospektive metoderefleksjoner der man skriver frem hva man gjorde «in situ» og «in acto» (Petersen & Høyen, 2021, s. 2). Motsatt av forestillingen om en lineær forskningsprosess som følger prosjektskissens plan fra start til slutt, ble studien kontinuerlig tilpasset (og utvidet) som følge av den pågående analytisk objektivierende konstruksjonsprosessen.

På tross av at feltarbeidet strakk seg over mange år og hadde en viss grad av kontinuitet, var også parallelle teoretiske og historiske fordypelser en sentral del av forskningsprosessen. Historiseringen og øvrig arbeid med dokumentanalyser skulle vise seg å bli viktige for å kunne innta et objektivt blick på både feltet og praktikken som ble studert og unngå å overta, men snarere bryte med den herskende doxaet om saken. Historisering og registrantanalyser utgjorde i så måte en like viktig del av avhandlingens empiriske grunnlag for teorikonstruksjon, som feltarbeidene i kommunale hjemmetjenesterealiteter i nåtiden representerte.

Beslutningen om å gjøre dokumentanalyser i tillegg til feltarbeid relaterte seg også til teoretiske studier og kursing i Bourdieus historiske-epistemologi i løpet av stipendiatperioden. Boken *The Social Structures of the Economy* (Bourdieu, 2000/2005) skulle i denne sammenheng vise seg å bli særlig betydningsfullt. Bokens teoretiske perspektiver ga både studiens overordnede design og det analytiske konstruksjonsarbeidet en mer tydelig retning. Jeg fikk tilgang til noen flere teoretiske verktøy og begreper å tenke med, som medførte et gjennombrudd i arbeidet. For eksempel ga den analytiske distinksjonen mellom produksjonsfelt og konsumpsjonsfelt særlig mening for mitt tema som handlet om en kombinasjon av statlige og markedsstyrte initiativ for å fremme økt bruk av teknologisk utstyr for eldre og andre hjelpetrequende i deres hjem – i møte med praktikerne som hadde i ansvar å iverksette politikken til konkrete tjenesteorganiseringer og praktikker i det man kan definere teoretisk-analytisk som et konsumpsjonsfelt. Det at avhandlingens overordnede teoretiske innramming ble en undersøkelse av *produksjonsfeltet* for ideer og visjoner om velferdsteknologi ved hjelp av dokumentanalyser av helse- og omsorgspolitiske dokumenter og teknologimarkedets posisjoneringer representert i reklamer, var imidlertid ikke planlagt i den opprinnelige prosjektskissen. Det var heller ikke forutbestemt at jeg skulle undersøke så mange nivåer av makthierarkiet på området – fra det statlig-byråkratiske og økonomiske felt via lokalpolitisk ledelse, i tillegg til interaksjonen mellom kommunal prosjektledelse og det statlige virkemiddelapparatet

– til politikken innvirkning på helsepersonells arbeid og tjenestemottakeres hverdagsliv.

I tillegg til fordypningen i Bourdieus historiske-epistemologi under tiden som ph.d.-stipendiat var det personlige forhold slik som to morspermisjoner, manglende kontinuitet som følge av koronapandemien og egne helseutfordringer som på godt og vondt muliggjorde at studien ble så omfattende som den gjorde. Det var først og fremst personlige forhold som lå bak at studien strakk seg over så mange år som den gjorde (2016-2023), som på den positive siden muliggjorde innhenting av et omfattende datamateriale fra både deltakelse på møter, observasjon på responscenter og langvarig observasjon av mange ulike ansatte i deres pleie- og omsorgsarbeid hos tjenestemottakere. Studiens lange og nærmest longitudinelle design fikk også frem utviklingen av prosjektene i de to case-kommunene fra dets opprinnelse via pågående og avsluttede kamper som ledet til omorganiseringer av tjenestene som skilte seg fra de opprinnelige prosjektplanene i mine case-kommuner.

Studiens «langdirektighet» frambrakte på mange måter et rikt datamateriale og opplysninger jeg trolig ikke ville fått tilgang til om studien hadde fulgt den intenderte tidsplanen. På den annen side medførte studiens lange varighet, flerlokalt og store antall informanter og datakilder på ulike nivåer av makthierarkiet (stat-kommune) – samt ulike nivåer av det kommunale makthierarkiet – et stort materiale der det tidvis var utfordrende å få full oversikt over sentrale funn og sammenhenger. Arbeidets mangel på avgrensning fra forskerens side kan også – slik det har blitt drøftet i auto-sosio-analysen – være relatert til at forskeren både var i en dominert posisjon i akademia, samtidig som en relativt sparsom erfaring med feltarbeidsmetodikken medførte at viktigheten av avgrensning ikke var selvsagt for meg under forskningsprosessen «in situ» og «in actu» – på tross av «advarsler» fra veilederteamet.

Den noe «holistiske» tilgangen til feltet som ble inntatt under feltarbeidene kan også være relatert til min utdanning som sykepleier som hadde formet min habitus i retning av at hele mennesket skal ses og ivaretas – som i forskerrollen endte opp med at «hele

virkeligheten» og en rekke små og store detaljer ble nedskrevet på feltarbeidet. På tross av at felt og praktikkteorien og særlig habitustrilogien (posisjon-disposisjon og posisjoneringer i et felt) var med meg i forskerblikket når jeg anskuet feltet og praktikkene, er det krevende å både å danne seg et overblikk og få brukt alt datamaterialet fra særlig feltarbeidet inn i avhandlingens analysekapitler. Under bearbeidingen av datamaterialet ble det derav et behov for å gjøre et utvalg av noen tilstedeværende agents habituelle posisjoneringer til saken, samt noen utvalgte case og episoder fra praksis som kunne belyse sentrale poeng ved de observerte kontekstene i relasjon til forskningsobjektet. Herav kan det også – eller kanskje særlig i en Bourdieu-optikk– argumenteres for at et slikt strategisk utvalg både er en nødvendighet og en styrke, ettersom et individ kan være representativt for flere individers posisjon (ståsted) i feltet (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 87-88).

4. Hjemmetjenester som kontekst for velferdsteknologiske overvåkingspraktikker

I dette kapitlet vil både bakgrunnen for *praktikken* som studeres (velferdsteknologisk overvåking) og *konteksten* denne praktikken i all hovedsak foregår (hjemmene og hjemmetjenesten) skrives frem og drøftes sosialhistorisk. En dypere forståelse av feltets historie og struktur, samt tilstedeværende makt- og dominansforhold vil være et viktig bakteppe for å svare på samtlige av studiens tre forskningsspørsmål som kretser omkring hvor den studerte praktikken kommer fra, hvordan praktikken ble mulig og til sist hvordan praktikken kan sies å strukturere hjemmetjenestefeltet i nåtiden. Det er her tale om en sirkulær utforsking der feltets struktur antas å innvirke på at praktikken (velferdsteknologisk overvåking) ble mulig, mens det faktum at velferdsteknologi i dag har vokst frem som et både pleie- og omsorgspolitisk og næringspolitisk satsningsområde – kan hevdes å virke strukturere på pleie- og omsorgsarbeidet i de kommunale hjemmetjenester (Haukelien, 2020; Kleiven, 2017; Tøndel, 2018).

Kapitlet begynner med en utforsking av pleie- og omsorgspraktikker i et historisk lys for å bryte med forestillingen om at hjemlig (og teknologistøttet) omsorg er noe nyoppstått. Delkapitlet vil motsatt peke på at både omsorg for barn, syke og eldre mennesker inntil relativt nylig har vært et hjemlig, eller familiært anliggende. I overgangen til et velferdsstatlig ansvar for pleie- og omsorgspraktikker oppstod hjemmesykepleie og andre subfelter av det medisinske felt, som i seg selv har særegne makt- og dominansforhold som må medtenkes, deriblant også kjønnede maktstrukturer. Deretter beveger historiseringen seg til den studerte praktikken «teknologisk overvåking» i pleie- og omsorgstjenester, der også et velferdsteknologisk marked som et sosialt rom løftes frem. Til sist analyseres den kontekst der velferdsteknologisk utstyr installeres, brukes og interagerer med hjemmetjenestefeltet og/eller responsentre som del av det velferdsteknologiske markedets tjenestetilbud. I den sammenheng drøftes boligens (hjemmets) betydning i sosiologisk forstand og i

relasjon til historiens maktstrukturer (måter pleie- og omsorgsarbeid har vært organisert på i fortiden).

4.1 Pleie- og omsorgsarbeidets historiske utvikling i Norge – fra familieomsorg til offentlig forsørgelse og hjem igjen (ved hjelp av teknologi)

I dette delkapittelet vil det gis en kort gjennomgang av pleie- og omsorgsarbeidets historiske utvikling i Norge fra familieomsorgen hadde en dominant posisjon til offentlig forsørgelse overtok som dominant posisjon, til nåtiden der man ser en mulig reintroduksjon av hjemmet (og familien) som den primære omsorgsarena blant annet ved hjelp av velferdsteknologi. Denne historiseringen er viktig for å svare studiens andre forskningsspørsmål som handler om under hvilke historiske vilkår og strukturelle mulighetsbetingelser den aktuelle praktikk oppstod i, *praktikkens genese*. Vi befinner oss i norsk kontekst, der pleie- og omsorgstjenester i nyere tid etter velferdsstatens fremvekst i all hovedsak er et offentlig anliggende, men slik har det ikke alltid vært. Nåtidens måte å organisere pleie- og omsorg på er ikke noe naturgitt, men snarere en sosial konstruksjon som har oppstått på bakgrunn av historiens mange kamper, brytninger og ulike ideologiske strømninger gjennom tidene.

4.1.1 Overgangen fra familiær til et offentlig (velferdsstatlig) ansvar for pleie- og omsorg i Norge

Gjennom menneskehetens historie har det alltid eksistert et behov for pleie- og omsorg, men offentlige hjemmetjenester har i likhet med velferdsstaten en relativt kort historie (Fjørtoft, 2016, s. 146-147). Før den moderne medisins opprinnelse var pleie- og omsorgspraktikker i all hovedsak⁶² et familiært ansvar som ble ivaretatt av kvinner i hjemmets sfære (Fjørtoft, 2016; Schiøtz, 2003, 2019). På den annen side har offentlig forsørgelse av samfunnets svakeste lange historiske røtter, noe som viser seg i

⁶² Det finnes historiske kilder om en kvinne ved navn Phoebe som organiserte hjemmesykepleie, helt tilbake til Romerriket (Fjørtoft, 2016, s. 146).

lovtekster helt tilbake til middelalderen (Schiøtz, 2019, s. 4). Slekten hadde på denne tiden det primære ansvaret for sine familiemedlemmer, men ethvert herskap hadde noen grad av omsorgsansvar for sine undersåtter, som for bøndernes del ble organisert under kårordningen (Schiøtz, 2019, s. 5). Magnus Lagabøtes landslov av 1274 markerer i denne sammenheng et markant brudd. I tråd med datidens kristne verdigrunnlag fikk makthaverne et ansvar for alle hjelpetrequende, ikke bare ens egne undersåtter. Ansvaret ble organisert gjennom legdsordningen, der et visst antall gårder i lokalsamfunnet ble definert som et legd. Legdens ansvar for hjelpetrequende gikk på rundgang. Det var imidlertid ingen luksuriøs behandling de hjelpetrequende ble tilbudt. De som kunne arbeide for maten måtte gjøre det, og mennesker som på noe vis hadde oppført seg umoralsk ble sendt i straffelegd der de måtte bytte tilholdssted hver natt. Historiske kilder viser til stigma og latterliggjøring av mennesker som av ulike grunner ble ivaretatt av legdsordningen (Schiøtz, 2019, s. 5).

Kirken påtok seg også et stort omsorgsansvar i middelalderen, og opprettet sammen med kongemakten hospitalet for ivaretagelse av fattige og andre hjelpetrequende. Det var også klostre som tok på seg slike oppgaver i tråd med kristendommens barmhjertighetsidealer. For å finansiere offentlig hjelpeordninger, ble det helt tilbake til 1100-tallet obligatorisk for borgerne å betale skatt. Reformasjonen markerer et brudd med synet på fattige og hjelpetrequende, der fokuset i økende grad ble rettet mot bekjempelse av fattigdomsproblematikken gjennom ulike former for veldedighet og velferdstiltak. En gradvis overgang fra bondesamfunn til bysamfunn som startet allerede i middelalderen, utfordret også legdsordningene og førte til utbyggingen av kommunale fattiggårder som tok vare på hjelpetrequende i alle aldre (Schiøtz, 2019, s. 5-6). Eldre som kategori eller eldreomsorg som institusjonelt begrep fantes ikke i middelalderen, og man skilte ikke mellom eldre og andre «fattiglemmer» (S. Hauge, 2005, s. 156-157).

Samfunnsforholdene gjorde imidlertid at fattigdomsproblemet var økende og det var først på midten av 1700-tallet at man så en enda mer målrettet fattigdomspolitik.

Gjennom fattiglovgivningen ble omsorgen for hjelpetrequende et offentlig ansvar gjennom innhenting av skatt, opprettelse av fattigkasser og forvaltning av disse gjennom fattigdomskommisjoner bestående av høytstående posisjoner i samfunnet slik som prester, borgemestere og lensmenn (Schiøtz, 2019, s. 7). Beveger vi oss lengre frem i historien til 1800-tallets diakonisseanstalter var det heller ikke da tydelige skiller mellom sykepleie og omsorg for de fattige. For eksempel omtalte diakonissene sitt virke som «fattigpleie», ettersom det å være syk og pleietrequende ofte var relatert til det å være fattig (Bølstad, 1985, s. 15).

Både Hauge (2005) og Schiøtz (2019) sine historiske analyser av fattigdomspolitikken i relasjon til det offentlige helsevesens fremvekst, viser til gode eksempler for å forstå hvordan styresmaktens (statens) grad av ansvar for hjelpetrequende har variert, men i stor grad har vært økende gjennom historien. Den historiske gjennomgangen har også vist at utviklingen av offentlig organiserte pleie- og omsorgstjenesten som del av velferdsstaten Norge ikke er noe naturgitt, men derimot et resultat av mange historiske kamper. Schiøtz (2003, s. 16) hevder med referanse til historikeren Anne Lise Seip at det helt tilbake til det offentlige helsevesenets spede begynnelse på 1600-1700-tallet, har foregått en kamp om ansvarsfordelingen for helse- og omsorgsoppgaver mellom den private sfære, private og ideelle tilbydere og staten. Ideologiske skiftninger i det politiske system har i den sammenheng hatt stor betydning, i form av at det til enhver tid foregår kamper om hva som bør gis prioritet når ressurser skal fordeles (Schiøtz, 2003, s. 15).

På 1800-tallet ble det for eksempel nok en gang rettet en hardere linje mot de fattige og hjelpetrequende fra myndighetshold (Schiøtz, 2019, s. 8-9). Det var en rekke samfunnsmessige forhold som ledet opp til innstramningene. En voldsom befolkningsvekst gjorde at mange fattige på landsbygden søkte arbeid i byenes industri. 1700-tallets mer humane fattigdomspolitikker der arbeid og forebyggende helseomsorg ble ansett som viktig for nasjonsbyggingen av Danmark-Norge, ble erstattet med liberalistisk ideologi der ansvaret for egen velferd i større grad ble et individuelt ansvar.

Om det var manglende vilje eller avmakt som gjorde at myndighetene tok mindre ansvar for et økende antall fattige og hjelpetrengende utover 1800-tallet, vites ikke med sikkerhet. På den annen side skjedde det mot slutten av 1800-tallet svært sentrale velferdspolitiske fremskritt i Europa og også Norge (Kuhnle & Kildahl, 2018; Schiøtz, 2003, 2019). Kuhnle og Kildahl (2018) trekker frem at velferdsstatens idégrunnlag blant annet har røtter fra britisk arbeiderlovgivning på 1830-tallet og sosialforsikringslover i tiåret etter dette. Europa ble også påvirket av industriarbeidernes opprør mot det konservative og autoritære Bismarck-Tyskland. Det å gi arbeidere en viss sosial trygghet har vist seg lønnsomt også i et kapitalistisk perspektiv, både med henblikk på å forebygge sykdomsfravær og frafall, men også for å hindre økt radikalisering og opprør blant arbeiderne (Kuhnle & Kildahl, 2018, s. 20). De mange økonomiske fordelene med velferdsgoder kan være noe av forklaringen på hvorfor ordningene har bestått gjennom ulike styresett i Tyskland og derav vært mer stabile enn demokratiet selv (Kuhnle & Kildahl, 2018, s. 16). Kuhnle og Kildahl (2018, s. 17) presiserer imidlertid at ideer om ytelser av universell karakter, slik som folkepensjon eller behovsprøvd støtte til pensjonister som ikke mottok fattighjelp, ble løftet frem i norsk kontekst flere tiår før de tyske ideene ble bragt frem. Uavhengig av opphavssted er den vesentlige forskjellen på Bismarck-systemet og et universelt velferdssystem hovedsakelig relatert til retten til å motta sosialhjelp eller helseforsikringsordninger, som følge av å være henholdsvis arbeidstaker eller et gode som alle har rett til som følge av å være statsborger (Kuhnle & Kildahl, 2018, s. 17-18).

Vender vi fokuset tilbake til pleie- og omsorgsarbeid mot slutten av 1800-tallet som del av opprinnelsen til velferdsstaten, så var det fremdeles slik at pleie av syke, eldre og andre hjelpetrengende ikke ene og alene var en offentlig tjeneste, men snarere et privat-offentlig samarbeid. Historikeren Anne-Lise Seip omtaler dette forstadiet til velferdsstaten i Norge som «Sosialhjelpsstaten» (Seip, 1994a). Under utviklingen av velferdsstaten har både statlige og private initiativ vært viktige. Et historisk tilbakeblikk peker i så måte på at det som beskrives som noe nytt i den moderne

velferdsstaten under begrepet «samskaping» eller «samproduksjon», ikke er en helt ny måte å organisere velferdstjenester på (K. Christensen, 2012). Seip (1994a, s. 11-16) peker på at det særlig i perioden 1870-1920 (sosialhjelpsstaten) var et betydelig samarbeid mellom frivillige organisasjoner, private og offentlige aktører. Tilbake til 1700-tallet finner man de første former for privat konkurranseutsetting av velferdstjenester i form av at bønder konkurrerte om hvem som kunne ta seg av fattige mennesker for fattigkassen til lavest mulig pris (Seip, 1984 referert til i NOU 2020:13, 2020). Forholdet mellom de tre aktørene, eller nivåene omtales av Seip som «velferdstrekanten» i Norge (Seip, 1991).

Christensen (2012, s. 579) argumenterer for at det i nyere tid er relevant å bruke begrepet «velferdsdiamant» (offentlige tjenester, private aktører, familien og frivilligheten) eller «velferdspluralisme» om situasjonen i dagens velferdsstat. Med disse begrepene vises det til en økende grad av privatisering av langtidsomsorgen for eldre og andre pleietrengende i Norge seneste tiår, ikke kun av private for-profit aktører, men også i form av en økt ansvarliggjøring av familien (ofte kvinnelige pårørende) og økte forhåpninger til ideelle og frivillige aktører (Christensen, 2012, s. 583-586). I de nordiske landene er det imidlertid fortsatt bred politisk enighet og stor støtte i folket om velferdsstaten som garantist for rettferdig fordeling og prinsippet om universelle goder (Kuhnle & Ervik, 2018, s. 34) I motsetning til andre europeiske land med større klasseforskjeller, regnes Norge og de nordiske velferdsstater som egalitære i form av likere tilgang på utdanning, arbeid og velferdsgoder (Halvorsen et al., 2013, s. 30). Et annet sentralt kjennetegn ved de nordiske velferdsstatene er høy grad av tillitt mellom befolkningen og myndighetene, der en sterk faglig autonomi har kunnet vokse frem (Haukelien, 2019, s. 188-189).

Velferdsprofesjonene har vært voksende og sterke påvirkere fra etterkrigstiden til i dag, på tross av en rekke samfunnsforskere argumenterer for at en nedbygging av velferdsstaten har begynt (Kuhnle & Kildahl, 2018, s. 26; Vike, Debesay & Haukelien, 2016, s. 17). De nordiske velferdsstatenes velferdsytelser og helse- og omsorgstjenester

er fremdeles ansett som omfangsrrike og generøse, der især Norge har gått lengre enn mange europeiske land i å garantere borgernes rett til velferd (K. Christensen & Wærness, 2018, s. 15; Kuhnle & Kildahl, 2018, s. 20). Det har videre vært bred enighet både i folket (opinionen) og fra myndighetshold om at pleie- og omsorgstjenester, blant annet fra et likestillingsperspektiv primært bør være et offentlig ansvar (Kuhnle & Ervik, 2018, s. 52-53).

På denne annen side har denne korte gjennomgangen av velferdsstatens idégrunnlag og historie pekt på at kvinner til alle tider hatt et større ansvar for omsorgsoppgaver i familien (det reproduktive felt⁶³), i form av barnepass, eller pleie av syke og hjelpetrengende, i privat eller offentlig regi, lønnet så vel som ulønnet (Wærness, 1982, s. 23-44). Med ekspansjonen av velferdsstatens tjenester etter andre verdenskrig og parallelle feministiske strømninger utover 1970-tallet, skjedde det en gradvis dreining mot at omsorgsoppgaver i økende grad ble et offentlig anliggende og et betalt lønsarbeid. Kvinnene som med 1950-tallets husmorideologi hadde hatt sin naturlige plass i hjemmet, ble i økende grad rekruttert til pleie- og omsorgsyrker på 1960 og 1970-tallet⁶⁴ (Wærness, 1982, s. 42-44). Yrkesaktivitet som del av kvinnefrigjøringen var derav ikke først og fremst en frigjøring fra de tradisjonelle kvinneoppgavene, men i større grad en økonomisk frigjøring der kvinnene ikke lenger var like avhengig av ektefelles forsørgelse og man fikk en økonomisk anerkjennelse av omsorgsarbeid fra staten (Lund, 2012, s. 121-160). På tross av mye fokus på kvinnefrigjøring og økt anerkjennelse av omsorgsarbeid ble det fortsatt utøvd mye uformell (eldre)omsorg av døtre og ektefeller på 1970 og 1980-tallet (Wærness, 1982, s. 73-76), noe som fremdeles er gjeldende i nyere tid (K. Christensen, 2012, s. 589). Kvinner står fremdeles for majoriteten av både den formelle og uformelle omsorgsutøvelsen, der deltidsstillingen ofte muliggjør uformelt omsorgsarbeid i familien. Christensen (2012,

⁶³ Reproduktivt arbeid er en term som innbefatter omsorgsarbeid og husarbeid, og som historisk sett ofte har vært diskutert i relasjon til lønnet omsorgsarbeid (Berg, 1988, s. 113). Bourdieu (2000/2005) bruker begrepet reproduktivt felt om konsumentene (boligkjøperne, familiene) i *The Social Structures of the Economy*.

⁶⁴ I 1960 var 10 % yrkesaktive kvinner mot 24% i 1970 (Wærness, 1982, s. 195).

s. 590) argumenterer i så måte for at kvinner tar på seg et *dobbelt omsorgsansvar* som kan straffe seg i form av mindre lønn og stagnasjon i yrkeskarrieren.

4.1.2 Hjemmebaserte eller institusjonelle pleie og omsorgstjenester – kamper og utviklingstrekk

Den hjemmebasert omsorgens utvikling henger tett sammen med velferdsstatens fremvekst (Fjørtoft, 2016, s. 147). Om vi vender tilbake til ansvaret for omsorgsarbeidets historiske utvikling i Norge, er det interessant å merke seg at eldreomsorgens utgangspunkt var i hjemmet, mens institusjonell eldreomsorg hadde sin opprinnelse først på midten av 1800-tallet (S. Hauge 2005, s. 157). Institusjonaliseringen av eldreomsorgen skjedde både på bakgrunn av at eldre ble utskilt som en egen «kategori», forstått som en gruppe mennesker som trengte særskilte former for omsorg, der det ble bygget egne institusjoner som kun var beregnet for eldre på midten av 1800-tallet. Overgangen fra fattiggårdene som var å regne som en oppbevaringsplass for hjelpetrengende eldre, til at det ble utøvd mer målrettet pleie- og omsorgstjenester på eldreinstitusjonene skjedde gradvis i løpet av den 150 år lange perioden institusjonsomsorgen hadde en dominant posisjon i eldreomsorgen (S. Hauge, 2005, s. 159-160).

I 1868 ble Diakonisseanstalten i Kristiania som regnes som den første sykepleieutdanning i Norge etablert (Bølstad, 1985, s. 15). Diakonissene arbeidet enten på sykehus eller for å utøve sykepleie i hjemmet gjennom fattig- eller menighetspleien, eller noe senere i private byråer som leverte hjemmetjenester for den mer velstående delen av befolkningen (Fjørtoft, 2016, s. 146). På tross av at den moderne medisinen på hospitalene hadde en sterk fremvekst på slutten av 1800-tallet, ble det utøvd mye sykepleie i hjemmene. For eksempel handlet den første norske læreboken av sykepleiepioneren Rikke Nissen, i stor grad om hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2016, s. 146). Utover 1900-tallet økte utbredelsen av sekulære og privatiserte former for hjemmesykepleie, mens kun et fåtall kommuner hadde etablert egne

hjemmesykepleietjenester (Fjørtoft, 2016, s. 146-147). Husmorvikartjenester oppstod i regi av kvinneforeninger i mellomkrigstiden, mens de første hjemmetjenestene for eldre ble opprettet av veldige kvinneforeninger slik som Nasjonalforeningen for folkehelsen og norske kvinners sanitetsforening i årene etter andre verdenskrig (Wærness, 1982, s. 154). På tross av at både humanitære og kirkelige organisasjoner hadde kjempet om statlig støtte (syketrygdordningen) til hjemmesykepleievirksomhet, helt tilbake til begynnelsen av 1950-tallet i Norge, var det først i 1959 at Stortinget vedtok å bevilge statlig støtte til hjemmesykepleie og husmorvikarvirksomhet, mens hjemmehjelp fikk tilskudd først i 1969 (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 1). Hjemmehjelpstjenesten ble en lovpålagt tjeneste i alle norske kommuner i 1964, mens lovpålagte krav om hjemmesykepleie ikke kom på plass før i 1982 (K. Christensen & Wærness, 2018, s. 18).

I en praxologisk studie av Fæø (2016) argumenteres det for at hjemmesykepleien først oppstod som en veldedig og frivillig bevegelse for å hjelpe fattige, syke og andre hjelpetrequende i sosial nød, mens feltet i overgangen til å bli en del av det offentlige velferdsstatlige tjenestetilbudet i kommunene ble overtatt av en økonomisk logikk der hjemmetjenestens hovedsiktemål følgelig ble å avlaste sykehusene og forhindre institusjonalisering. Det argumenteres videre for at tjenestene i nåtiden posisjoneres som det moralsk sett beste for både tjenestemottakerne og samfunnsøkonomien i sentrale helse- og omsorgspolitiske dokumenter (Fæø, 2016). Videre er det flere andre praxeologiske studier som har argumentert for at hjemmetjenesten kan regnes som et subfelt av det medisinske felt med en relativ autonomi og egenlogikk (Engström, 2012, s. 51 med referanse til Carlhed, 2007; Heyman, 1995; Petersen, 1998). For eksempel bruker Pawlica (2018, s. 513) termen *sub subfelt* om psykiatrien som et underfelt av det medisinske felt, der hun følgelig anser fagfeltet som et enda mer underordnet område enn andre områder av sykepleiefeltet, noe man kan tenke seg at er gjeldende

for hjemmesykepleiefeltet som et underfelt av primærhelsetjenesten⁶⁵. Bourdieu (1988a) hevdet at også det medisinske felt kun hadde en relativ autonomi og egenlogikk, hvorpå hjemmesykepleiefeltet – med Bourdieus metafor om at felter er som kinesiske esker innleiret i hverandre som følge av samme omliggende struktur og interne logikk kan forstås som å ha samme relative autonomi og egenlogikk, men mindre makt og kanskje andre måder å utrykke doxa på enn mer dominante felter slik det medisinske felt (Broady og Heyman, 1998, referert til i Pawlica, 2017, s. 32). For eksempel ved å vektlegge pleie og omsorg fremfor kurativ og/eller rehabiliterende behandling (Martinsen, 2003; Martinsen & Wærness, 1979), men fremdeles være underlagt det medisinske felts (og statens) rådende logikk.

Oppsummert kan man peke på at det gjennom historien har foregått mange kamper i hjemmetjenesten som subfelt av det medisinske. Mens kampene om hjemmetjenestene og særlig eldreomsorgen på 1970-tallet tilsynelatende stod mellom den tradisjonelle (ortodokse), profesjonaliserte og mer paternalistiske institusjonsomsorgen i gamlehjem, aldersboliger eller sykehjem, kontra dyrkingen av det individets autonomi i enten omsorgsbolig eller eget hjem. Hauge (2005, s. 158-160) påpeker at det både var institusjonskritiske strømninger og en økonomisk argumentasjon som lå bak det gradvise skiftet i synet, og senere også organiseringen av omsorgen for hjelpetrequende i kommunehelsetjenesten. På 1960-tallet hadde institusjonskritikken begynt å bre om seg, spesielt innenfor fagfeltet psykiatri, basert på avdekking av kritikkverdige forhold i studier gjort av kjente samfunnsforskere slik som den kanadiske sosiologen Erving Goffman eller den norske sosiologen Yngvar Løchen, men også på bakgrunn av kritikk av institusjonell eldreomsorg ført i pennen av eksempelvis den britiske sosiologen Peter Townsend (S. Hauge, 2005, s. 161). Det var spesielt de umyndiggjørende og

⁶⁵ Innenfor det medisinske felt finnes det offisielle – men like fullt sosialt konstruerte inndelinger– for eksempel i medisinske spesialiteter og fagområder, eller på et organisatorisk plan; ulike tjenestenivåer. Den mest anvendte kategoriseringen i Norge er skillett mellom spesialisthelsetjenesten (statlige helseforetak og sykehus) og primærhelsetjenesten (kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner, fastlegeordningen, legevakt, skolehelsetjenesten, rehabilitering og habiliteringsinstitusjoner, hjemmetjenester m.m.) (Halvorsen et al., 2013, s. 173-174).

pasifiserende konsekvensene av institusjonalisering kritikken rettet seg mot, der det ble argumentert for at det å bo hjemme bidro til det motsatte: mer selvstendighet, integritet og verdighet. En analogi til institusjonskritikken var kritikken av en medikaliseringstendens eller behandlingsideologi i samfunnet, der løsningen på det asymmetriske maktforholdet i helsevesenet handlet om økt selvstendighet og myndiggjøring av pasientene (S. Hauge, 2005; Aadnanes, 2007).

«Empowerment-bevegelsen» oppstod parallelt med en rekke andre frigjøringsbevegelser, slik som kvinnefrigjøringen og borgerrettskamper, samt studentopprør på 1960- og 70-tallet (Aadnanes, 2007, s. 227). Kvinnefrigjøringen bidro til økt yrkesdeltakelse for kvinner, men som avsnittet om hjemmesykepleiens genese peker på, inntok kvinner i stor grad omsorgsykker i offentlig sektor og overgangen kan slik sett karakteriseres som en formalisering og profesjonalisering av omsorgsoppgaver som tidligere i historien hadde vært ulønnede. Med «empowerment-bevegelsens» inntog i helsefagene endret språkbruken seg fra pasient til *bruker* av helse- og omsorgstjenester, samtidig som en økende ansvarliggjøring av den hjelpetrengende ble en naturlig konsekvens. Myndiggjøringstrenden samsvarte slik sett godt med markedstenkningen som har gjort seg gjeldende i offentlig styring i nyere tid, noe enkelte samfunnsvitere har problematisert som motsetningsfullt (Aadnanes, 2007, s. 228-229).

Idealet om selvstendighet hadde i så måte oppnådd en høy status i vestlige samfunn på slutten av 1900-tallet, som i eldreomsorgen og omsorgen for andre hjelpetrengende kom til uttrykk gjennom et økende fokus på brukeren som en aktiv samfunnsdeltaker i stedet for passiv tjenestemottaker. Idealet i helse- og omsorgspolitiske føringer ble i så måte at brukerne i større grad skulle gis anledning til å definere tjenestene gjennom økt valgfrihet og kontroll – analytisk definert som en trend som gikk i retning av en økt *personalisering* av tjenestene (K. Christensen & Pilling, 2014, s. 479-480). Det har også foregått en dreining mot mer individualisering av ansvaret for omsorgen til den

enkelte, særlig etter 1990 med innførelse av New Public Management⁶⁶ (NPM) styring og innføring av bestiller-utfører-modellen i hjemmesykepleie. Christensen (2012, s. 582-583) argumenterer for at valgfrihet som prinsipp i langtidsomsorgen både bygger på «empowerment-bevegelsen» og gode demokratiske prinsipper om myndiggjøring, mens hun i likhet med Aadnanes (2007) påpeker det at valgfrihet også er tuftet på en markedslogikk som gjør tjenestemottakerne til kunder. Bestiller-utfører-modellen som ble innført på 2000-tallet er et eksempel på denne markedslogikken som markerte et brudd i tjenesteorganiseringen i hjemmesykepleien, der denne forvaltningsmodellen skapte et markant skille mellom de som forvaltet tjenestene og de som utførte dem (Christensen, 2012, s. 582).

Helt tilbake til 1950-tallet har det blitt utkjempet kamper og eksistert motstridende ideologiske strømninger omkring hvordan man best kan ivareta «en aldrende befolkning» på en måte som ivaretar hensynet til individet og samfunnets beste. Det er særlig balansen mellom satsning på hjemmebasert omsorg versus institusjonsomsorg, som har vært og stadig er et dilemma for forvaltningen i norske kommuner (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999; Gautun & Sørvoll, 2021). På 1970-tallet stod institusjonsomsorg for eldre og hjelpetrequende fortsatt sterkt og man så en økning i utbygging av institusjoner (K. Christensen & Wærness, 2018; Seip, 1994b). Det ble imidlertid også fokusert mer bredt på ulike og nye institusjonsformer tilpasset omsorgsbehovet, der aldersboliger var tiltenkt eldre som kunne klare en god del selv, sykehjemmene fokuserte mer på medisinsk behandling, mens hjemmesykepleie ble fremstilt som et lovende supplement til institusjonsomsorgen, med potensiale for ekspansjon (K. Christensen & Wærness, 2018, s. 19). I Stortingsmelding nr. 9 (1974-

⁶⁶ New Public Management som på norsk kalles ny offentlig styring, er en samlebetegnelse på en reformbølge som startet på 1980-tallet rettet mot offentlig sektor, men inspirert av organiserings- og styringsformer fra privat sektor og nyliberalistisk ideologi (Hansen, 2022). Kommunale pleie- og omsorgstjenester ble utsatt for reformene på begynnelsen av 1990-tallet. Styringsprinsippene har det til felles at prinsipper fra privat sektor overføres til offentlig sektor, med henblikk på å kutte i byråkrati og effektivisere tjenestene. Et annet viktig kjennetegn ved styringsformen er at det dannes et skille mellom en bestiller/kjøper og en som utfører tjenestene, som kom til uttrykk gjennom f.eks. bestiller-utfører-modellen i norske hjemmetjenester (Vabø, 2007, s. 9-10).

75) *Om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen*, ble LEON-prinsippet introdusert, der man argumenterte for at eldre og andre hjelpetrengende til enhver tid måtte ivaretas på det «lavest effektive omsorgsnivået», med andre ord med lavest mulig ressursbruk innenfor det man kunne argumentere for var forsvarlig (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999, s. 15). Utbygging av hjemmetjenester i de fleste norske kommuner utover 1980-tallet kan derav også knyttes til en økonomisk rasjonalitet som argumenterte sterkt for at institusjonsomsorg ikke ville være forsvarlig fra et samfunnsøkonomisk perspektiv (S. Hauge, 2005, s. 159-160).

På tross av en villet satsning på hjemmetjenestene hadde hatt en sped begynnelse på 1970-tallet, men særlig ble økende utover 1980-tallet, er det fremdeles den dag i dag motstridende signaler fra styresmaktene når det gjelder balansen mellom institusjonell og hjemmebasert eldreomsorg. Kampene kan være utrykk ulike syn på hva en verdig og god organisering helse- og omsorgssektoren dreier seg om, men det kan også bunne i at det er vanskelig å gjøre beregninger på det eksakte ressursbehovet i fremtiden. Gautun og Sørvoll (2021) omtaler kampene som et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg, der styresmaktene helt fra de tydelige signalene på 1980-tallet om å satse på hjemmebasert eldreomsorg, den dag i dag også får signaler om også å sikre god nok sykehjemsdekning til de skrøpeligste eldre. Kommunene må derav gjøre vanskelige prioriteringer i et landskap preget av motstridende styringsidealer. Satsningen på teknologi må og vil analyseres i lys av dette dilemmaet, eller snarere kampene på eldreomsorgsområdet gjennom historien, der historiseringen til nå har grovt skissert helse- og omsorgsarbeidets historiske utvikling i Norge – fra familieomsorg til offentlig forsørgelse til en reintroduksjon av hjemmet som den primære omsorgsarena (ved hjelp av blant annet teknologi).

Avslutningsvis kan det konkluderes med at institusjonsomsorg var ryggraden i norsk eldreomsorg fram til midten av 1970-tallet, mens en gradvis nedbygging av institusjonsplasser ble en økende trend som har vedvart helt frem til i dag (Fjørtoft, 2016, s. 19). Alvsvåg og Tanche-Nilssen (1999, s.12) argumenterer for at det rent

ideologisk skjedde et gradvis skifte i synet på den gode omsorg fra 1970-tallet, fra institusjonell omsorg til «*hjemmet som den primære omsorgsarena*», som også innebar en tro på at det var et uutnyttet omsorgspotensial i familien og lokalsamfunnet. Det ble satset på utbygging av såkalt «åpen omsorg», der hjemmesykepleien fikk styrket sin posisjon. Det var også i denne perioden de første ideene om at ulike former for varslingsteknologier i boligen kunne bidra til å avlaste kommunehelsetjenestene (NOU 1973:26). Som historiseringen til nå har pekt på kan 1970-tallet karakteriseres som en brytningstid, der motstridende ideologiske strømninger vedrørende «hjelp til hjelpetrequende» og institusjonelle eldreomsorg foregikk parallelt. Det var derfor ikke tilfeldig, men *vilkårlig* at «teknologiske våkepraktikker» hadde sin opprinnelse i dette tiåret. Man kan ikke forklare en sosial praktikk som bruk av teknologi i helseomsorgsarbeid representerer ut ifra en årsak-virkning-sammenheng. Man må derimot kartlegge en rekke uavhengige årsaksrekker og hendelser som støter sammen og til sammen utgjør utfallet av en historisk hendelse (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 78).

En annen åpenbar makt- og dominansstruktur i hjemmetjenesten som subfelt av det medisinske og i møte med en mannsdominert teknologinæring er kjønnete maktstrukturer. I det påfølgende underkapittelet vil det derav argumenteres for at kjønnsperspektiver er av særlig relevans for å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi som politisk satsningsområde, næring og sosial praktikk innføres i kommunale hjemmetjenester uten særlig grad av motstand.

4.1.3 Kjønnete maktstrukturer i relasjon til (velferds)teknologi og (hjemme)sykepleie

Hjemmetjenesten er et subfelt av medisinen der helsepersonell slik som sykepleiere, helsefagarbeidere (tidl. hjelpepleiere) og ufaglærte assistenter er de profesjonelle agentene, som utfører pleie- og omsorgspraktikker i eldre, funksjonshemmede og andre hjelpetrequende menneskers hjem (Engström, 2012; Fæø, 2016). Sykepleieyrket (og andre pleie- og omsorgsykker) har fra fagets opprinnelse vært kvinnedominerte og underordnet en mannsdominert legeprofesjon (Schjøtz, 2003, s. 156-160). Fra

mennene entret yrket på 1970-tallet og til den dag i dag har mannsandelen ligget stabilt på 10 prosent av yrkesutøverne (Lund, 2012, s. 361). De kvinnedominerte yrkenes dominerte posisjon har for eksempel kommet til uttrykk i form av lavere lønnsnivåer enn mannsdominerte yrker (Lund, 2012, s. 262). Hjemmetjenesten som både omfatter hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie, er del av det som før ble kalt kommunehelsetjenesten og i dag kalles primærhelsetjenesten (Halvorsen et al., 2013, s. 173). Primærhelsetjenesten er en sektor som foruten å være kvinnedominert også har vært ansett som en mer lavteknologisk sektor for «vedlikeholdsomsorg» med en lavere grad av prestisje, sammenlignet med den høytteknologiske og kurative spesialisthelsetjenesten (Larsen, 2009; Martinsen, 2003). Sektoren er også preget av en høy andel ufaglærte og ustabile arbeidsbetingelser der omsorgsarbeidet i økende grad utføres av migranter (K. Christensen & Syltevik, 2013, s. 162-163).

Sykepleiere og annet helsepersonell har gjennom historien måttet forholde seg til medisinsk-teknisk utstyr og instrumenter fra en mannsdominert teknologibransje (Sandelowski, 2000). Teknologibransjen har vært og er fremdeles mannsdominert, uavhengig om det tilbake i historien handlet om stetoskopet, termometeret eller spatelen, mens det i nåtiden handler om avansert medisinsk-teknisk overvåkingsutstyr i spesialisthelsetjenesten og velferdsteknologisk overvåkingsutstyr i primærhelsetjenesten (H. Hauge, 2017). Sandelowski (2000, s. 1-25) peker i den sammenheng på at en motstand mot teknologi i sykepleiefaget både vært en måte å distingvere seg fra både den mannsdominerte legegruppen og de mannlige medisinske instrumentmakerne, samtidig som sykepleiefaget både har vært avhengig av og fått økt status på bakgrunn av tilknytningen til medisinsk teknologi (Sandelowski, 2000, s. 13). Sykepleiens befatning med og avhengighet av teknologi har også skapt kamper i feltet om hva fagets egenart og den gode omsorg egentlig er (Martinsen & Wærness, 1979).

Relatert til velferdsteknologiområdet var det særlig på midten av 2010-tallet tydelige kamper om saken blant både sykepleie- og hjelpepleiegruppen, der motstridende posisjoneringer til saken kom til syne i de respektive fagforbundenes medlemsblad

(Fagforbundet, 2013; Hustad, 2014; Norsk Sykepleierforbund & Circus reklamebyrå, 2014). Sykepleierforbundets offisielle ståsted til saken ble mer konform og tro til staten og næringens syn på saken, allerede kort tid etter den overnevnte perioden som analytisk kan defineres som «kampens hete» (se f.eks. Sykepleien, 2014; Sykepleien, 2015, 2020). Fagforbundets ståsted synes å ha vært noe mer kamppreget inntil nylig, men der dagens leder imidlertid fremstår som tro til staten og næringens syn på saken og posisjonerer Fagforbundet som overordnet positive til bruk av velferdsteknologi (Hustvedt, 2023). Tøndel og Seibt (2019, s. 245) peker på at helsepersonell tradisjonelt har posisjonert seg teknologikritisk eller mer avventende på bakgrunn av et syn på teknologi som et mulig hinder eller forringelse av den menneskelige omsorgen, men at det særlig etter en mer villet statlig politikk på området har skjedd en endring i hva som fremstår som legitimt å mene.

Kleiven (2017, s. 94) argumenterer på sin side – og i likhet med det Bourdieu (2000/2005, s. 8-13) kaller for et skolastisk syn på menneskers handlinger – for at majoriteten av helsepersonell tradisjonelt sett ikke har interessert seg for informasjonsteknologi. Den manglende interessen for teknologi blant helsepersonell gjenspeiles videre ifølge (Kleiven, 2017, s. 94) i valget om å arbeide med mennesker i omsorgsykker, som følgelig også kan være en del av forklaringen på hvorfor velferdsteknologiske prosjekter stopper opp eller fremstår som kompliserte. Feministiske perspektiver på husholdningsteknologi har derimot vist at de psykologiserte forklaringene Kleiven (2017) her fremmer snarere kan forklares på bakgrunn av et samfunnsstrukturene. Berg (1994) argumenterer for eksempel for at synet på kvinner som mindre interesserte i teknologi har ført til at kvinner har fått mindre innflytelse innen teknologiutvikling. Fremfor psykologiserte begreper slik som interessebegrepet representerer peker sosiologiske perspektiv snarere på kjønne maktstrukturer som en mulig forklaring. For eksempel har teknologi (til og med husholdningsteknologi) vist seg å først og fremst markedsføres mot menn (Berg, 1994; Hole, 1996, s. 38-39). Corneliussen og Dyb (2017, s. 176) støtter slike sosiologiske forklaringer og peker på at kvinner oftest assosieres med «menneskekunnskap», mens

menn assosieres med teknisk kyndighet. Velferdsteknologiområdet representerer i så måte både to ulike fagfelt (helse- og omsorg og teknologi), men også to kjønnede fagfelt. I praksis har trykksalarmen og annet velferdsteknologisk utstyr historisk sett blitt utviklet av unge mannlige ingeniører, men blitt tatt i bruk av unge kvinnelige sykepleiere og eldre kvinnelige tjenestemottakere (Hole, 1996, s. 139).

Haukelien (2020, s. 227) argumenterer på sin side for at hjemmetjenesten som kontekst med dets særegne arbeidskulturelle forhold ikke er tatt høyde for når teknologiprojekter starter opp. Mye av innovasjonstankegangen bak velferdsteknologisatsningen fremmes av en mannsdominert teknisk rasjonell logikk der teknologi fremstilles som en løsning på den gammeldagse, lavteknologiske og kvinnedominerte arbeidskulturen vi finner i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Ifølge Haukelien (2020) er det snarere strukturelle forhold slik som personellmangel, manglende kontinuitet i staben og andre ressursutfordringer som kan være noe av forklaringen på hvorfor teknologiprojekter til tider blir nedprioritert – ikke nødvendigvis en kompetansemangel eller uttrykk for teknologikritiske holdninger i staben. Teknologien kan dessuten medføre skjult merarbeid og det kan være noe av forklaringen på at bruken av utstyret blir nedprioritert foran andre mer pasientnære oppgaver (Haukelien, 2020, s. 227-228), noe som følgelig kan tyde på at Kari Wærness (1984) teori om at en omsorgsrasjonell logikk fremfor en teknisk rasjonalitet som styrende for hjemmetjenestefeltets praktikker, fortsatt er i spill.

Haukelien (2019, s. 191-192) argumenterer for at helsepersonells erfaringer og tilbakemeldinger til myndighetene har lite innflytelse og påvirkningskraft på velferdsteknologiområdet. Haukelien (2020) spør seg om det handler om informantenes manglende legitimitet når eldreomsorgens øyevitner ikke blir regnet som gode sannhetsvitner, men derimot blir tolket i verste mening som en skjult profesjonskamp eller en «kvinnelig sutrekultur». Haukelien peker her på en (u)kultur som gir gjenklang til denne studiens empiriske grunnlag fra observasjonsstudier i to kommunale hjemmetjenesteavdelinger, der mulighetsrommet for å kunne gi kritiske

kommentarer til innovasjon, endringsledelse, samskaping, teknologi og all annen nymotens styringspraktikk tilsynelatende ble devaluert som bakstreversk og gammeldagse holdninger. Retter man et feltteoretisk og relasjonelt blikk på denne retorikken kan skjulte makt- og dominansforhold både innad i det medisinske felt, og mellom det medisinske felt og det byråkratiske felt komme til syne. Når pleie- og omsorgssektorens profesjonelle entrer rollen som prosjektleder som går i dialog med det private næringslivet om velferdsteknologi, kan man tenke seg at historiens sosialisering av de biologiske kjønnsforskjeller er tilstedeværende i agentenes habitus. Det vil derfor være viktig å medtenke kjønnede maktstrukturer når relasjonene i feltet og styrkeforholdene dem imellom konstrueres frem, med henblikk på å forstå og forklare felts dynamikker og hvordan praktikken som studeres ble mulig.

Oppsummert kan man peke på at hjemmesykepleien som andre deler av helsevesenet er en lavtlønnet og kvinnedominert del av offentlig sektor, mens teknologibransjen er en mannsdominert, økonomisk innbringende del av privat sektor (SSB, 2019). Det norske arbeidsmarkedet er kjønnssegregert i form av at flest kvinner jobber i det offentlige, der f.eks. 82,9 % av sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i Norge er kvinner (SSB, 2021). En mye høyere andel menn arbeider i det private næringsliv og i industrien og på tvers av sektorer ser man videre et internt kjønnshierarki der menn oftest inntar ledelsesposisjoner, mens en høyere andel kvinner enn menn arbeider deltid (Halvorsen et al., 2013, s. 104). Kunnskap om de overnevnte kjønnede strukturene i norsk arbeidsliv har relevans for å kontekstualisere feltet studien er utført (hjemmesykepleien) og den studerte praktikken (velferdsteknologisk overvåking), ettersom helsefaglige ansatte på en tilsynelatende ny og mer utpreget måte har måttet forholde seg til informasjonsteknologiske profesjonelle (dataingeniører, montører, offentlige IKT-ansatte etc.) gjennom den nasjonale velferdsteknologisatsningen (Kleiven, 2017, s. 84).

Hjemmetjenestefeltet som dagens velferdsteknologier implementeres i har historisk sett vært relativt lavteknologisk sammenlignet med spesialisthelsetjenesten (Alvsvåg,

2022b; Larsen, 2009; Martinsen, 2003). På den annen side gjøres det etter Samhandlingsreformen trådte i verk stadig mer avansert medisinsk-tekniske prosedyrer i hjemmetjenestene (Fjørtoft, 2022, s. 11-64). I samme tidsperiode har det vært en økende satsning på tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi (Fjørtoft, 2016, s. 20), som bidrar til å nyansere bildet av sektoren som utelukkende lavteknologisk. Sektoren er kvinnedominert og preget av en høyere andel ufaglærte i ansattstaben, samt manglende kontinuitet i personellgruppen og ressursmangler, der disse strukturelle vilkårene ofte feiltolkes som gammeldagse arbeids- og tenkemåter der velferdsteknologien i samme åndedrag fremmes som et teknisk-rasjonelt korrektiv (Haukelien, 2020, s. 227-228).

4.2 Det velferdsteknologiske markedets genese

Bruk av alarm- og varslingsteknologier har en lengre historie i institusjonell kontekst sammenlignet med hjemlige kontekster. Fisk (2003, s. 6) viser for eksempel til at ulike former for alarm- og varslingssystemer (ringeklokker og «buzzers») ble tatt i bruk i offentlige omsorgsboliger («sheltered housing») i perioden 1940-1960 i britisk kontekst, der det mot slutten av perioden også ble mulig med toveis-tale mellom beboer og en ansvarshavende ved bofasilitetene. En rapport av Norsk gerontologisk selskap fra 1959 drøfter arkitektoniske og tekniske aspekter i planlegging av aldershjem. Her argumenteres det for at det ville være optimalt om man installerte signalanlegg koblet opp mot vaktrommet, i likhet med systemer som fantes på sykehusene på denne tiden (Norsk gerontologisk selskap, 1959, s. 11). Et tiår senere ser det ut til at signalanlegg har blitt en norm ved bygging av sykehjem og aldershjem. I en fagutredning om planlegging og bygging av aldershjem og sykehjem, så langt tilbake som 1969, fremmes tesen om teknologiens trygghetsskapende og effektiviserende egenskaper:

*«Foruten vanlig signalanlegg fra alle pasientrom/pensjonærrrom, toalett, bade- og dusjrom og oppholdsrom, er et høytaleranlegg (toveiscalling mellom pasient og betjening) **tidsbesparende**, og det gir økt **trygghet**. Signalanlegg og kommunikasjonsanlegg er i stadig utvikling, og de fleste moderne signalanlegg*

leveres nå med telefonuttak...» (De gamles helsekomite, 1961, s. 40, mine uthevinger).

Sitatet viser at tesene om teknologiens trygghetsskapende og tidsbesparende egenskaper strekker seg langt tilbake i historien. Trygging av hjemmeboende ved hjelp av ulike former for informasjonsteknologisk avstandsoppfølging ble på den annen side et politisk tema først på 1970-tallet i Norge (NOU 1973:26, s. 63-64), mens reell bruk av mer avansert utstyr enn telefon i hjemmetjenestene først startet opp på 1980-tallet med introduksjonen av *trygghetstelefoner*, senere omtalt som *trygghetsalarmer* (Bølstad, 1985, s. 78-80).

Den teknologiske utviklingen og oppfinnelse av trådløse telefoner og personsøkere muliggjorde alarmmottak fra avstand, kontra at personalet måtte sitte stasjonært ved et høyttalersystem for toveistale (intercom ol.). Flere privatpersoner fikk fasttelefon i boligen på slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet (Norsk telemuseum, 2006, s. 44). Telefonene var dog et gode for de få til langt utover 1980-tallet, mens det i 1990 var mer unormalt enn normalt å ikke ha fasttelefon i boligen og så mange som 30 % hadde mobiltelefon på midten av 1990-tallet (Hole, 1996, s. 35). Det at flere privatpersoner fikk fasttelefon i boligen muliggjorde å tenke i retning av å bruke telefonen til varslings- og alarmsystemer også i privatboliger (Doughty, 2018, s. 25).

Amerikaneren Andrew Dibner⁶⁷ regnes som opphavsmannen bak de første prototypene av trygghetsalarm via telefon, introdusert i USA i 1974. Trygghetsalarmen var den

⁶⁷ Andrew Dibners (1926-2019) sosiale bakgrunn er i en feltoptikk interessant og relevant for å forstå og forklare selskapets suksess. Dibner hadde høy (og relevant) kulturell kapital ettersom han holdt posisjonen professor i psykologi ved universitet i Boston og hadde posisjonert seg innen fagområdet geriatri. Han var gift med sosiologen Susan Schmidt Dibner og sammen startet de Lifeline Systems, som var først ute med PERS (Personal Emergency Response System) – et system der utstyret ved aktivering fra brukeren automatisk ringte opp pårørende, helseinstitusjon eller alarmmottak (Sandmir, 2019). Dibner hevdet selv han hadde fått ideen til produktet som følge av å ha opplevd at en eldre kvinnelig bekjent hadde blitt liggende lenge på gulvet etter å ha hatt et illebefinnende, men det er også verdt å neve at hans far hadde hatt en karriere i forsikringsbransjen. Trygghetstelefonen/alarmen ble først markedsført mot privatpersoner, men salget tok seg først betraktelig opp da Lifeline markedsførte seg inn mot sykehus og andre helseinstitusjoner, som påtok seg ansvaret å anbefale produktet til utskrivningsklare pasienter i forebyggende henseende. Alarmsystemet kostet 500 dollar å få installert med en driftsutgift på 5-15 dollar i måneden i 1984, men noen sykehus opprettet fond som dekket alarmen for de fattigste pasientene (Kleinfield, 1984). Lifeline hadde en årlig omsetning på 100 millioner dollar og 470 000 brukere da det i 2006 ble solgt til Philips (Sandmir, 2019).

første velferdsteknologien som kom på markedet i Norge, og er fortsatt det mest brukte velferdsteknologiske hjelpemiddelet⁶⁸ her til lands (R. Stokke, 2018). Både USA og Storbritannia kan regnes som pionerer på området, da mye utvikling pågikk parallelt i disse landene, mens amerikanerne var først ute med å utvikle systemer der trygghetstelefon/alarm automatisk ringte opp en helseinstitusjon eller responscenter/alarmsentral. Amerikanerne var også først ute med passive systemer som automatisk varslet om bruker ikke tilbakestilte alarmknappen etter et forhåndsinnstilt tidsintervall (Fisk, 2003, s. 58). Hole (1995, s. 133) viser til at det også i Norge på midten av 1990-tallet ble skissert en mulig fremtid med bruk av det man på den tiden kalte «smarthusteknologi for eldreomsorgen», og som minner mye om det myndighetene i dag kaller for «velferdsteknologiske trygghetspakker» (bruk av flere sensorer i boligen).

Smarthuskonseptet inkluderte ulike former for automatisert styring av elektroniske komponenter slik som oppvarming, lysstyring ol. i boligen, og ble opprinnelig introdusert i det private husmarkedet i Japan og USA på 1980-tallet (Berg, 1991a, s. 2; Thygesen, 2009, s. 78), men det intelligente «computer-hjemmet» ble ingen stor kommersiell suksess (Berg, 1994, s. 176-177). Når smarthuskonseptet ble relansert i en helse- og omsorgsfaglig kontekst var begrepet utvidet til å også dreie seg om ulike varslings- og alarmsystemer (bruk av sensorer ol.) som kunne varsle ved uønsket aktivitet/hendelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Ideene om smarthusteknologi ble på 1990-tallet testet ut i boliger for funksjonshemmede og personer med demens gjennom ulike statlig støttede pilot-prosjekter (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; Thygesen, 2009, s. 79).

Smarthuskonseptet representerer – både som teknologisk innovasjon og piloteringscase i helse- og omsorgssektoren – et godt eksempel på at det er vanskelig å stadfeste om det er markedskreftene som i størst grad støtter opp under helse- og

⁶⁸ I 2017 var det 96 835 brukere av trygghetsalarm i Norge. Så mye som hver tredje hjemmeboende tjenestemottaker hadde trygghetsalarm, og det var flest brukere med høy alder som mottok slike tjenester (Mørk, Beyrer, Haugstveit, Sundby & Karlsen, 2018, s. 14-57).

omsorgspolitikken teknologioptimistiske visjoner, eller om det er politikken som i størst grad støtter opp under markedskreftene for å innfri sine effektiviseringsmål eller næringspolitiske hensyn. I lys av Bourdieus (2000/2005) teorier om relasjonen mellom det økonomiske felt og staten kan man argumentere for at det snarere er tale om et samvirke – eller et gjensidig avhengighetsforhold – der støtte fra statsmakten i form av å sette velferdsteknologinæringen og de produktene de kan levere på den politiske dagsordenen på den ene siden bidrar til å skape et marked for teknologien, mens allerede oppfunnet teknologi må ha materialisert seg for at myndighetene skal kunne komme i tanke om at dette kan være en av løsningene på «fremtidens omsorgsutfordringer». Velferdsteknologimarkedet kan på lik linje med andre marked analyseres frem som et kampfelt der ulike teknologileverandører posisjonerer seg og noen vinner terreng foran andre på bakgrunn av firmaenes kapitalvolum i møtet med feltets (markeds plassens) struktur, som også påvirkes av statlig føring og reguleringer eller firmaenes evne til å tilpasse sine markedsføringsstrategier i tråd med myndighetenes målsettinger (Bourdieu, 2000/2005, s. 71-93).

På tross av at lokale myndigheter innen bolig- og omsorgspolitik («housing and social policy») i Storbritannia tidlig anerkjente potensialet ved ulike former for varslingssystemer i offentlige omsorgsboliger («sheltered housing»), var det i denne tidsperioden ifølge Fisk (2003, s. 6) et betydelig press fra teknologinæringen («technology-push») om å profilere teknologien ut til potensielle brukere. «Technology-push» og «demand-pull» er et begrepspar som er mye anvendt i innovasjonsforskningen, som drøfter om et produkt eller en tjeneste primært er drevet frem av næringens markedsføringsstrategier eller motsatt har vokst frem av kundenes (eks. brukergrupper, myndigheter el.) etterspørsel (Di Stefano, Gambardella & Verona, 2012). Milligan et al. (2011) argumenterer for at en betydelig «technology-push» fremdeles var tilstedeværende på velferdsteknologiområdet i britisk kontekst på 2010-tallet, der markedskreftene følgelig hadde mye definisjonsmakt inn mot lokale myndigheter og iverksettere. Relasjonen mellom teknologinæringen og lokale myndigheter regnes fremdeles for å være et underforsket område av

forskningslitteraturen på velferdsteknologiområdet. Videre finnes det fra britisk kontekst flere eksempler på at næringen eller næringens interesseorganisasjoner subsidierer evalueringsforskning på området, men da ofte med en forforståelse om at velferdsteknologi udiskutabelt *skal* bli en del av fremtidens helse- og omsorgstjenester som premiss for utforskningen (Stirling & Burgess, 2021, s. 68).

Gjennomgåtte rapporter fra 1980 og 1990-tallet peker på at både representanter fra den kommersielle teknologinæringen, samt det statseide Televerket⁶⁹ også i norsk kontekst forsøkte å påvirke de helse- og sosialfaglige myndighetene til å satse mer strategisk på varslings- og alarmtjenester til eldre og andre hjelpetrequende i deres bolig (Berntzen, 1993; NOU 1980:10A; Røed-Larsen, 2015). Et annet eksempel fra nyere tid viser hvordan næringslivets hovedorganisasjon (NHO) og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter posisjonerer velferdsteknologi som en av de primære løsninger for «morgendagens omsorg» (NHO & SPEKTER, 2019). Oppsummert kan det derav pekes på at norske myndigheter i sin politikktutforming har måttet forholde seg til hva som til enhver tid har vært tilgjengelig på teknologimarkedet, men der også internasjonale impulser og utviklingen på velferdsteknologiområdet i andre land har virket inn på det helse- og omsorgspolitiske felts posisjoneringer til saken (Helsedirektoratet, 2012, s. 37-43).

4.2.1 Velferdsteknologimarkedets utbredelse i norsk kontekst i lys av statlige visjoner og kommunale realiteter

Om vi vender tilbake til smarthuseksempelen ble aldri ideen om det smarte hus en varig suksess i det offentlige markedet som en integrert del av norske hjemmetjenester eller institusjonell eldreomsorg på 1990-tallet, på tross av stor optimisme og statlig velvilje (Berg, 1991b; Laberg, 2011; Thygesen, 2009). Et betydelig fokus og satsning på

⁶⁹ Statstelegrafen hadde flere navn i den første perioden fra midten av 1800-tallet til 1960-tallet deriblant: Telegrafvæsenet, Statstelegrafen, Rigestelegrafen mfl. I 1969 ble navnet endret til Televerket (Norsk telemuseum, 2006, s. 12). Televerket var med hjemmel i lov av 29. april 1899 en statlig forvaltningsbedrift med monopol på all virksomhet i forbindelse med sending eller mottakelse av meldinger, toner, tegn, bilder ol. over kabel (tråd) eller trådløst, med unntak av kringkastingsvirksomhet eller ikke-kommersiell trådkommunikasjonsanlegg til privat bruk (NOU 1980:10A, s. 5). I 1995 endret Televerket navn til Telenor etter å ha blitt omdannet til et statseid aksjeselskap (Norsk telemuseum, 2006, s. 12).

telemedisinske løsninger i spesialisthelsetjenesten rettet mot pasienter i distrikts-Norge på 1990-tallet (Sosial- og helsedepartementet, 1999), kan være del av forklaringen i form av at dette kan ha overskygget myndighetenes fokus og satsning på alarm- og varslingsteknologier i primærhelsetjenesten. Denne tesen kan underbygges av at spesialisthelsetjenesten historisk sett har vært en større prioritet enn primærhelsetjenesten i kommunene i form av økonomisk kapital over statsbudsjettet med en betydelig større investering i avansert teknologi (Martinsen, 2003, s. 230-232).

I retrospektive diskusjoner relaterer myndighetene derimot den sakte utviklingen på velferdsteknologiområdet til både rådende kontroverser, samt etiske, juridiske og teknologiske hindringer (Helsedirektoratet, 2012, s. 35; NOU 2011:11, s. 110-111). Personvern hensyn relatert til teknologiens potensielt overvåkende egenskaper har historisk sett vært den største juridiske hindringen, i tillegg til at brukergrupper som er mest aktuelle for teknologien (personer med demens og utviklingshemmede) kan ha manglende samtykkekompetanse (Thygesen, 2019, s. 38-41). Et annet eksempel på juridiske eller forvaltningsrelaterte hindringer relaterer seg til at personer med funksjonsnedsettelse kan få innvilget ulike former for omgivelseskontroll via NAVs hjelpemiddelsentraler, mens smarthusteknologi fremdeles er på piloteringsstadiet. I praksis innebærer det at smarthusteknologi regnes som allmennteknologi som ikke dekkes av folketrygden, selv om mange av komponentene ligner på utstyret som brukes i omgivelseskontroll som det gis statsstøtte til (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017, s. 47).

Trygghetsalarm og andre former for varslingsteknologier som er knyttet opp til en respondent utenfor hjemmet er på sin side et kommunalt ansvar både finansielt og juridisk (Helsedirektoratet, 2012, s. 84-85). Er man en hjemmetjenestemottaker som har fått tildelt for eksempel en trygghetsalarm av kommunen er det i så måte hjemmetjenesten som juridisk sett har forpliktet seg til å ta ansvar for å følge opp driften av utstyret og eventuelle varsler. En person med funksjonshemming som har fått utstyret tildelt av NAV og ikke er tilknyttet de kommunale omsorgstjenestene, vil

i større grad (men ikke alltid) måtte henvende seg til sine pårørende som respondenter om de har varslingsutstyr. I en fagrapport til regjeringen fra 2017 løftes de uklare skillene mellom hjelpemidler og velferdsteknologi opp, der det foreslås at mer ansvar for dette området overføres kommunene (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Det har imidlertid alltid vært noen vesentlige kontekstuelle forskjeller mellom tradisjonell hjelpemiddeltildeling (f.eks. via kommunale fysio- og ergoterapitjenester i samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral) og nåtidens mer omfattende statlige velferdsteknologisatsning. Når det gjelder finansieringen av det velferdsteknologiske utstyret og dertilhørende tjenester er dette også et uoversiktlig landskap med stor variasjon i praksisen fra kommune til kommune. Enkelte kommuner subsidierer teknologien for å muliggjøre at eldre og andre hjelpetrengende kan bli boende så lenge som mulig hjemme, mens andre tar en mindre egenandel eller tilbyr utstyret til selvkostprinsippet⁷⁰ (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 53).

Oppsummert kan det pekes på at velferdsteknologisk utstyr og tjenester i de aller fleste tilfeller er tilknyttet en offentlig helse-, velferds-, eller omsorgstjeneste i Norge (R. Stokke, 2016, s. 7), på tross av at kommunene kjøper utstyr og tjenester av privatmarkedet og at velferdsteknologisk utstyr også kan kjøpes av privatpersoner (løsrevet fra offentlig tjenesteorganisering). Velferdsteknologi som praksis i dagens kommunale kontekster må ses i en større politisk sammenheng, med økt satsning og styring på velferdsteknologi- og e-helseområdet fra slutten av 2000-tallet for å bøte på «fremtidens omsorgsutfordringer» (Berridge et al., 2014), der den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og spesielt hjemmetjenestene i dag er blitt den primære arena for den statlige (og markedskreftenes) velferdsteknologisatsning i norsk kontekst (Berge, 2017; Kleiven, 2017; R. Stokke, 2018; Thygesen, 2019).

På tross av velvilje fra myndighetshold og en del utprøvningsprosjekter (piloteringer), var det så sent som i 2014 kun et fåtall kommuner i Norge som rapporterte at de hadde

⁷⁰ Selvkostprinsippet handler om at kostnadene for utstyr og tjenester skal dekkes av individet som nyttiggjør seg av det (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 53).

tatt i bruk velferdsteknologiske sensorer utover trygghetsalarmen, som en ordinær del av tjenestetilbudet (Hoen & Tangen, 2014). På denne tiden var det mange kommuner som hadde startet opp velferdsteknologiske pilot-prosjekter, men kun et fåtall kom forbi prosjektfasen der teknologien ble en integrert del av den daglige driften (Moser & Thygesen, 2014). Trygghetsalarmen utgjør fremdeles hjørnesteinen av avstandsoppfølgingen av eldre og andre hjelpetrequende som bor hjemme i Norge (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 6; R. Stokke, 2016, s. 5).

Hovedforskjellen mellom første- og annengenerasjons «telecare-systemer» (på norsk velferdsteknologiske trygghetspakker) og trygghetsalarmer er i så måte relatert til ideen om et «intelligent» system av sensorer i boligen basert på forhåndsdefinerte regelsett ut ifra brukernes behov. Her ser man for seg at innrettinger slik som en sengesensor innstilt på tid kan fange opp om brukeren ikke er tilbake i sengen etter et gitt antall minutter (justeres individuelt) og deretter varsle tjenestene ved et avvik i mønsteret. Et slikt oppsett vil i beste fall kunne fange opp et fall på natten og kunne varsle hjemmetjenesten og/eller pårørende (Bowes & McColgan, 2009, s. 229; Bowes, McColgan & Bell, 2006, s. 18). Et annet argument for de mer avanserte annengenerasjons-systemene relaterer seg til erfaring og forskning som peker på at det å bære et alarmsmykke eller andre synlig hjelpemidler kan være forbundet med en viss grad av stigma, der enkelte brukere følgelig velger å la være å ta på seg utstyret (Kang et al., 2010). Berge (2017a, s. 92) fant at kognitiv svikt var en faktor som bidro til at førstegenerasjonsutstyr (trygghetsalarm) av enkelte brukere ikke ble brukt. For eksempel kunne brukeren ha hatt et fall og glemt å ta med seg alarmsmykket. Enkelte brukere kviet seg for å være til bry ved å trykke på alarmen, mens andre grunnet kognitivt svikt glemte at de hadde alarm eller hvordan den virket. Berge (2017a, s. 7, 43-44) argumenterer i så måte sterkt for en overgang fra ordinære trygghetsalarmer som krever brukeraktivering til passive omsorgsteknologiske sensorer som virker i bakgrunnen for å sikre gode og selvstendige liv i hjemmet, på tross av aldring eller andre svekkelser. En ny studie fra norsk hjemmetjenestekontekst støtter synet på at «intelligente» annengenerasjons velferdsteknologiske sensorer som virker i bakgrunnen vil

kunne være bedre for særlig personer med demens (Puaschitz, Fadnes Jacobsen, Iden Berge & Sandgathe Husebø, 2023).

Analytisk kan de statlige anbefalinger om å satse på «intelligente sensorer», eller såkalte velferdsteknologiske «trygghetspakker» på 2010-tallet inspirert av særlig den britiske «telecare-satsningen»⁷¹, tolkes i retning av å være en revitalisering av visjonene om det smarte hus, som ble pilotert i helse- og omsorgssektoren på 1990-tallet – fremmet av både markedskreftene og myndighetene (Lynch, 2015; Tøndel & Seibt, 2019). På tross av sakte utbredelse pekte det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i 2021 på at det norske velferdsteknologimarkedet (både utstyrs- og tjenesteleverandører) er i vekst med en samlet markedsstørrelse på omkring 1 milliard norske kroner i årlige inntjeninger (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 51). I samme rapport – som kom ut nesten ti år etter det nasjonale velferdsteknologiprogrammet ble etablert – viser imidlertid rapportering fra norske kommuner at det fremdeles er trygghetsalarmen som er mest utbredt i norske kommuner, men at noen flere kommuner også har satset på velferdsteknologisk utstyr slik som elektroniske medisindispensere, lokaliseringsteknologi (GPS) og digitale tilsyn (Breivik, Rotvold & Boysen, 2019, s. 18; Helsedirektoratet et al., 2021, s. 6). Det velferdsteknologiske markedet posisjoneres på tross av 1 milliard norske kroner i årlige inntjeninger av myndighetene som beskjedent, men i vekst. Med det nasjonale leverandørutviklingsprogrammets tiltak knyttet til innovative anskaffelser og norske

⁷¹ «Telecare» (omsorgsteknologi) beskrives av britiske myndigheter som et automatisk og system av sensorer i hjemmet som kontinuerlig kan monitorere potensielle farer eller brukerbehov – og enten stenge ned ulike systemer i boligen eller trigge en menneskelig respons (Department of Health (UK), 2011, s. 4). Hovedmålsettingen med å bruke telecare-systemer i boligen er ifølge britiske definisjoner (som senere ble tatt opp i «policy-tro» forskningsrapporter) å muliggjøre at borgerne til å forbli trygge og selvstendige så lenge som mulig i eget hjem (Bowes & McColgan, 2013, s. 33). Utstyr slik som røykvarslere, trygghetsalarmer, sengesensorer, fallsensorer, bevegelsessensorer eller fuktdetektorer var eksempler på teknologier som kunne bli koblet sammen i ideen om et intelligent «telecare-system», og videre var koblet til en personlig hjemmesentral (hub) som rutet signalene til et responscenter eller annen form for responstjeneste i «andre enden» (Bowes et al., 2006, s. 17-18; Henderson et al., 2014, s. 795). Rasjoalet bak satsningen relaterer seg til et syn på aldring og alderdomsrelaterte utfordringer, som noe truende som må bøtes på ved hjelp av en rekke trygghetssystemer i boligen, noe de tidlige markedsføringsstrategiene som nevnt bygget mye på (Fisk, 2003, s. 7).

kommuners videre arbeid med implementering av velferdsteknologi som en del av ordinær tjeneste, spår myndighetene videre vekst og lønnsomhet for velferdsteknologimarkedet i Norge (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 51). På den annen side viser en rekke studier fra «velferdsteknologi-piloteringer» i norske kommuner til at det velferdsteknologiske markedet er umodent, der helsepersonell til dels ufrivillig må bidra i optimaliseringen av teknologien, men også må hankes med mye feil om mangler ved teknologien (Batt-Rawden et al., 2017, s. 15-17; Karlsen, Haraldstad, Moe & Thygesen, 2019, s. 20-21; Kleiven, 2017, s. 95), noe denne avhandlingens empirisk-teoretiske drøftelser i andre og tredje analyse- og drøftingskapittel også vil løfte frem.

4.2.2 Responstjenester som tjeneste, kampområde og del av det velferdsteknologiske markedet

Fra introduksjonen av ordinære trygghetsalarmer på slutten av 1980-tallet i Norge, har kommunene stått relativt fritt til å organisere mottak og respons på alarmer ut ifra lokale vurderinger og mulighetsbetingelser. Alt fra legevakt, brannvesen, hjemmetjeneste og sykehjem er eksempler på organisasjoner som har hatt og fremdeles har ansvar for alarmrespons fra trygghetsalarmer (PA Consulting Group, 2014, s. 25). Det er også en rekke private selskaper som tilbyr responstjenester. Private tilbydere skiller seg fra de offentlige løsningene ved at de ofte tilbyr andre tjenester i tillegg til det velferdsteknologiske, som f.eks. innbruddsalarmer med dertilhørende vektertjenester (PA Consulting Group, 2014, s. 131). Tjenestene leveres fra eksternt lokaliserte responscenter, som organisatorisk ligner mye på det man forbinder med tradisjonelle «call-center», der en rekke ulike forespørsler besvares via telefon (Fensli et al., 2016b).

Alle former for avstandsoppfølging, det være seg telefonoppringning, ordninger der uformelle omsorgspersoner følger opp hjelpetrengende eller bruk av velferdsteknologi, krever at det er noen som svarer og agerer på ulike former for varsler om avvik eller hjelpebehov. I en rapport fra 1980 vises det til at avanserte varslings- og alarmsystem i boligen i liten grad hadde blitt testet ut på 1970-tallet og at en arbeidsgruppe i regi av Sosialdepartementet arbeidet med å utrede behovet og nytteverdien av en oppskalering av bruken av denne type teknologier. Et av spørsmålene arbeidsgruppen utredet var

hvilken del av hjelpeapparatet varslingssystemene burde knyttes til. Kommunene ble følgelig anbefalt å vente med bemanning av varslingsanlegg som en alminnelig del av tjenestene på daværende tidspunkt (Forbruker- og administrasjondepartementet, 1980, s. 20). På den annen side vises det i en NOU-utredning om Televerkets fremtid til at Televerket hadde vedtatt å tilby en offentlig alarmoverføringstjeneste (også for trygghetsalarmer) fra 1980 (NOU 1980:10A, s. 43-44), men at det derimot var knyttet usikkerhet til om Televerket ville engasjere seg med helhetlige responstjenester i konkurranse med private vaktsselskaper. Konklusjonene i NOU-utredningen var at et slikt engasjement burde vente til etter 1985 og da eventuelt bare i form av å tilby utleie- og installasjonstjenester. På den annen side ble det argumentert for at Televerkets fordel til sammenligning med private alarmoperatører var relatert til monopolet på telenettet som Televerket besatt. Andre fordeler med å engasjere seg var ifølge utvalget at Televerket da ville bli i posisjon til å bidra i utviklingen på fagområdet (alarmoverføring) som del av en rekke nye teletjenester for fremtiden (NOU 1980:10A, s. 204-205).

Oppsummert kan det pekes på at det fra trygghetsalarmen ble tatt i bruk på 1980-tallet har variert om det har vært offentlige eller private aktører som har stått ansvarlige for responstjenester i norsk kontekst (Hole, 1996; PA Consulting Group, 2014). I NOU 1973:26 (s. 63), beskrives «beredskapssentraler» som et viktig tjenesteelement når automatiske alarmsystemer som mulig fremtidig tjenesteelement diskuteres. På 1990-tallet og frem til inntil nylig har begrepet *alarmmottak* eller alarmsentral blitt brukt om slike sentre (PA Consulting Group, 2014), hvorpå det med den statlige reetableringen av velferdsteknologisatsningen på ny ble snakk om styring av velferdsteknologiske *responsentre*⁷² fra myndighetshold (Helsedirektoratet, 2016). Uavhengig av begrepsbruken har det vært ulike måter å organisere respons på varsler fra velferdsteknologisk utstyr gjennom historien, der det tilbake til etableringen av

⁷² Muligens er dette navnebyttet inspirert av britisk terminologi, der det tales om «*call centers for telecare*» (Roberts et al., 2012).

trygghetsalarmtjenesten på midten av 1980-tallet i Norge og til i dag har vært diskusjoner om forholdet mellom offentlige og private responstjenester (Fensli, Vatnøy, Svagård & Boysen, 2016a; Helsedirektoratet, 2016; PA Consulting Group, 2014). I dag drøftes og utprøves fremdeles ulike modeller, der det særlig relatert til lokaliseringsteknologi, men også velferdsteknologiske alarmer i boligen, fra myndighetshold foreslås at pårørende kan ta en del av ansvaret for alarmresponderingen (NOU 2011:11, s. 120-121) – uten at de praktiske og sosiale implikasjonene av denne type ansvarsoverføring til pårørende i særlig grad drøftes. I lys av den foregående gjennomgangen av kjønnede maktstrukturer og kvinnenes betydelige rolle i både formell og uformelt omsorgsarbeid fremstår det som underlig at slike forslag fremmes fra både myndighetshold, «policy-tro» forskning (Fensli et al., 2016b, s. 55) og kommunale prosjektrapporter (Røhne & Holmesland, 2016, s. 28), uten videre drøftelser av mulige implikasjoner av denne ansvarsoverføringen.

Med unntak om forslagene om økt pårørendeinvolvering organiseres responstjenester for velferdsteknologi i dag ganske likt med det noe kaotiske bildet fra 1980-1990-tallet, der et konglomerat av løsninger fortsatt finnes (PA Consulting Group, 2014). Noen kommuner bruker eget dedikert helsepersonell i lokale responssentre, brannpersonell eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten til å svare på alarmene, mens andre til og med har valgt direkte respons i helsepersonells lommer (via smarttelefoner) (Fensli et al., 2016b; PA Consulting Group, 2014). I en konsulentrapport på oppdrag fra myndighetene oppgis det at majoriteten av norske kommuner selv tar ansvar for alarmresponderingen, mens omkring 15 % (av de spurte kommunene) oppgir å bruke kommersielle alarmselskaper⁷³ (PA Consulting Group, 2014, s. 25).

Forskjellen fra tidligere tider synes først og fremst å være relatert til at akuttjenester slik som AMK og legevakten i mindre grad enn tidligere tar på seg ansvaret for

⁷³ Denne prosentandelen virker lav ettersom en den markedsledende kommersielle aktøren SOS International Trygghetssentralen alene i 2014 oppga å levere tjenester til 110 av Norges kommuner og 32 000 brukere av trygghetsalarm (PA Consulting Group, 2014, s. 132).

trygghetsalarmtjenester (kun 3% på legevakt i den overnevnte rapporten). I noen få store norske byer er det dessuten etablert større responsentre med dedikerte utrykningsteam som rykker ut på velferdsteknologiske alarmer og problemstillinger med henblikk på å avlaste hjemmetjenesten for denne type arbeid (Farshchian et al., 2017). Denne modellen ligner mye på måten responsentre er driftet i Storbritannia, hvorpå den største forskjellen er relatert til at man i britisk kontekst i mye større grad aksepterer ufaglært personell både som operatører og utrykningspersonell, så sant de får den rette opplæringen (Roberts et al., 2012).

På bakgrunn av gjennomgangen kan alarmmottak/responstjenester posisjoneres som et kampområde relatert til velferdsteknologi som sosial praksis gjennom historien, som i stor grad har dreid seg om hvordan respons på alarmer og varsler fra teknologien skal organiseres og hvem (offentlige tjenester, private markedstilbydere eller pårørende) som skal ha ansvaret for respons og agering på alarmene. I den sammenheng kan det synes som at myndighetene i forbindelse med opprettelsen av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og arbeidet med myndighetenes anbefalinger relatert til responsentre, vurderte om staten skulle ta mer styring over responstjenester for velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2016). Det var ventet at økt bruk av velferdsteknologi kunne øke både alarmfrekvens og kompleksitet, noe som kunne skape merarbeid og belastninger i hjemmetjenestene om de ikke ble hensyntatt fra myndighetshold (Boysen, Svagård & Ausen, 2016).

For eksempel var det på et tidspunkt forslag om å pilotere et statlig driftet responsenter, som norske kommuner kunne gis mulighet til å kobles opp imot. Denne visjonen ble etter hvert nedtonet til at den en kommune fikk i oppdrag å etablere en kommunal responsentertjeneste, samt gjennomføre en anskaffelsesprosess av såkalte velferdsteknologiske «trygghetspakker». Hensikten med oppdraget fra Helsedirektoratets side var at dette senteret kunne bistå andre kommuner og gå foran som et eksempel til etterfølgelse for andre kommuner i overgangen fra analoge til digitale sensorer (Askedal & Sjaavaag, 2016). Fra myndighetenes side var det ønskelig

å evaluere kostnader og beste organisering av responstjenester, da også i sammenheng med kommunale akuttjenester og muligheten for å starte opp telemedisinsk oppfølging. Den aktuelle kommunen fikk og har fortsatt ansvar for driften av dette responscenteret, men mange norske kommuner og større teknologileverandører slik som Tellu (Telenors velferdsteknologisatsning) valgte å koble seg opp mot dette senteret (Askedal & Sjaavaag, 2016).

Flere kommunale og regionale responscenter startet opp i denne overgangsfasen fra analoge til digitale trygghetsalarmer, noe som også kan antyde en dreining mot enda mer offentlig regi for denne typer tjenester i relasjon til en økt statlig styring av velferdsteknologisatsningen. Denne avhandlingens case-kommuner var ved studiens start i 2016, også i prosess med å omorganisere sine responstjenester for velferdsteknologi, hvorpå første case-kommune valgte en lokal organisering, mens den andre case-kommunen valgte en ekstern løsning i regi av valgte kommersielle utstyrsleverandør.

4.3 Hjemmet som hushold, privat sfære og arena for informasjonsteknologisk overvåking

Aldring i hjemmet og en boliggyøring av eldreomsorgen har, som historiseringen løfter frem, vært en politisk målsetting i mange tiår (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999; K. Christensen & Wærness, 2018; Jacobsen & Mekki, 2012). Fra myndighetshold er hjemlig eldreomsorg ønskelig av samfunnsøkonomiske hensyn, der denne politikken tilsynelatende også legitimeres av forskning som er tro til det herskende doxa om at det fleste eldre ønsker å eldes hjemme. For eksempel fremmer en rekke forskningsrapporter hjemmets trygge rammer, hjemmets gode minner fra levd liv, og øvrige relasjonelle dimensjoner slik som naboskap og verdien av deltagelse i et

lokalmiljø (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018, s. 17), samt hjemmet som et identitetsskapende og kulturbærende rom⁷⁴, også i alderdommen (Thorsen, 2008).

Munkejord, Eggebø og Schönfelder (2018) drøfter imidlertid, basert på intervjuer med noen av de eldste (80-90-åringer) hjemmeboende eldre, hvordan hjemmet ikke i alle tilfeller er det beste alternativet. Hjemmet kan også representere et ambivalent sted i alderdommen. Minner om hva hjemmet tidligere i livet representerte (for mange familieliv og sosiale relasjoner) vekker ikke nødvendigvis kun gode minner i alderdommen, men kan også øke følelsen av ensomhet. Boliger fra et langt levd liv kan dessuten også være dårlig vedlikeholdt og lite egnet for alderdomsrelaterte svekkelser. Flere eldre særlig i distriktene bor ofte avsidesliggende til, noe som gjør dem ekstra utsatte for isolasjon og ensomhet (Munkejord et al., 2018).

Når helse- og omsorgspolitikken gradvis har skiftet arena for omsorgsutøvelsen fra en institusjonell til hjemlig kontekst, har også tilpasning eller utskifting av boligen blitt politisert som et effektivt virkemiddel for å oppnå overordnede politiske målsettinger om nedbygging av institusjonsomsorgen (NOU 2011:11, s. 89-136). Sørvoll et al. (2014, s. 21-30) peker på at ideen om å bruke boligpolitikken som et virkemiddel for hjemliggjøring av eldreomsorgen var tilstedeværende allerede i mellomkrigstiden, mens det den dag i dag er forskjell på oppgitte boligpreferanser og reell handling når det kommer til boligtilpasning eller flytting i alderdommen. Det kan være både emosjonelle og økonomiske hensyn som får eldre til å bli boende i en eldre og mindre alderdomstilpasset bolig. Flere undersøkelser peker på at mange eldre over 60 år kunne tenke seg å flytte i en moderne leilighet, men at mangel på leiligheter ofte presser prisene så høyt at ikke i alle pensjonister har råd til å skifte ut eneboligen med leilighet i sentrale strøk. I tillegg kommer den emosjonelle tilknytningen til boligen og en

⁷⁴ Thorsen (2008) referer mye til sosialantropologen Marianne Gullestad (1946-2008) som var kjent for sin forskning om hjemmet som identitets- og klassemærke og kulturelt symbol, utforsket gjennom feltstudier av hverdagsliv.

stedstilknytning, som viser seg særlig gjeldende for den eldre generasjonen (Sørvoll et al., 2014, s. 21).

Som en forklaring på forskjellene i ord og handling når det kommer til boligkjøp og preferanser peker Bourdieu (2000/2005, s. 19-39) på at hjemmet også har en dobbelt (symbolsk) mening i form av en attestering av de sosiale familiestrukturene og familiens ansikts utad – en videreføring av både sosial og materiell arv. Boligkjøperne er del av et reproduktivt felt der boligen også rommer de sosiale tradisjoner i minner og levd liv, der en preservering og akkumulering av det sosiale foregår. Med det mener Bourdieu (2000/2005, s. 21-29) at boligen på linje med klær, biler ol. også er en identitetsmarkør som kan vise huseierens synlige eiendeler, deres smak og plassering i klassehierarkier, samtidig som boligen er sentral i videreføringen av materielle rikdom (eller mangel på sådan). Videre påvirker strukturelle forhold slik som sosiale og kulturelle endringer på samfunnsplan (f.eks. tilbakegang av generasjonsboliger og økte skillsmisserater) også boligkjøperes reelle valgmuligheter. Valg og preferanser når det kommer til bolig kan i så måte ikke utelukkende regnes å være rasjonelt kalkulerende valg, men også vilkårlige og disposisjonelt orienterte.

Oppsummert føres det i Bourdieus (2000/2005) utlegginger om «husets mytologi» og boligens dobbelte (symbolske) mening en relevant teoretisk diskusjon som har vært nyttig å medtenke i denne studien, ettersom velferdsteknologi i hjemmebaserte pleie- og omsorgspraktikker baserer seg på både materielle og sosiale aspekter ved et hjem, noe som synes å være mindre vektlagt i både forskning og politikk. For det første monteres utstyret i hjemmet med henblikk på å trygge brukeren gjennom dagliglivets praktikker. Her vil arkitektoniske forhold følgelig kunne påvirke hvor enkelt eller vanskelig det er å montere ulike sensorer i boligen. Tenker man hjemmet som et hushold involverer teknologibruken ofte ektefelle eller andre familiemedlemmer i større eller mindre grad. Hvor omfattende teknologibruk man kan legge opp til kan i så måte også påvirkes av hvilke sosiale kapitaler som kan støtte opp om teknologibruken. Den sosiale dimensjonen av teknologibruk er ofte skjult, for eksempel ved at det er

noen implisitte forventninger til at familie eller andre pårørende skal understøtte denne artefakt som del av familiestrukturen og husholdet, både i forbindelse med tilpasning og øvrig administrering av det teknologiske utstyret, men også i relatert til alarmrespondering og avklaringer (Hamblin, 2022; Milligan et al., 2011; Mort et al., 2013; Roberts et al., 2012). Denne type forventninger er ikke noe unikt for velferdsteknologi, men kan i likhet med andre uformelle omsorgsforpliktelser som ikke er nedfelt i lov bygge på nedarvede sosiale normer og forventninger om gjengjeldelse av kjærlighet og omsorg på tvers av generasjonene (Sortland, 2020, s. 45).

En annen og relativt lite problematisert⁷⁵ side av implementering av velferdsteknologiske sensorer i hjemmet, er hvilke etiske problemstillinger som melder seg relatert til informasjonsteknologisk overvåking av eldre og andre hjelpetruende, og dilemmaer knyttet til personvern (Draper & Sorell, 2013; Eccles, 2010). Det er noen grenser mellom den private og offentlige sfære som brytes når man som helsepersonell entrer et privat hjem, noe som har vært mye drøftet og problematisert i lærebøker om hjemmesykepleiepraktikker gjennom historien (Bølstad, 1985; Fjørtoft, 2016; Lingås, 2011). Når det gjelder bruk av informasjonsteknologisk utstyr i boligen er overskridelse av de private grensene interessant nok lite problematisert, der teknologi snarere posisjoneres som et hjelpemiddel som kan forhindre menneskelig inngripen i privatsfæren av både uavhengige fagkommissjoner (NOU 1992:1; NOU 2011:11; Teknologirådet, 2009), forskere (Berge & Øvsthus, 2014; Thygesen, 2011),

⁷⁵ Relativiteten i denne sammenheng knytter seg til en avstand mellom ord og handling i det politisk-byråkratiske felt. For eksempel tar majoriteten av de sentrale politiske føringer som omhandler velferdsteknologi opp etiske problemstillinger knyttet til teknologibruk (Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:11). For eksempel fikk professor i medisinsk etikk Bjørn Hofmann på slutten av 2000-tallet i oppdrag av myndighetene (Helsedirektoratet) å skrive en rapport om etiske utfordringer knyttet til velferdsteknologi. Rapporten som ble publisert i 2010, tar opp både personvern og overvåkingsproblematikk, samt teknologiens potensielt isolerende egenskaper som etiske problemstillinger relatert til velferdsteknologisatsningen i Norge og andre sammenlignbare vestlige kontekster (Hofmann, 2010). På den annen side er det forskjell på å bestille en utredning på et område og i hvilken grad resultatene tas til etterretning i praktisk politikktutforming (Bourdieu, 1989-1991/2014; J. Christensen & Holst, 2020). I analysedel 1 vil det følgelig drøftes nærmere hvordan fremhevingen av etiske utfordringer fra myndighetshold snarere kan tolkes som uttrykk for en posisjonering (politisk korrekthet), som i den praktiske og reelle politikktutforming (overgang fra føringer til standarder, normkrav, lovverk ol.) i mindre grad hensyntas.

myndigheter (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018; Meld. St. 29 (2012-2013), 2013) og teknologinæringen (jfr. avsnitt 5.5.2).

Mortenson, Sixsmith og Woolrych (2015, s. 513) argumenterer for at den institusjonelle eldreomsorgen har hatt lang historisk tradisjon for overvåking, særlig gjennom arkitektoniske virkemidler som har muliggjort kontinuerlig observasjon av pasientene, mens informasjonsteknologisk overvåking er en nyere praksis innen hjemmebasert omsorg. Hjemmet som inntil nylig har vært regnet for å være en relativt lite overvåket og privat sfære, er som følge av introduksjonen av andre- og tredjegerasjons velferdsteknologi (passive sensorer og hjemmemonitorering) for å overvåke aktivitet, uønskede hendelser eller helsestatus hos hjemmeboende, blitt en arena for relativt inngripende overvåking (Mortenson et al., 2015). Bruk av velferdsteknologi som sosial praksis har også møtt kritikk og motstand på bakgrunn økt risiko for sosial isolasjon ved denne formen for tjenesteutøvelse (Eccles, 2015), men legitimeres ofte fra myndighetshold i form av argumenter om økt trygghet, helsefremming og et alternativ til mer inngripende tiltak slik som hyppige menneskelige tilsyn eller låste dører (Mortenson et al., 2015, s. 513).

Hole (1996, s. 35-41) viser til historiske kilder som peker på at det ved introduksjonen av telefonen i enkelte private hjem på begynnelsen av 1900-tallet rådet en del skepsis omkring dette informasjons- og kommunikasjonsteknologiske utstyrets mulige inngripende egenskaper i den private sfære. Det ble derav etablert regler som tilsa at telefonen skulle brukes til avgrensede, profesjonelle formål, ikke til unyttige sosiale formål. Dette historiske eksempelet er interessant på den måten at det viser hvordan vi gradvis har vendt oss til mer informasjonsteknologisk overvåking i hjemmet og vårt øvrige dagligliv, som følge av den informasjonsteknologiske utviklingen og omfattende digitaliseringen på flere samfunnsområder (Datatilsynet, 2009, 2013). At samfunnsutviklingen kan ha bidratt til en økt aksept for bruk av mer inngripende velferdsteknologisk overvåkingsutstyr i boligen kan være en del av bildet, ettersom mindre inngripende smarthusteknologi og trygghetsalarm var kontroversielt og skapte

samfunnsdebatt 20-30 år tilbake i tid (Thygesen, 2009, s. 98-99). Velferdsteknologiens inngripende og overvåkende sider som kampområde i det politisk-byråkratiske felt vil drøftes mer inngående i avhandlingens påfølgende analyse- og drøftingskapittel (kap. 5), der en analyse av posisjoneringer til teknologisk omsorg i politiske føringer fra 1970 til nyere tid vil løftes frem.

4.4 Preliminære antagelser om forskningsobjektet i lys av feltets historie og tilstedeværende maktstrukturer

De preliminare antagelser om forskningsobjektet i lys av den gjennomførte historiseringen og kontekstualiseringen kan relateres til hvordan velferdsteknologi har oppstått av noen sosiale og historiske vilkår. Før det første var det en næring som oppfant teknologien på 1960-1970-tallet og derav skapte et marked, men samtidig har gjennomgangen til nå argumentert for at vestlige velferdsstater i høy grad og gjennom ulike virkemidler har bidratt og fortsatt bidrar til å stimulere fremveksten av dette markedet. Videre er det visse brukergrupper (særlig eldre) i bestemte kontekster (særlig hjemmetjenesten), som fremstår som den primære brukergruppe og kontekst for velferdsteknologisk overvåking som sosial praktikk. I den sammenheng er den noen makt- og dominansforhold, deriblant kjønnede – men også profesjonsrelaterte – som peker i retning av at det er noen som innehar makten og dominansen til å definere at velferdsteknologi nå er et nasjonalt satsningsområde. På motsatt vis er det noen – på bakgrunn av deres disposisjoner i retning av et lavere ressursnivå (kapitalvolum) – som ender opp som iverksettere av de statlige visjoner. I den sammenheng er maktasymmetrien mellom stat og kommune et relasjonelt forhold som vil drøftes mer inngående i avhandlingen. Videre fremstår maktforholdet mellom markedskreftene og offentlige helse- og omsorgstjenester som del av en norsk velferdsstatlig kontekst – i tillegg til de kjønnede makt- og dominansforhold som dette møtet impliserer – som aktuelle kontekstuelle maktforhold å medtenke. I forlengelse av det har det relasjonelle forholdet mellom sykepleie og andre velferdsstatlige semi-profesjonelle profesjonsyrker som underordnede iverksettere/utførere i det medisinske felt blitt løftet

frem, hvorpå det vises til at hjemmesykepleie kun er et relativt autonomt felt underlagt det medisinske felt og dette feltets tette bånd til staten.

Oppsummert kan man peke på velferdsteknologi er et politisk satsningsområde i vestlige velferdsstater som har de rette ressursene (økonomiske, sosiale og kulturelle kapitaler) som kreves for å gjennomføre denne satsningen, men som også på bakgrunn av demografiske utfordringer – slik som en aldrende befolkning – har en særlig grunn til å gjennomføre satsningen. Velferdsteknologi som sosial praksis utøves i forlengelsen av en hjemmebasert omsorgspolitik som har gjort seg gjeldende i vesten over en lengre historisk periode. Det er altså ikke i utviklingsland med en lav gjennomsnittsalder i befolkningen og få statlige velferdsordninger som utgjør den aktuelle kontekst der det har blitt satset på velferdsteknologi, men snarere godt utbyggede velferdsstater slik som Norge er et eksempel på (Berridge et al., 2014).

Videre har noen relasjonelle og sosiale forhold – både i den tjenesterelaterte (hjemmetjenesten som subfelt av det medisinske felt) og hjemlige kontekst – fremstått som relevante å medtenke i denne studien. For å forstå og forklare hvordan eksempelvis helsepersonell – men også tjenestemottakerne og deres pårørende – posisjonerte seg til saken (velferdsteknologiske installasjoner i boligen), har noen av de sosiologiske perspektivene på hva en bolig også er: et hjem, et hushold, men også et profesjonelt rom/arbeidsplass, blitt løftet frem. Videre har gjennomgangen pekt på noen makt- og dominansforhold og kamper i feltet om hjemmet som privat sfære i relasjon til bruk av teknologi i omsorg, som måtte medtenkes i denne studiens søken etter svar på hvordan det kan ha seg at helsepersonell, tjenestemottakere og deres pårørende posisjonerer seg som de gjør til velferdsteknologisk overvåking. Denne preliminnære innkretsen av feltet og praktikken som studeres – samt fortidens og nåtidens maktforhold og kamper herav – har i så måte vært et første viktig steg på veien mot å innta en praxeologisk forskerposisjon der man inntar en *radikal tvil* til statlige prekonstruksjoner og kategoriseringer.

5. Analyse- og drøftingskapittel 1: kamper om teknologisk overvåking i produksjonsfeltet

I dette kapittelet søkes svar på forskningsspørsmål 1 og 2 om hvor velferdsteknologi-praktikkene i hjemmesykepleien kommer fra og hvordan de begrunnes politisk. I den sammenheng ble det som nevnt i kapittel 3 gjort en registrantanalyse av regjeringsdokument og offentlige utredninger på oppdrag fra regjeringen (NOU-er), som omhandler (eller er relevant for å forklare) bruk av teknologi i pleie- og omsorgstjenester fra perioden 1970-2013. Det ble i tillegg sett på dokumenter i perioden før 1970 på veien mot å identifisere praktikkens genese, hvorpå et politisk dokument fra 1973 ble identifisert som det første som omtalte ulike sikkerhets- og alarmteknologier i en hjemmebasert kontekst (NOU 1973:26). Analysene viser i så måte at den norske staten begynte å argumentere for velferdsteknologi i 1973.

For å kunne forstå og forklare målsettingen om teknologisk overvåking av hjemmeboende sin sosialhistoriske genese, har jeg analysert frem det sosiale rommet (staten, markedet og hjemmetjenestefeltet) som gjorde bruddet mulig. Bourdieus teori om staten fungerer som teoretisk ramme rundt analysene av produksjonsfeltet, hvorpå analysene av de politiske dokumentene og teknologinæringens markedsføringsstrategier som posisjoneringer om velferdsteknologi-praktikker viser at det gjennom historien har foregått kamper om saken som kommer til uttrykk gjennom heterodexe, ortodexe og doxiske posisjoneringer. Avslutningsvis vil det argumenteres for at posisjoneringene om velferdsteknologi som oppstod i 1973, kan bidra til å forstå og forklare nåtidige posisjoneringer om velferdsteknologi, slik de kommer til uttrykk både i regjeringsdokument og teknologifirmaenes markedsføringsstrategier, der både staten og næringen i så måte har bidratt og fremdeles bidrar til å forme det herskende doxaet om saken slik det fremstår i nåtiden.

5.1 1970-1979: ideen om informasjonsteknologisk overvåking av hjemmeboende introduseres

NOU 1973:26 *Eldres helse, aktivitet og trivsel* ble identifisert som det første dokumentet fra statlig hold som tar opp bruk av ulike former for varslings- og alarmteknologi rettet mot eldre hjemmeboende. Utredningen var del av en rapportserie som ble skrevet av den regjeringsoppnevnte Komitéen for eldreomsorgen⁷⁶. Denne komitéen hadde i 1966 levert en innstilling om hjemmehjelp, i 1969 en innstilling om institusjoner og i 1970 en innstilling om boliger for eldre (NOU 1973:26, s. 1-2). Den fjerde og analyserte innstillingen (1973) hadde et bredere mandat: å utrede hvilke tiltak som i et helsefremmende og forebyggende perspektiv kunne bidra til eldres helse, aktivitet og trivsel (NOU 1973:26, s. 2). Utredningen retter i hovedsak fokuset mot hjemmeboende eldre med forslag til miljøpolitiske tiltak for å fremme eldres muligheter for å stå lengre i arbeidslivet, samt ulike forslag til hvordan eldre selv kan planlegge og legge til rette for en god og trygg alderdom. I innledningen gis det en gjennomgang av hvordan eldreomsorgen har vært organisert gjennom historien. Utvalget trakk videre frem arbeidet til De gamles helsekomité som allerede tilbake på 1950-tallet hadde posisjonert seg dit hen at det var samfunnets ansvar å stimulere til at eldre kunne klare seg lengst mulig utenfor institusjon (NOU 1973:26, s. 2-10).

Komitéen for eldreomsorgen (1966-1973) posisjonerte seg derimot mer tvetydig i sine innstillinger om hva grunnpilaren i eldreomsorgen burde være. Hjemlig omsorg hadde i komitéens første utredning blitt fremmet gjennom anmodninger om at staten skulle bidra med finansielle støtteordninger til kommunenes hjemmehjelpstjenester, som senere ble vedtatt i Stortinget i 1969 (Sosialdepartementet, 1969, s. 7). På den annen side var komiteen tydelig på at en betydelig styrking og utbygging av institusjonsplasser også var nødvendig og hensiktsmessig for å møte økningen i eldrebefolkningen i fremtiden (Sosialdepartementet, 1969, s. 9-12). Det vies videre i

⁷⁶ Komiteen bestod i stor grad av høytstående posisjoner og sakkyndige slik som en direktør, en lege, samt flere byråkrater og politikere, i tillegg til en pensjonist og en husmor (NOU:1973:26, s. 1).

utredningen en betydelig oppmerksomhet til demografiske beregninger og prognoser, der det ytres bekymring over at antallet eldre over 70 år ventes å øke helt frem til 1995.

Det at statistiske beregninger og fremtidsscenarioer (harde tall og fakta) vies så stor plass i utredningen kan også tolkes som en form for legitimeringsstrategi for den kursendringen utvalget fremmer, på vegne av staten. Ved å fremstå som nøytrale fagekspertter på vegne av staten og vise til fakta og beregninger har kommisjoner den symbolske makten som kreves for å skape et offisielt syn, som senere blir det naturaliserte – det som ingen lenger stiller spørsmål ved (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 114). Man beveger seg slik sett fra et deskriptivt til et normativt plan gjennom denne «seremonielle praktikken», der kommisjoners posisjoneringer kan være særs virkningsfulle i å endre hele grupper av befolkningen, eller opposisjonens syn på en bestemt politisk sak. Det er derimot ikke alltid slik at et konsensus oppnås offisielt, men man lykkes derimot med å gradvis bevege doxa og transformere hva som (stiltiende) tas for gitt (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 34).

Om vi vender tilbake til hvordan teknologisk omsorg posisjoneres på 1970-tallet er telefonkontakt et eksempel på et teknologibasert tryggingstiltak som posisjoneres som betydningsfullt av Komitéen for eldreomsorgen, der det følgelig vurderes som kritikkverdig at ikke alle pensjonister har tilgang på telefon i boligen på denne tiden (NOU 1973:26, s. 88-89). Det vises til at telefon som teknologisk hjelpemiddel kan gjøre den gamle mer selvhjulpen og øke trygghetsfølelsen for enslige hjemmeboende. Av statlige initiativer for å fremme telefonbruk fremgår det at det statseide Televerket hadde en behovsprøvningsordning der pensjonister kunne slippe å betale deler av telefonkostnadene, samt en ordning via sosialkontorene der en viss gruppe mennesker med særlig behov for telefon ble gitt gratis adgang. Videre vises det til at enkelte kommuner også hadde støtteordninger til telefon. Komitéens posisjonering til telefon var videre at det burde være et mål at alle eldre som bodde alene fikk telefon for å sikre både trivsel og trygghet. Videre viste komiteen til ulike former for telefontjenester for å følge opp eldre fra avstand, som på dette tidspunktet var velutprøvd i både Sverige,

Canada og Sveits, men som ennå var lite utprøvd i Norge (NOU 1973:26, s. 88-89). Telefonsjener kunne innebære at pensjonister ringte til hverandre for å høre om alt stod bra til og at det ble varslet om man ikke fikk tak i en person i «telefonkjeden». En annen utprøvd løsning i Sverige var at de eldre selv kontaktet en sentral for å rapportere sitt velbefinnende eller hjelpebehov til en hjemmehjelper eller sykepleier, som videre kunne rykke ut ved behov (NOU 1973: 26, s. 89-90). Et alternativ til telefonsjener eller andre rutinebaserte tilsynsordninger av vaktmester, naboer eller bekjente var et forslag om en ordning der hjelpetrengende eldre skulle markere en nødsituasjon ved å henge et tegn i vinduet (NOU 1973: 26, s. 63).

Som gjennomgangen til å nå har vist fremmes det allerede tilbake til 1970-tallet en rekke teser om informasjonsteknologiens lovende egenskaper for å fremme økt sikkerhet og trygghet for spesielt enslige hjemmeboende eldre. Tesene om at teknologien skulle kunne bidra til innsparinger for helse- og omsorgstjenestene synes også å være tilstedeværende, om enn mer implisitt. For eksempel så man for seg at visuelle eller informasjonsteknologiske systemer via en beredskapssentral kunne varsle om den eldre trengte hjelp. Ideen minner mye om dagens visjoner om avstandsoppfølging («care at a distance») ved hjelp av velferdsteknologi, mens det i motsetningen til i dag fremstår som uavklart på 1970-tallet hvem som evt. skal stå ansvarlig for alarmrespondering og utrykning om slike systemer skal settes i verk.

Komitéen for eldreomsorgen var også opptatt av at hensyn til personvern, verdighet og autonomi i forbindelse med teknologibruk ble ivaretatt (NOU 1973:26, s. 63). I utredningen vises det til en spørreundersøkelse der eldre ble spurt om ulike former for tilsyns- og varslingsordninger slik som nabo- eller vaktmestertilsyn, daglig oppringing fra en hjelpesentral eller en nødsentral de selv kunne kontakte, hvorpå det var flest positive holdninger til tryggingstiltak som ikke medførte vesentlig inntrengen i privatlivet. Det vises videre til at det finnes en rekke alarmsystemer på markedet, slik som en «kontaktgiver» som kan monteres på en dør, seng, kjøleskap eller klosettskål som ved hjelp av tidsinnstillinger automatisk varsle ved avvik fra den Eldres vanlige

rutiner som tidsinnstillingen er basert på. Komitéen mente imidlertid at det kunne være en rekke utilsiktede konsekvenser av denne teknologibruken, som for eksempel at pårørende så det mindre nødvendig å besøke den eldre og derav føre til mindre sosial kontakt. Komitéen mente videre at det eksisterte for lite dokumentasjon på effekter, men viste til et forsøk på alarmapparater som skulle testes ut i Sverige og muligens kunne svare på om de eldre følte seg overvåket eller mer sosialt isolerte som følge av teknologibruken. Komiteen mente herav at det burde nedsettes et utvalg som kunne utrede de ulike alarmsystemene som eksisterte på markedet (NOU, 1973:26, s. 63). Som gjennomgangen viser, fremstod komitéen som forsiktig avventende og noe tvetydige i sine posisjoneringer til teknologiske tryggingssystemer, noe sitatet under også peker på:

*«Det forekommer fra tid til annen at eldre blir funnet døde i sine boliger, eller de er blitt funnet i en sterkt forkommen tilstand etter å ha ligget hjelpeløs kanskje i dagevis. Det er derfor viktig å etablere tiltak som kan gi den enkelte en følelse av trygghet og hindre at vedkommende lever i en stadig angst for å ikke få hjelp under plutselig sykdom eller i andre **krisesituasjoner**. Spørsmålet om å finne frem til et hensiktsmessig tryggingssystem reiser ikke bare praktiske problemer. Det er i høy grad også spørsmål om å gi trygghet og forvissning om hjelp uten at den virker som **kontroll, umyndiggjørelse** eller inngrep i den enkeltes **selvstendighet**» (NOU 1973:26, s. 63 mine uthevinger).*

Sitatet fremmer en rekke teser (uthevet) om at det å være gammel og alene innebærer en fare for ens sikkerhet, der teknologiens sikrende og tryggende egenskaper følgelig hevdes å kunne bøte på dette. På den annen side stilles det spørsmålstegn ved teknologiens umyndiggjørende og invaderende sider, samt teknologiens mulige isolerende konsekvenser ved at pårørende vurderer det mindre nødvendig å besøke sine eldre slektninger.

Mens bruk av teknologi i hjemmet får noe oppmerksomhet i utredningen, er det derimot mellommenneskelige relasjoner i eldreomsorgen som har det dominerende fokuset. For eksempel fremmes betydningen av lokalmiljøet og Eldres kontakt med naboer og familie for en god alderdom, tidlig i dokumentet (NOU 1973: 26, s. 21-26). Verdien av

mellommenneskelige relasjoner fremheves symbolsk gjennom bruk av fotografier⁷⁷. For eksempel brukes det et foto av en eldre mann sammen med en liten gutt (på siden etter innholdslisten), et foto av to nabokoner i prat på tunet⁷⁸, samt et foto av en yngre og eldre kvinne omkranset av dyr⁷⁹, for å tydeliggjøre verdien av henholdsvis nabokontakt og kontakt på tvers av generasjonene. Betydningen av klubber, foreninger og andre aktivitetstilbud for eldre fremmes som svært viktig for velferd og generell trivsel (NOU 1973:26, s. 61-101). Hele elleve fotografier brukes for å underbygge budskapet om verdien av ulike sosiale aktiviteter og trivselstiltak for eldre, som for eksempel et fotografi av en transporttjeneste for eldre⁸⁰, pensjonister utenfor en buss klare til å dra på tur⁸¹, en eldre kvinne deltar på en håndarbeidsgruppe⁸², en eldre mann som deltar på et matlagingskurs⁸³, dans på et eldrecenter⁸⁴, bokutlån ved et alderssenter⁸⁵, eldretrim⁸⁶, kaffedrikking på en eldrekafeateria⁸⁷ og en eldre mann som spiller gitar og synger for en forsamling på et dagsenter⁸⁸.

Også i passasjene om det offentlige hjelpetilbudet i kommunene og mer helserettede velferdstiltak, fremheves den mellommenneskelige dimensjonen som viktig ved hjelp av bildebruk. Et bilde av en blid og imøtekommende hjemmehjelp som med et glimt i øyet titter bort på en eldre pensjonist mens hun samtidig vasker gulvet⁸⁹, kan tolkes dit hen at relasjonen mellom den hjelpetrengende og profesjonelle fremmes som noe verdifullt. I teksten under bildet står det at kommunene stadig satser mer på hjemmehjelp og at departementet forventer økt utbygging i årene som kommer. Personlig kontakt mellom hjelper og klient fremmes også i et fotografi med

⁷⁷ Fotografiene kan ses ved å trykke på lenken til dokumentet som er oppgitt i referanselisten.

⁷⁸ På side 23

⁷⁹ På side 25

⁸⁰ På side 77

⁸¹ På side 78

⁸² På side 81

⁸³ På side 82

⁸⁴ På side 83

⁸⁵ På side 85

⁸⁶ På side 94

⁸⁷ På side 95

⁸⁸ På side 100

⁸⁹ På side 56

undertittelen «personlig kontakt gjennom hjemmebesøk»⁹⁰, mens et fotografi av fotstell⁹¹ og hårpleie⁹² er andre eksempler der klient-hjelper relasjonen fremheves. Det presiseres at utvalget anser hjemmesykepleie og hjemmehjelp som det viktigste av alle tiltak for å gjøre det mulig for eldre å bli boende hjemme på tross av sykdom og svekkelser, og samtidig lette presset på institusjoner (NOU 1973:26, s. 51) – et narrativ som vi vil se mer av senere.

Den utstrakte bruken av fotografier av menneskemøter fremstår som både symboltung og virkningsfull ved å tegne et bilde av hva en verdig eldreomsorg kan eller bør være, der mellommenneskelige relasjoner fremmes som positivt og viktig for et godt liv i alderdommen. I Bourdieus (2000/2005) analyser av boligfirmaers markedsføringsstrategier i *The Social Structures of the Economy*, viste han hvordan maktfeltet, eller den dominante klasses smak på en ikke-bevisst måte virket som en «magisk kraft» på både reklameprodusentene og konsumentenes preferanser når det kom til foretrukne og profilerte stilarter på hus.

Bildebruken i den analyserte NOU-en kan analyseres på samme vis, som en symboltung og virkningsfull «magisk kraft» som nettopp virker, fordi den kommuniserer forhold vi alle kjenner oss igjen i; betydningen av menneskelige relasjoner slik som familie, kontakt på tvers av generasjoner og helsepersonell som har tid til den enkelte når man er i en sårbar situasjon, i tillegg til betydningen av og tiknytningen til hjemmet. Bruken av fotografier som virkemidler er betydelig og gjennomgående i NOU-en fra 1973, noe man kan argumentere for at bidrar til å tilsløre eller nyansere andre mer underliggende budskap slik som frykten for en aldrende befolkning og ressursknapphet i fremtiden, samt starten på en gradvis nedbygging av det offentlige hjelpetilbudet. For eksempel argumenteres det parallelt med fokuset på sosial kontakt og menneskemøter, også for tiltak som kan bidra til å fremme Eldres muligheter til å bo i eget hjem, samt stå lengre i arbeidslivet (NOU 1973: 26, s. 27-35).

⁹⁰ På side 61

⁹¹ På side 66

⁹² På side 67

Det kan slik sett synes som det er overgangen fra institusjonell og behandlingsrettet (tjenesteintensiv) eldreomsorg mot et hjemlig omsorgsideal der det gir status å klare mest mulig selv, som ser ut til å være den heterodoxe posisjonen på denne tiden. Dette kan være et første steg på veien mot en varig endring av doxaet omkring den «gode eldreomsorg». På den annen side fremmes det fra kapittel fire og utover i utredningen en rekke ulike forslag for å bøte på utfordringer som en aldrende befolkning i fremtiden kan møte (deriblant ulike teknologiske løsninger), mens betydningen av menneskelige relasjoner i eldreomsorgen synes å ha en mer dominant posisjon i dokumentet. For eksempel vies hjemmesykepleie, hjemmehjelp og sosiale ordninger for eldre betydelig spalteplass i utredningen, mens bruk av teknologi hos hjemmeboende eldre først og fremst presenteres som et trygging- og sikkerhetstiltak for de som av ulike grunner har lite sosial omgang eller bor alene. Slike motstridende posisjoner i samme dokument kan vitne om en pågående kamp i det politisk-byråkratiske felt om saken, med institusjonell og hjemmebasert eldreomsorg (med teknologi) som ytterpunkter (orto- og heterodoxa).

I kapittel 11 av utredningen beskrives landets Helse- og velferdssentraler, som gir assosiasjoner til dagens Responssenter for velferdsteknologi, når det kommer til den overordnede målsettingen om å stimulere til aldring i hjemmet. På den annen side var virkemidlene på 1970-tallets helse- og velferdssentraler radikalt forskjellige fra de praktikker som i dag utøves på velferdsteknologiske responssentre (varsling om nød, avvik og hjelpebehov). Selv om helse- og velferdssentralene også hadde hensikt å imøtekomme de eldres ønske (og statens visjoner) om å kunne bli boende hjemme så lenge som mulig, var majoriteten av tjenestene ved sentralene (fotpleie, hårpleie, matombrining og sosiale treff for eldre) tiltak som krevde fysiske menneskemøter (NOU 1973:26, s. 91-92). På tross av at det tilsynelatende forelå et økonomisk rasjonale bak denne type sentralisering av tjenester til eldre, ble det altså gitt relativt personellintensive tjenester for å oppnå målsettingene om å bo hjemme.

Beveger vi oss over til det andre analyserte dokumentet fra 1970-tallet; *Stortingsmelding nummer 104 fra 1972-1973 om hjemmesykepleievirksomhet*, fremmes det innledningsvis at 650 000 personer vil være over 65 år innen 1980, som følgelig vil kreve hele 25 % av den totale arbeidsstyrken (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 2-3). Stortingsmeldingen handler om styrking og omorganisering av hjelpeordningene i hjemmet (hjemmesykepleie og hjemmehjelp), der denne dreiningen i eldreomsorgen i stor grad legitimeres av disse tjenestenes samfunnsøkonomiske potensiale, slik sitatet under viser:

«En velutbygget hjemmesykepleievirksomhet etter gjeldende retningslinjer ble forutsatt å være et tilbud på helsesektoren som særlig kommer befolkningen i utkantstrøkene til gode. Virksomheten ville dessuten avlaste presset på sykehus og andre helseinstitusjoner ved at innleggelse kan unngåes, eventuelt ved at liggetiden reduseres». (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 13)

Hjemmesykepleiens lange historiske røtter ble løftet frem som et kvalitetsstempel, når det ble argumentert for at disse tjenestene kunne bli et økonomisk besparende, men likevel fullgodt alternativ til institusjonsomsorg (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 2-3). På den annen side posisjonerte Norsk sykepleierforbund (NSF) seg dit hen at hjemmesykepleien lenge hadde vært forsømt av myndighetene, både hva gjaldt finansiering eller krav om utvikling av egen faglige ekspertise (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 6). Som sitatet viser fremheves det at eldre ute i distriktene ville kunne ha særlig nytte av et bedre utbygd hjemmetjenestetilbud, samtidig som hjemmeværende sykepleiere ute i distriktene ville kunne rekrutteres tilbake til yrket (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 13-14). Videre er man i stortingsmeldingen opptatt av at hjemmesykepleie bør utvikles fra å være en nødhjelpøsning i visse situasjoner til å bli et fullgodt alternativ til opphold i sykehus eller institusjoner der økt kompetanse vil kreves. For eksempel understrekes det at leder av tjenesten bør være offentlig godkjent sykepleier, noe som vitner om et fokus på profesjonalisering av hjemmetjenestene i denne perioden. Både de midlertidige retningslinjer for hjemmesykepleievirksomhet signert av daværende helsedirektør Karl Evang og NSF's uttalelser var samstemte når det gjaldt betydningen av et kompetanseløft i

hjemmesykepleien. Videre ble kompetansebehov og personellressurser opp mot antall brukere drøftet, samt antall reduserte liggedøgn i institusjon som følge av satsningen på hjemmesykepleie (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 3-19).

Statlige virkemidler som foreslås i stortingsmeldingen omhandler sykepleiekompetansen (også relatert til teknologi), men ikke teknologi per se. Kjennskap til moderne medisinsk teknologi og tekniske hjelpemidler av relevans for hjemmesykepleievirksomhet, nevnes i sammenheng med det kompetanseløftet meldingen overordnet argumenter for. For eksempel nevnes behovet for undervisning om løfteteknikker og tekniske hjelpemidler i sykepleie, samt ekskursioner til hjelpemiddelmesser og utstillinger der sykepleiere kunne få demonstrert moderne tekniske hjelpemidler, som del av et kursopplegg i regi av Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og Statens sykepleierråd for å løfte sykepleiekompetansen (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 23-26). Teknologisk varslingsystemer i form av alarmer og sensorer i boligen nevnes ikke i meldingen, men derimot medisinsk teknisk utstyr slik som sprøyter, termometer, vaskeklut og tekniske hjelpemidler slik som rullestoler, krykker, personheiser og tørkeklosett (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 22).

Den detaljerte utstyrlisten over aktuelle tekniske hjelpemidler aktuelle for hjemmesykepleiepraksis gjenspeiler nok i høy grad virkelighetsbildet for den teknologiske utviklingen og utbredelsen i hjemmesykepleien på denne tiden. Tekniske hjelpemidler som heiseapparat er teknologier som er tilegnet for mer avansert pleie i hjemmet, til sammenligning med varslingsteknologier som i større grad retter seg mot egenomsorg og trygging i boligen. Det er slik sett overgangen fra institusjonsomsorg til omsorg i hjemmet ved hjelp av utbygging av hjemmesykepleietjenester som fremstår som det heterodoke også i denne meldingen, ikke først og fremst teknologi eller egenomsorg. Det er imidlertid interessant å merke seg at argumentasjonen for utbyggingen av hjemmesykepleie er svært lik måten teknologistøttet omsorg i dag fremstilles: som et premiss for tids- og ressursbesparelser (se f.eks. Helsedirektoratet,

2015b, s. 15). Videre rettes det et kritisk blikk på institusjonsomsorg i meldingen, både på bakgrunn av dets pasifiserende karakter og negative konsekvenser for samfunnsøkonomien (Sosialdepartementet, 1972-1973, s. 3-4).

Det understrekes imidlertid at hjemmesykepleie kun vil være et supplement til institusjonell omsorg i de tilfeller dette kan forsvares faglig, der sikring av sykepleiefaglig kompetanse i hjemmesykepleien fremmes som en viktig forutsetning for satsningen – på samme måte som det i føringer fra siste tiår argumenteres for at teknologi kun er et supplement, ikke en erstatning for menneskelig omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013, s. 28, 109; NOU 2011:11, s. 109-115). Videre argumenteres det i dag for at teknisk kyndighet og kompetanse er essensielt om velferdsteknologi skal kunne bli en integrert del av det ordinære tjenestetilbudet i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2015b, s. 9-10; 2017, s. 26). Slik sett kan det se ut som at et kompetanseløft, enten i form av en økning av høykompetente sykepleiere med kjennskap til tekniske hjelpemidler på 1970-tallet, eller teknisk kyndige sykepleiere som samarbeider tverrfaglig med ingeniører og IKT-medarbeidere i nåtidens satsning på velferdsteknologi i hjemmesykepleien, kan tolkes i retning av en legitimeringsstrategi for en mer overordnet reformering av eldreomsorgen.

5.1.1 Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 1970-tallet

Det at menneskelige relasjoner tillegges så stor betydning i utredningen kan anses å være en posisjonering i retning av mer tradisjonell (ortodoks) tilnærming til eldreomsorg, der institusjonsomsorg og andre former for offentlige tjenestetilbud til eldre har en sentral plass. Dreiningen mot mer fokus på lokalsamfunnet og slektninger som en betydningsfull ressurs i eldreomsorgen, var muligens relatert til de nye (heterdoxe) posisjoneringer og styringsprinsipper for eldreomsorgen som oppstod på 1970-tallet, slik som LEON-prinsippet, samt en begynnende desentralisering og deinstitutionalisering av tjenestene (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999). Analysen har videre pekt på hvordan tesene om teknologi som mulig problemløser for «fremtidens (eldre)omsorgsutfordringer» hadde sin opprinnelse på 1970-tallet. Teknologiens

tryggende og sikrende egenskaper fikk mer plass enn teknologiens tidsbesparende egenskaper, mens en rekke antiteser om teknologiens negative sider også fikk betydelig oppmerksomhet (inngripende, umyndiggjørende og isolerende).

Frykten for kontroll, umyndiggjørelse eller inngrep i den enkeltes selvstendighet ved bruk av tryggingsteknologier må trolig også relateres til «samfunnsånden» i denne historiske perioden. En skeptisisme eller avventende holdning til omfattende overvåking av privatlivet blant opinionen, kan tolkes i lys av at denne eldregenerasjonen hadde andre verdenskrig friskt i minne. Europa var fortsatt preget av en rekke autoritære regimer, der overvåking og kontroll av borgerne trolig ikke var noe 1970-tallets eldregenerasjon tok lett på. 1970-tallet var del av den kalde krigen med uro mellom vest og øst, der Vietnamkrigen og Watergate-skandalen satt fart på juridiske diskusjoner om personvern, ifølge rettshistorikeren Iver Tangen Stensrud (Stensrud, 2020, s. 32). Det Østtyske kommunistiske diktaturet (DDR) med overvåkningsorganet Stasi var også et skrekkeeksempel på hva massiv kontroll og overvåking av befolkningen kunne medføre (Bye & Sjøe, 2008, s. 11-13). Mediene satte i 1972 søkelys på om teknologier i fremtiden ville begrense privatlivets fred (Stensrud, 2020, s. 29). Datateknologi i offentlig forvaltning hadde vært i bruk lenge, der et overvåkingssamfunn slik George Orwells kjente fremtidsdystopiske roman fra 1948 skisserte, på denne tiden var blitt teknisk mulig. På tross av at det var knyttet stor teknologisk optimisme til «datateknikkens» effektiviserende potensiale, var man på samfunnsplan opptatt av faren for overgrep på individnivå. Aller mest bekymret var man for teknologier som kunne registrere kroppslige funksjoner. Medieoppslagene i 1972 kom i kjølvannet av den første personvernutredningen om Statlige databanker og personvern hensyn. I denne utredningen ble en rekke personvern hensyn som fremdeles er dagsaktuelle med bruken av internett, sosiale medier og «big-data», drøftet. Den første datalov om personvernregister ble utviklet og iverksatt i perioden 1970-1980, som blant annet ledet til opprettelsen av Datatilsynet (Stensrud, 2020, s. 28-29).

1970-tallet var en motsetningsfull periode der store spesielt informasjonsteknologiske fremskritt muliggjorde både økonomisk vekst og tilbakegang. Vekst i form av at en helt ny industri vokste frem, men tilbakegang som følge av at en rekke jobber ble automatiserte (Furre, 1999, s. 318). Norge ble påvirket av oljekrisen i 1973-1974, som ga verdensøkonomien en kraftig knekk og ledet til en gradvis nedbygging av velferdsgoder i mange Europeiske velferdsstater (Furre, 1999, s. 317). Norge hadde entret verdensmarkedet som oljeleverandør på begynnelsen av 1970-tallet og merket ikke den økonomiske tilbakegangen for alvor før mot slutten av tiåret, da også Norge så seg nødt til å gjøre innstramminger i offentlig sektor (Furre, 1999, s. 318-327; Kildal & Kuhnle, 2004, s. 60-61). At utbyggingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene skjedde parallelt med et tydelig søkelys på ressursknapphet og økonomiske hensyn i møtet med en aldrende befolkning i fremtiden, var ikke nødvendigvis uttrykk for et motsetningsforhold, men sammenfallende prosesser eller kamper i feltet om hvordan eldreomsorg og andre velferdstjenester best kunne løses. For eksempel ble velferdsstaten for alvor sementert gjennom lovverket på 1960-tallet gjennom Lov om sosial omsorg, for senere å møte ideologisk motstand på 1970- og spesielt 80-tallet gjennom internasjonale strømninger (OECD) om velferdsstater i krise (Kildal & Kuhnle, 2004). Mot sluttet av 1970-tallet og etter tiår med ekspansjon i helsetjenestene, ble det stilt spørsmål til om denne utviklingen kunne fortsette, der følgelig utbyggingen av primærhelsetjenesten ble satt på dagsordenen (Furre, 1999, s. 317-318).

5.2 1980-1989: økonomiske krisetider overskygger teknologiske fremskritt og muligheter

Det første analyserte dokumentet fra 1980-tallet; NOU 1982:10. *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v: spesialist-, tannhelse- og transporttjenestene, pleie, alkoholist- og barnevernsinstitusjonene, oppgave- og ansvarsfordeling, finansieringsordninger*, var en offentlig utredning av et kvantitativt stort utvalg, men med tilsynelatende lite bredde og mangfold når det kom til utvalgsmedlemmenes

sosiale posisjon⁹³. Utvalgets overordnede mandat var å utrede finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon, der arbeidet pågikk i overgangen fra Gro Harlem Brundtlands Arbeiderpartiregjering til Kåre Willochs Høyreregjering (NOU 1982:10, forord og s. 1-2). Grunntesene for arbeidet var at helse- og omsorgstjenestene på denne tiden var mange, uensartede og uoversiktlige med en uklar ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Videre var det et uttalt mål i utredningen å styrke helsetjenestene utenfor institusjon på bakgrunn av medisinskfaglige, distriktspolitiske og økonomiske fordeler (NOU 1982:10, s. 299-300). Utvalget viste til at det var politisk konsensus for en dreining mot mer desentralisert og hjemlig eldreomsorg, slik sitatet under peker på:

*«Gamle bør få **bo lengst mulig hjemme** eller iallfall i sitt eget miljø. For at dette skal kunne realiseres må hjelpeapparatet, den gamle selv og pårørende føle **trygghet**. Trygghet oppnås ved å sikre tilstrekkelig veiledning og hjelp i hjemmet gjennom utbygging av det lokale hjelpeapparatet og lette adgangen til å komme på sykehjem for kortere eller lengre avlastning eller rehabiliteringsopphold. Slik avlastning der den gamle får hvile og pleie kunne utsette eller forhindre permanent innlegging i sykehjem»* (NOU 1982:10, s. 152, min utheving).

For å underbygge posisjoneringen i retning av økt desentralisering av eldreomsorgen viste utvalget til Ot. prp.⁹⁴ nr. 36 (1980-81) *Om lov om helsetjenesten i kommunene*, der det foreslås at «*problemer i størst mulig utstrekning bør løses i lokalsamfunnet*» (NOU 1982:10, s. 152). Videre vises det til Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) *Om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen*, der sykehjemmene gis flere oppgaver med henblikk på å avlaste sykehusene. Det er imidlertid interessant å merke seg at tekniske hjelpemidler som fikk relativt stor plass i NOU 1973:26 *Om eldres helse, aktivitet og trivsel*, i liten grad følges opp av utvalget kun et tiår senere (NOU 1982:10).

⁹³ Samtlige av utvalgets bidragsytere er vurdert å inneha en høy posisjon (høyt samlet kapitalvolum), der majoriteten tilhører det helse, sosial- og omsorgspolitiske felt, det finanspolitiske felt eller det arbeids- og kommunalpolitiske felt med tilhørende byråkratiske subfelter. Det er noen fagfolk representert, dog i høye sosiale posisjoner (overlege, sjefhelsesøster, adm.dir. i Norske Kommuners Sentralforbund etc.), men ingen fagfolk fra praksisfeltet som utvalget har fått i oppgave til å utrede og foreslå omorganiseringer for (NOU 1982:10, s. 1).

⁹⁴ Odeltingsproposisjon var en betegnelse på lovforslag fra sittende regjering til Stortinget. Etter Odeltingets nedleggelse i 2009 kalles disse dokumentene for proposisjon til Stortinget (lovvedtak) med forkortelsen prop. L. (Stortinget, 2022).

Mange av forslagene til Komitéen for eldreomsorgen i NOU 1973:26 hadde dessuten fått gjennomslag og blitt videreført i en Stortingsmelding fra 1976 *Om de eldre i samfunnet* (St. meld. nr. 22 (1975-1976), 1976). Av konkrete statlige virkemidler ble det overnevnte stortingsmelding bestemt at eldre uføre og minstepensjonister kunne gis stønad til anskaffelse og drift av tekniske hjelpemidler eller endring av bolig, om dette bidro til å kunne bo hjemme eller stå lengre i arbeidslivet (St. meld. nr. 22 (1975-1976), s. 55). I likhet med NOU 1973:26 var det i stortingsmeldingen fra 1976 mye fokus på til dels personellintensive tjenester av for sosial kontakt, helse og velferd til eldre, mens teknologi som problemløser ble viet mindre oppmerksomhet. Hovedfokuset var fremdeles på overgangen fra institusjonell til hjemmebasert omsorg.

Statsviteren Hanne Marlene Dahls genealogiske undersøkelse av politiske dokumenter fra dansk kontekst i perioden 1943-2017, peker på noen av de samme poengene som historiseringen i perioden 1970-1980-tallet i norsk kontekst til nå har pekt på (H. M. Dahl, 2017). Dahls (2017, s. 106) analyser viser at diskursene om eldreomsorgen i policy-dokumenter før 1968 handlet mye om å bøte aldringsrelatert ubehag og ensomhet gjennom oppmerksomhet, vennlige konversasjoner, trøst og hygge, for eksempel gjennom besøk av hjemmetjenesten. Tiltakene reflekterte et syn på eldre som både sårbare og utsatte for ensomhet. Dahl (2017) identifiserer så et brudd etter 1968, der fokuset på ensomhet og sårbarhet forsvant fra de politiske dokumentene, for å bli erstattet av en diskurs om velvære, selvrealisering og ansvar for egen omsorg. Fremstillingen av eldre og tjenester til denne gruppen ble videre erstattet av et mye mer optimistisk syn på gruppens kapasitet, der Dahl (2017) følgelig argumenterer for at deler av omsorgsbehovet til eldre (spesielt relatert til ensomhet) ble stilltiet («silenced»).

NOU 1982:10 markerer i likhet et tydelig brudd med en paternalistisk (ortodox) eldreomsorg dominert av institusjonspleie, og peker derimot mot ambisjoner om økt individualisering av omsorgsansvaret. For eksempel vies det mye oppmerksomhet til helse- og omsorgstjenestene i kommunene (sykehjem, aldershjem, helse- og

velferdssentraler og særlig hjemmesykepleie), der desentralisering og økt oppgaveansvar i kommunene, samt ansvar for egenomsorg i likhet kan anses som det heterodoxe i meldingen. For eksempel posisjonerer utvalget seg rimelig eksplisitt når det hevdes at det kreves en helt ny ideologi i eldreomsorgen for å lykkes med omstillingen:

*«Utvalget vil understreke at det er behov for en ny ideologi i eldreomsorgen. Etter den gamle ideologien gir vi de eldre **trygghet** ved å legge dem inn i institusjoner – etter venteliste. Stikkordet er «vi overtar problemene for deg – til du dør» Etter den nye ideologien gir vi de eldre **trygghet** ved å stille opp når de trenger det – uten venteliste. Stikkordet er: «du kan stole på oss. Vi er der når du trenger oss.» (NOU 1982:10, s. 152 , min utheving).*

Utvalget peker videre på feilståtte finansieringsordninger som forklaring på at man de seneste årene har sett en økning i utbygging av institusjonsomsorgen, på tross av at politiske føringer har vært tydelige på at omsorgen bør utføres på lavest effektive omsorgsnivå (NOU 1982:10, s. 300). I den sammenheng posisjonerer utvalget seg dit hen at fokuset må gå fra kurativ behandling til forebygging, der de statlige finansieringsordningene til nå har virket mot sin hensikt ved at det har vært mer lønnsomt for kommunene å bygge ut institusjonsomsorgen, fremfor hjemmebaserte tjenester. Av konkrete statlige virkemidler for å oppnå målsettingene foreslo utvalget en betalingsordning der kommunene ble pålagt en kurdøgnpris som måtte betales fylkeskommunene om de ikke klarte å stille opp for eldre pleietrengende ved utskrivelse fra sykehus, og at tilskudd til hjemmesykepleie kunne inngå i rammetilskuddet til kommunehelsetjenesten (NOU 1982:10, s. 168-170). Til sist fremmes en tydelig desentraliseringspolitikk der sykehjem, deler psykiatrien og deler av tjenestene til psykisk utviklingshemmede (HVPU) foreslås overført fra fylkeskommunal til kommunalt ansvar (NOU 1982:10, s. 210).

I det andre analyserte dokumentet fra 1980-tallet, St.meld. nr. 41 (1987-88) (1988) om *Helsepolitikken mot år 2000*, kommer det tydelig frem at innstramminger og harde prioriteringer for helsepolitikken vil videreføres. Dette skjer på tross av at det har vært et regjeringsskifte og overgang til Gro Harlem Brundtlands (Ap) andre regjering. Det

vedvarende fokuset på innstramminger på tross av et politisk skifte mot venstresiden i politikken kan vitne om internasjonale nyliberalistiske strømninger, som ledet til økt fokus på innstrammingen av offentlig sektor (Davis, 2019b). Internasjonalt store og innflytelsesrike organisasjoner slik som OECD hadde siden begynnelsen av 1980-tallet formidlet et budskap om at vestlige velferdsstater var i krise (OECD, 1981), noe som ikke gikk upåaktet hen i Norge, men fikk politiske ringvirkninger på et litt senere tidspunkt i Norge (1990-tallet) sammenlignet med andre OECD-land (Kildal & Kuhnle, 2004).

I St. meld. Nr. 41 (1987-88, s. 7) viser regjeringen til utfordringer knyttet til en aldrende befolkning og et økt pleie- og behandlingsbehov i kombinasjon med strammere økonomiske rammer og mangel på kvalifisert personell. Regjeringen posisjonerer seg dit hen at innstramminger vil være uunngåelig. Det er spesielt WHO's rapport *Helse for alle i år 2000* og NOU 1987:23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* som brukes for å legitimere den politiske kursen i retning av mer forebyggende helsearbeid og strengere prioriteringer i spesielt spesialisthelsetjenestene. Videre vises det til beregninger gjort av OECD om 30 % økning i utgiftene til helsetjenesten som følge av befolkningens alderssammensetning er ventet innen år 2030 (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 36). For å spare må det prioriteres innen helsetjenesten, der åpen omsorg (hjemmebaserte tjenester) løftes frem som et eksempel på et område å prioritere foran institusjonsbasert omsorg (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 8).

Et helt kapittel vies til medisinsk teknologi, som ifølge regjeringen både omfatter «*høyteknologi og avanserte instrumenter, legemidler, tekniske hjelpemidler til funksjonshemmede, informasjonsteknologi, bioteknologi og prosedyrer i helsetjenesten*» (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 95). Regjeringen problematiserer derimot i denne Stortingsmeldingen bruk av teknologi ettersom medisinsk-tekniske fremskritt posisjoneres som en potensiell kilde til vekst i helsetjenesten (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 36). Regjeringen fremstår i så måte tydelig bekymret for om de

teknologiske fremskrittene fører til økte utgifter fremfor besparelser. Politiske og administrative myndigheter antas å ville innta en mer avventende rolle sammenlignet med teknologiprodusenter og profesjonelle, som ikke i samme grad vil være opptatt av de økonomiske aspektene ved innkjøpene heter det videre (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 96-97), noe sitatet under også fremhever:

«Til tross for at ny teknologi muligens kan gi bedre behandlingstilbud eller ressursinnsparing i helsetjenesten, må en bl.a. vurdere om det på lengre sikt er bedre med økt innsats i forebyggende tiltak på andre sektorer» (St.meld. nr. 41 (1987-88), 1988s. 97).

Det pekes også på et uoversiktlig teknologi- og hjelpemiddelmarked der myndighetene og helsetjenesten har lite reel påvirkning av teknologiutviklingen:

«Det mangfold av teknologi som anvendes i helsetjenesten er hovedsakelig utviklet og produsert utenfor selve helsetjenesten. Produsenter og distributører har derfor sentral innflytelse på utformingen av helsetjenestetilbudet. Hva de utvikler og produserer og siden distribuerer vil være bestemmende for hva slags teknologi som kan tas i bruk og for utformingen av helsetjenestetilbudet» (St.meld. nr. 41 (1987-88), 1988s. 95)

Det medisinsk-teknologiske markedet sammenlignes med legemiddelmarkedet som kun hadde en grossist på denne tiden, mens markedet for både medisinsk-teknisk utstyr og tekniske hjelpemidler til funksjonshemmede var uregulert med en rekke både nasjonale og internasjonale agenter og grossister (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 96). Videre problematiseres det at helsetjenestene har gjort seg avhengig av institusjoner utenfor helsesektoren og derav er økonomisk «*avhengig av en rekke industrier som forsyner helsetjenesten med teknologi*» (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 95). Regjeringen fremmer i meldingen følgelig en rekke tiltak og strategier for å sikre økt kontroll over utviklingen. For eksempel ble det på oppdrag fra helsemyndighetene satt ned et utvalg i regi av Norges allmennvitenskapelige forskningsråd som skulle se på utvikling og konsekvenser av medisinsk forskning og teknologi (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 29). Videre viser regjeringen til at Helsedirektoratet har etablert en komité for vurdering av medisinsk teknologi (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 98).

I Sosialdepartementets strategi «*Helse for alle innen år 2000*» ble et delmål innen feltet for teknologi i helsetjenesten formulert slik:

«Innen 1990 skal det være etablert et formelt system for å evaluere bruken av nyere helseteknologi i forhold til nytte, effektivitet, sikkerhet og akseptabilitet, og i lys av overordnede politiske og økonomiske målsettinger.» (St.meld. nr. 41 (1987-88), 1988s. 97).

I relasjon til behovet for å evaluere økonomiske nytte av teknologi vises det til planer om å involvere academia (NTNU i Trondheim) for å få veiledning om anskaffelse, bruk og evaluering av gevinster innen medisinsk teknologi. Til sist vises det til at det trengs økt kompetanse innen området tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede, der Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede på denne tiden hadde fått mandat til å lede arbeidet (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 98).

Foruten å forsøke å kontrollere og regulere markedet for medisinsk-teknologi og tekniske hjelpemidler, peker regjeringen også på kompetanse og personell som viktige faktorer for å lykkes med utviklingen. På tross av at det vises til at tekniske hjelpemidler og tiltak er ett av flere virkemidler innen åpen omsorg spesielt overfor eldre, nevnes ikke sykepleiere eller hjelpepleiere i forbindelse med de foreslåtte strategiene for å øke den påstått manglende kompetansen på området i kommunene. Ergoterapeuter og fysioterapeuter nevnes derimot ved flere anledninger, samt behovet for teknisk kyndige ingeniører eller montører ved landets hjelpemiddelsentraler (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 117-129). Sykepleieprofesjonen nevnes en gang i teknologisammenheng, men da er det dikotomien mellom teknologi og omsorg som tas opp. Det pekes på at det i et samfunn der elektronikken i økende grad blir en samarbeidspartner vil samhandlings- og omsorgsevner bli viktig, og at jenter i omsorgsykker tilsynelatende er mer menneskeorientert enn «tingorientert». Ergoterapeutene nevnes flest ganger i sammenheng med temaet tekniske hjelpemidler og posisjoneres som en yrkesgruppe på full vei inn i kommunene. Regjeringen peker imidlertid på en ventet mangel på helsepersonell i fremtiden der det å kunne jobbe tverrfaglig, samt at flere yrkesgrupper kan gjøre noen av de samme oppgavene vil det være hensiktsmessig. Det vises i den

sammenheng til et helseuniversitet i Sverige der både sykepleier og ergoterapeuter kan ta mange av de samme valgfagene (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 104-108).

Ut ifra posisjoneringene i stortingsmeldingen ser det ut til at ergo- og til dels fysioterapeutene hadde den dominante posisjonen inne fagområdet tekniske hjelpemidler på slutten av 1980-tallet. Det er videre brukergruppen funksjonshemmede som nevnes flest ganger i forbindelse med temaet tekniske hjelpemidler, mens teknologiens potensiale innen eldreomsorg kun nevnes ved et par anledninger. Regjeringen posisjonerer seg i størst grad kritisk og avventende til teknologiens besparende potensiale, men av mulige positive effekter trekkes det frem at diagnostikk og terapi i større grad kan utføres i institusjoner utenfor sykehus eller hjemmefra, der pasienten selv kan overta mer og mer ansvar for diagnostikk og behandling, under veiledning fra helsetjenesten. Videre trekkes det frem at tekniske hjelpemidler kan ha et forebyggende potensiale når det kommer til belastningsskader blant ansatte (St. meld. Nr. 41 (1987-88), s. 96-133).

5.2.1 Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 1980-tallet

Det herskende doxa omkring medisinsk-teknologi som helhet preges av en svært avventende holdning, der teknologi fremstilles som lovende hjelpemiddel, men ikke et premiss for besparelser og effektivisering av tjenestene. Hverken ensomhet eller personvern hensyn problematiseres i forbindelse med tekniske hjelpemidler til eldre, men det ytres derimot en sterk bekymring for om medisinsk-teknologi i mer generelle termer vil kunne forsvares ut ifra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det store fokuset på økonomisk tilbakeholdenhet og effektivisering med den påfølgende skepsisen til utbredt bruk av medisinsk teknologi, gir resonans med utviklingstrekk og geopolitiske strømninger dette tiåret. Smarthuset er et godt eksempel på en fremtidsrettet (teknologioptimistisk) og luksuspreget produkt, som hadde sin opprinnelse under jappetiden i USA og Japan, men som ikke fikk noen langvarig kommersiell suksess (Berg, 1991b; Thygesen, 2009, s. 78). Jappetidens økonomiske og informasjonsteknologiske fremgang på begynnelsen av 1980-tallet forandret både

arbeidsvaner og global kommunikasjon, for å senere bli erstattet av en periode med børskrakk, økonomisk resesjon og krisetider (Davis, 2019a).

På den annen side vet man fra historiske kilder at det skjer teknologiske fremskritt i konsumpsjonsfeltet dette tiåret, også på hjelpemiddelområdet. Trygghetsalarmens økende utbredelse i norske kommuner fra midten av 1980-tallet er trolig det mest opplagte eksempelet (Bølstad, 1985, s. 78-79), mens smarthusteknologi som nevnt ble markedsført mot det private husholdningsmarkedet i denne perioden (Berg, 1991a). I en NOU-utredning fra 1980 der en langtidsplan for det statlige Televerket skisseres, nevnes trygghetsalarm ved et par anledninger (NOU 1980:10A, s. 44, 205). Det pekes på at statlige støtteordninger og engasjement innen alarmrespons vil være av betydning for utbredelsen av trygghetsalarm i fremtiden, særlig hos eldre, men at det fremstår som svært usikkert hvordan myndighetene vil stille seg til denne saken i fremtiden.

Funnene fra NOU 1980: 10A om Televerket og skriftlige kilder om teknologiutbredelsen i konsumpsjonsfeltet på denne tiden, vitner om at staten i dette tiåret tar et enda mer aktivt grep mot å regulere (og engasjere seg) i markedet for medisinsk-teknologi og tekniske hjelpemidler. Disse strategiene markerer et brudd med statens tidligere posisjoneringer på området, der staten nå i større grad styres av et økonomisk rasjonale som både tar sikte på å unngå unødvendige investeringer i teknologi som ikke gir besparelser, samtidig som myndighetene ønsker å stimulere til teknologiutvikling som viser seg å kunne gi økonomiske gevinster (for staten). Staten og det helse- og omsorgspolitiske byråkratiet involverer, som gjennomgangen har vist, en rekke eksperter, forskere og interesseorganisasjoner for å oppnå kontroll over det (velferds)teknologiske markedet, allerede ved dets spede begynnelse. Disse grepene er et eksempel på den andre og mer strukturelle delen av Bourdieus (1997/2002) teori om at staten fungerer som den «dobbelte sosial konstruksjon».

Et annet sentralt trekk for tiåret var den økte globale kommunikasjonen, som også ser ut til å ha påvirket det helse- og omsorgspolitiske felt på flere måter. For eksempel vises det i helsepolitikken på en ny og mer utpreget måte til internasjonale

organisasjoner med stor symbolsk makt og innflytelse slik som WHO og OECD. Dette markerer et brudd sammenlignet med de analyserte dokumentene fra 1970-tallet, som for det meste viste til nasjonal statistikk og utredninger. Videre kan den økende institusjonskritikken i helsepolitiske føringer på 1970 og 1980-tallet, relateres til verdensomspennende nyliberalistiske strømninger, der store internasjonale organisasjoner slik som spesielt OECD startet de første formaninger om at alderdommen måtte være aktiv og hjemmebasert for å kunne møte en velferdsstat i krise (Armingeon & Beyeler, 2004; OECD, 1981). I norsk politikk ble det på starten av tiåret et regjeringsskifte fra Brundtlands arbeiderpartiregjering til Willochs Høyreregjering, ofte beskrevet som at en «høyrebølge» som skyllet inn over landet på linje med mange andre vestlige stater (Furre, 1999, s. 364). Det vises i den sammenheng også til internasjonale strømninger når teknologiens potensielle fordeler diskuteres, for eksempel argumenteres det ut ifra et rettferdighetsprinsipp i stortingsmelding 41 fra 1987 for at også norske pasienter bør gis mulighet til å prøve ut behandlingstilbud og teknologier på lik linje med pasienter i andre land (St.meld. nr. 41 (1987-88), 1988 s. 97).

Den faglige fokusendringen fra en tjenesteintensive og institusjonalisert eldreomsorg mot forebyggende helsearbeid og empowerment⁹⁵ kan også ha vært relatert til internasjonale strømninger, som preget utformingen av helsepolitikken i perioden, men startet helt tilbake til 1960-tallet (S. Hauge, 2005, s. 161; Aadnanes, 2007, s. 227). Fra idealene om myndiggjøring, var veien kort til en sterk individualiseringstrend i helse- og omsorgstjenestene, som også må forstås ut ifra den aktuelle tidsperioden idealet fikk fotfeste. På den annen side har individualismen som livssyn vært et særtrekk ved den vestlige moderniteten i en lengre historisk periode (Aadnanes, 2007, s. 233-234). Idealet om at eldre og andre hjelpetrequende skulle myndiggjøres og klare mer selv,

⁹⁵ Se for eksempel Kieffer (1984) Citizen Empowerment. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9-36.

impliserte nødvendigvis at helsepersonell kunne trekke seg tilbake eller hjelpe pasienter med enda større hjelpebehov.

Videre kan forslagene i Stortingsmelding 41 om Helsepolitikken mot år 2000 om at flere yrkesgrupper kunne gjøre de samme arbeidsoppgavene (f.eks ergo og sykepleieprofesjonen kan ta et felles ansvar for teknologi), tolkes som et tegn på det profesjonssosiologien omtaler som deprofesjonalisering, der en profesjon taper autonomi og den særegne retten til utføre bestemte arbeidsoppgaver (Molander & Terum, 2008, s. 20). Med ekspansjonsperioden av velferdsstaten fra andre verdenskrig til 1970-tallet, økte velferdsprofesjonene i antall og omfang, mens man fra 1980-tallet har sett en gradvis prosess der profesjonene i høyere grad har måttet kjempe for sin autonomi og særegenhet til sammenligning med andre profesjoner. I dette kampfeltet finner man en økt styring og deprofesjonalisering av velferdsprofesjonene, som for eksempel kommer til uttrykk i neoliberale ambisjoner om tverrfaglighet (Frederiksen, 2016).

5.3 1990-1999: tilspissing av kampen mellom teknologioptimistiske og teknologikritiske posisjoner

Det første analyserte dokumentet fra perioden 1990-1999 var Gjærevoll-utvalgets NOU 1992:1 *Trygghet-Verdighet-Omsorg*. Dette utvalget fikk i 1989 oppdrag av regjeringen Harlem Brundtland å utrede sosiale og økonomiske konsekvenser av den forventede økningen i andelen eldre og funksjonshemmede (hjelpetrequende) i fremtiden, samt foreslå tiltak for å mestre de utfordringer denne utviklingen innebar (NOU 1992:1, s. 5, 11). Utvalget var stort og tilsynelatende eksperttungt og ble ledet av Ap-politiker og professor Olav Gjærevoll⁹⁶. Resten av utvalget fremstår i enda større

⁹⁶ Gjærevoll hadde et langt og prestisjefyllt yrkesliv bak seg som bl.a. professor i botanikk og yrkespolitiker (Ap) bl.a. i rollen som stortingsrepresentant, som Norges første miljøvernminister, ordfører i Trondheim, i tillegg til en rekke offentlige verv (Stortinget, 2023). Gjærevolls tildeling av ledelsesposisjonen for utvalget begrunnes ikke, men kan antas å være i kraft av hans disposisjoner slik som både politisk erfaring og ledelseserfaring. Gjærevoll hadde selv blitt pensjonist og kanskje var det på bakgrunn av dette at han ble vurdert som kompetent til å lede et utvalg som hadde fått i mandat å utrede utviklingstrekk og mulige tiltak for eldrebefolkningen?

grad enn de tidligere analyserte NOU-ene, som ekspertung⁹⁷ og til dels elitær⁹⁸, samt at bruk av forskning, fagrapporter og uttalelser fra eksterne fagekspertter fremstår som mer omfattende enn i de tidligere analyserte NOU-er fra 1970 og 1980-tallet. At henvisningene til faglitteratur ble funnet å være økende er i tråd med Christensen og Holst (2020) funn i deres gjennomgang av samtlige NOU-er fra tradisjonens begynnelse på 1970-tallet til i dag, der en økning i bruk av fagekspertter og faglitteratur gjennom årenes løp var et sentralt funn.

I tillegg til å være eksepertung fremstår utredningen som svært omfattende i omfang med sine over 300 sider med utlegginger om eldreomsorgens utviklingstrekk, den nåtidige situasjon, samt en rekke forslag til løsninger på fremtidens demografi- og omsorgsutfordringer. Det er i denne utredningen– som i de fleste andre– lite direkte representasjon av de grupper eldre eller funksjonshemmede brukere utredningen faktisk omhandler. De aktuelle brukergruppene er derimot representert gjennom interesseorganisasjoner eller ulike fagekspertters (forskere, statistikere ol.) posisjoneringer til saken. For eksempel bidrar statistikere fra Statistisk sentralbyrå tungt inn i bakgrunnskapittelet (25 sider) om befolkningssammensetninger og beregninger for fremtiden. Statistikerne er bekymret for at andelen eldre over 67 år har firedoblet seg fra 1900 til 1990, mens andelen barnefødsler har gått kraftig tilbake etter 1970, samt at det særlig er gruppen «de eldste eldre med høyt omsorgsbehov» som vil øke mye i årene som kommer (NOU 1992:1, s. 36-37). Det pekes innledningsvis på at

⁹⁷ Foruten høyt posisjonerte faglig kyndige utvalgsmedlemmer oppgis det at tildelte midler fra departementet ble brukt til å utrede tematikken ved hjelp av eksterne forskningsinstitusjoner slik som Statistisk sentralbyrå, Norsk institutt for by- og regionforskning, Statens institutt for folkehelse, Institutt for samfunnsforskning, Norsk byggforskningsinstitutt, i til sammen 9 notat (NOU 1992:1, s. 13-14). Det oppgis videre at utvalget har hatt orienteringer om utvalgte spørsmål fra Professor Peder F. Hjort ved Statens institutt for folkehelse, forsker Ivar Brevik fra Norsk institutt for by- og regionsforskning, professor Kari Wærness fra Sosiologisk institutt ved Universitetet i Bergen og prosjektleder Jan Bølstad fra Utviklingsprogrammet Omsorgstjenester i utvikling i regi av Sosialdepartementet (NOU 1992:1, s. 14).

⁹⁸ Majoriteten av komitelemmene hadde tilsynelatende høy sosial posisjon i form av yrkestitler eller i kraft av å representere anerkjente organisasjoner, i titlene: pensjonist som representerte Norsk Pensjonistforbund, ordfører, underdirektør KD, stortingsrepresentant (nå pensjonist), ekspeditrise (nå ordfører) repr. KS, husmor, repr. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, stortingsrepresentant, forskningssjef Statistisk sentralbyrå, ekspedisjonssjef i Finansdep., forsker Norsk gerontologisk institutt, pleie- og omsorgssjef (nå kommunaldirektør), spesialkonsulent i KS, Stortingsrepresentant (nå fylkesmann), byråsjef Sosialdep., kommunelege, forsker Institutt for samfunnsforskning.

sosiale forhold slik som endringer i familiestrukturene og kvinners deltagelse i arbeidslivet også utfordrer eldreomsorgen - man kan ikke lengre regne med like stor grad av uformelt omsorgsarbeid heter det seg (NOU 1992:1, s. 11).

På forsiden av Gjærevoll-utredningen er et rognebærtre avbildet som et vakkert element i et fargerikt høstlandskap – som symbolsk kan tolkes i retning av å henspille på alderdommen som livets høst. Det kommer altså på et symbolsk plan tydelig frem at eldre er en sentral målgruppe, selv om funksjonshemmede også er en målgruppe i dokumentet. Eldre som gruppe fremstilles motstridende i dokumentet, både som en gruppe med stort hjelpebehov, samtidig som det gjennomgående i dokumentet – og som forsiden også kommuniserer – behøver ikke alderdommen å være grå og kjedelig, den kan snarere være fargerik og vakker slik som rognebærtreet. NOU-en bygger i så måte tilsynelatende også på empowerment-tankesettet som hadde sin opprinnelse på 1960-tallet, der tesen om økt livskvalitet ved å klare seg mest mulig selv hjemme fremstår som et rådende doxa der hjemmet som det beste stedet å eldes uttrykkes både implisitt og eksplisitt (NOU 1992:1, s. 11-30).

I forlengelsen av målsettingen om å eldes hjemme nevnes teknologi, der tekniske hjelpemidler (og informasjonsteknologisk utstyr) allerede på første siden som et av mange tiltak for «å gjøre omsorgstrengende i stand til å bo i eget hjem», i tillegg til andre former for funksjonstilpasning av boligen (NOU 1992:1, s. 11). Bruk av tekniske hjelpemidler og informasjonsteknologi listes også opp som et eget punkt (nr. 5) når utvalgets mandat oppsummeres (NOU 1992:1, s. 12). I sammenheng med utvalgets redegjøring om informasjonsteknologiens plass i fremtidens eldreomsorg, finner vi i et kapittel der en rekke forslag til tiltak for at flere kan klare seg selv i egen bolig presenteres. I avsnittet om *Eldre, funksjonshemmede og moderne teknologi* vises det til at det i løpet av de siste årene har blitt utviklet en rekke datateknologiske systemer og hjelpemidler som utvalget anser å ha stort potensiale for det forebyggende arbeid, men at mulighetene dessverre i liten grad har blitt utnyttet. I den sammenheng vises det til at teknologier fra andre sektorer har et overføringspotensiale til helse- og

omsorgssektoren, men at man til nå har sett få eksempler på en slik utvikling. Av mulige årsaker til den sakte teknologiutviklingen i helse- og omsorgssektoren peker utvalget på at teknologi ofte er en kostbar førtegangsinvestering for tjenestene og at kompetansen på området trolig har vært og er begrenset (NOU 1992:1, s. 261-262). Videre fremmes det også i denne utredningen et behov for økt kompetanse omkring teknologiske hjelpemidler blant de ansatte (NOU 1992:1, s. 30), men det fremmes få konkrete virkemidler for å nå denne målsettingen.

På tross av såkalte startvansker på det velferdsteknologiske området fremmer utvalget en rekke teser om teknologiens uoppfylte potensialer. For eksempel argumenteres det for teknologiens viktige rolle i «å knytte bruker og ansatt nærmere hverandre, selv om de fysisk er langt unna hverandre» (NOU 1992:1, s. 261). For å legitimere denne noe tvetydige posisjoneringen vises det til et system utprøvd i Sverige, der hjemmehjelpen ved hjelp av «moderne datateknologi» kunne kommunisere med brukerne fra avstand. Utvalget trekker videre frem moderne informasjonsteknologiers potensiale for å hjelpe eldre med hukommelsessvikt «for å bestille varer, tjenester ol. løsninger» (NOU 1992:1, s. 261). Sitatene kan vitne informasjonsteknologiers høye status i vestlige samfunn, der teknologi ofte sidestilles med innovasjon eller samfunnsmessig fremgang eller vekst – og der informasjonsteknologiske fremskritt troner høyt på listen over menneskelige oppfinnelser og historiske fremskritt (Davis, 2019a; Freeman & Louçã, 2001). På den annen side fremstår beskrivelsene av teknologiens funksjon og virkeområde som lite konkrete, men der utvalget likevel – trolig på bakgrunn av informasjonsteknologiens høye status og rivende utvikling i tidsepoken – antar at det vil oppstå eller skapes bruksområder for teknologi også innen pleie- og omsorgssektoren og i hjelpetrengendes hjem.

Fra telegrafene til telefonen og videre til dagens digitaliserte verden har det vært en rivende utvikling på IKT-området, som har hatt stor betydning for hvordan det moderne samfunnet fungerer. Informasjonsteknologi assosieres den dag i dag ofte med noe innovativt som man forventer at skal revolusjonere og gjerne effektivisere

arbeidsprosesser ved å gjøre kommunikasjon mellom mennesker mer sømløs. Man vet ikke alltid helt hva teknologiene skal brukes til, men man har en iboende forventning om at de skal kunne effektivisere arbeidsprosesser. På tross av at det finnes utallige eksempler på det motsatte, har informasjonsteknologien bare økt sin posisjon og betydning i nåtiden, som i enkelte vitensfelt blir omtalt som kommunikasjonsalderen (Freeman & Louçã, 2001). Det teknologioptimistiske doxaet som fremmes av utvalg, kommisjoner ol. kommer– slik sitatene over viser – kommer til uttrykk som en naturlig del av det byråkratiske språket som senere kan utvikle seg til en del av hverdagspråket som ingen stiller spørsmål ved (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 34). For eksempel posisjonerer utvalget seg dit hen at den nye moderne datateknologien vil ha et potensiale for å avhjelpe ulike pasientgrupper slik som de med hukommelsesvansker, men man har fortsatt lite å vise til hva gjelder konkret utstyr, bruksområde og funksjon.

Den neste posisjoneringen til teknologi nyanserer den teknologioptimistiske posisjonen noe, ved å peke på at tekniske løsninger *«aldri vil kunne erstatte menneskelig kontakt»*, men derimot må utvikles som et supplement til de *«personavhengige omsorgsoppgaver»* (NOU 1992:1, s. 261). Denne nyanserende og til dels motstridende posisjoneringen går igjen i mange av de analyserte dokumentene i de påfølgende tiår og er tilstedeværende i dagens helse- og omsorgspolitiske dokumenter om velferdsteknologi (se f.eks. NOU 2011:11, St. Meld. 29), noe de påfølgende underkapitlene vil drøfte ytterligere. Det er imidlertid interessant å stoppe opp og spørre seg om hvor og fra hvem dette utsagnet om frykten for teknologiens dehumaniserende konsekvenser – forstått som en posisjonering i et bestemt sosialt rom og tid – oppstod og hvilken funksjon utsagnet i så måte kan tilskrives. Det er vanskelig å stadfeste når dikotomien mellom varm menneskelig omsorg og kald dehuman teknologi oppstod, men som Sandelowski (2000, s. 1-25) peker på har en motstand mot teknologi for sykepleiefaget både vært en måte å distingvere seg fra både den mannsdominerte legegruppen og de medisinske instrumentmakerne, samtidig som sykepleiepraktikken både har vært avhengig av og generert symbolsk kapital på bakgrunn fagets krav til teknisk kyndighet (Sandelowski, 2000, s. 13),

Om vi vender tilbake til det analyserte dokumentet kan det gjentakende utsagnet om at teknologien aldri kan erstatte menneskelig omsorg stamme fra et utvalgsmedlem som kan ha inkorporert det overnevnte dikotomiske synet på teknologi i sin habitus. Da det sjelden fremgår i en NOU hvem som har uttalt seg på hvilken måte blir posisjoneringens opphav kun gjenstand for spekulasjoner. Det kan imidlertid argumenteres for at sitatet snarere fremstår som et forsøk på en forskjønnelse, eller eventuelt en tilsløring av virkeligheten for at den skal bli mer «spiselig» – enn at utsagnet representerer en reell bekymring for teknologienes potensielt isolerende bieffekter. Til det er den foreslåtte politikken for motstridende der utsagnet snarere fremstår som et slags obligatorisk utsagn som må med for å vise en politisk korrekthet. Vender vi tilbake til de analyserte dokumentene fra 1970 og 80-tallet, minnes vi på at lignende motstridende posisjoneringer var å finne. For eksempel ytret Komitéen for eldreomsorgen tilbake på 70-tallet bekymring for teknologiens potensielt isolerende konsekvenser og personvernutfordringer, samtidig som det ble fremmet flere forslag til hvordan denne typen spennende ny teknologi kunne utprøves i tjenestene (NOU 1973:26, s. 63).

Av statlige virkemidler for å fremme økt bruk av teknologi i eldreomsorgen i den analyserte NOU-en fra 1990-tallet foreslås det for eksempel at Folketrygden (staten) får det fulle ansvaret for finansiering av hjelpemiddelsentralene⁹⁹ (NOU 1992:1, s.30). Videre oppfordres kommunen til å delta i prosjekter for å prøve ut utstyr og bidra til å drive utviklingen videre, for eksempel med henblikk på å utvikle tekniske standarder for informasjonsutveksling. Det vises til at Sosialdepartementet har forsøkt å stimulere til standardiseringsarbeid gjennom sitt engasjement i Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsesektoren. Et samarbeidsprosjekt med det statlige Televerket kalt *Eldre og teknologi* nevnes, samtidig som det visers til et fransk-norsk prosjekt for å utvikle informasjons og støttesystemer for hjemmeboende med

⁹⁹ Hjelpemiddelsentralene oppstod i 1979 og var forankret på Fylkeskommunalt nivå, men Sosialdepartementet (staten) refunderte 75% av utgiftene (NOU:1992:1, s. 133). I 2006 ble hjelpemiddelsentralene underlagt NAV (partnerskap mellom stat og kommunene) (Weihe, 2023).

hukommelsesbehov. Til sist nevnes et samarbeidsprosjekt i EF¹⁰⁰ ved navn *Technology for the socio economic Integration of people with Disabilities and Elderly* (TIDE), med hensikt å fremme integrering av disse brukergruppene i samfunnet ved hjelp av teknologi (NOU 1992:1, s. 164). Hvilken type teknologi det her var snakk om og på hvilken måte den var tenkt til å kunne bidra til integrering av eldre og funksjonshemmede (hjelpetrengende) på samfunnsplan kommer ikke tydelig frem.

Oppsummert kan man konkludere med at Gjærevoll-utredningen var betydningsfull for å bygge opp under utviklingen av den hjemlige omsorgens dominante posisjon som fremdeles er tilstedeværende i dag. For eksempel argumenterer Thygesen (2009, s. 74) i sin avhandling om bruk av teknologi i demensomsorgen, for at Gjærevoll-utredningen markerer et skille i utviklingen av eldreomsorgsfeltet og en overgang fra institusjon til mer hjemlige omgivelser, omsorgsboliger, samt økt ansvarliggjøring for omsorg hos enkeltindividet. Thygesen (2009) viser videre til at mange av anbefalingene til utvalget om hjemliggjøring av eldreomsorgen ble fulgt opp i Velferdsrapporten og Handlingsplan for eldreomsorgen, samt andre faglige retningslinjer fra myndighetshold i ettertiden.

Under mine gjennomganger av aktuelle helsepolitiske dokumenter fra nåtid og tilbake i tid ble det også lagt merke til at Gjærevoll-utvalgets utredning er mye sitert og tilsynelatende et betydningsfullt dokument i opprettholdelsen av et doxa som ble skapt lengre tilbake i historien, men som på kanskje en enda tydeligere måte omfavner et hjemlig omsorgsideal, der teknologi er et av virkemidlene. For eksempel legges Gjærevoll-utvalgets utredning til grunn for hjemliggjøring av omsorg ved hjelp av teknologi hele 20 år senere i NOU: 2011:11 *Innovasjon i omsorg*, der det eksempelvis vises til Gjærevoll-utvalgets teser om at mennesker med hjelpebehov og funksjonsnedsettelse ville få et kvalitativt bedre liv i en de-institusjonalisert

¹⁰⁰ Det Europeiske fellesskap, i dag Den europeiske union (EU).

omsorgstjeneste. Det vises videre til at Gjærevoll-utredningen påvirket mange kommuners planarbeid og veivalg i årene som fulgte (NOU 2011:11, s. 88).

Det andre analyserte dokumentet fra 1990-tallet var Stortingsmelding nr. 50 *Handlingsplan for eldreomsorgen* fra 1997, som ble lagt frem av Jagland-regjeringen (Ap). Dokumentets forside spiller på mye av den samme bildesymbolikken som Gjærevoll-utvalgets med en høstpreget allé av trær og en ensom benk (liv) på det ene bildet, men dokumentet har også en blid og imøtekommende sykepleier i møte med en eldre kvinne på det andre bildet. Forsiden kan i så måte tolkes å være representativt for de motstridende posisjoneringer man finner i dokumentet mellom idealet om å kunne eldes alene i eget hjem, og mer paternalistiske (ortodokse) omsorgsregimer der de relasjonelle menneskemøter mellom profesjonelle og hjelpetrengende vektlegges stor betydning (Sosial- og helsedepartementet, 1997). For eksempel er et gjennomgående tema i handlingsplanen at det over tid har vært bygget altfor få sykehjem, noe som har ført til et etterslep i institusjonsomsorgen. Det gis videre lovnader om full sykehjemsdekning og forslag om sterkere juridisk styring for å sikre denne målsettingen. På den annen side gis kommunene økt ansvar for å bygge ut det tilbudet de til enhver tid vurderer som forsvarlig, behov tatt i betraktning (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 9). Vitenskapelige undersøkelser og faglige analyser legges til grunn for å anbefale en dekningsgrad for sykehjem tilsvarende 25 % av den eldre befolkningen over 80 år (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 16).

Videre er man i handlingsplanen opptatt av å prøve ut flere nye og alternative boformer for eldre slik som omsorgsboliger og dagsentertilbud, samt at det argumenteres tydelig for at utbygging av hjemmesykepleie bør skje parallelt. Regjeringen er også opptatt av at både boliger og bomiljø i større grad bør tilpasses funksjonsvekkelser og i større grad legge til rette for hjemmebasert omsorg, også i form av å ta i bruk flere tekniske hjelpemidler i boligen (Sosial- og helsedepartementet, 1997 s. 11- 30). En tese er at trygghetsalarm anses som avgjørende for at de eldre opplever trygt å bli boende hjemme på tross av sykdom og økt hjelpebehov (Sosial- og helsedepartementet, 1997,

s. 16). Selv om det vises til statlige støtteordninger, for eksempel gjennom Husbanken¹⁰¹, legges også mye av ansvaret for å tilpasse boligen for alderdommen på enkeltindividet:

«Det er også viktig å peke på at den enkelte selv har ansvar for å tilrettelegge for et liv som gammel, bl.a. når det gjelder bosituasjonen. Sosial- og helsedepartementet vil utarbeide informasjonsmateriale om det å planlegge for alderdommen, der boligaspektet vil bli vektlagt» (St. Meld. Nr. 50 (1997), s. 15).

Thygesen (2009, s. 77) fremhever også at Husbanken var en betydningsfull agent i utviklingen av velferdsteknologiområdet i Norge på begynnelsen av 1990-tallet. Ved å introdusere konseptet omsorgsbolig – hvor man så for seg at oppegående eldre som kunne klare mye selv kunne få tilpassede leiligheter med en viss tilknytning til hjemmetjenestene ved behov– ble det også skapt en arena for å prøve ut det man på denne tiden omtalte som smarthusteknologier i en ny sektor.

Både informasjonsmaterieell og finansieringsordninger gjennom Husbanken for å stimulere til å tilpasse egen bolig for alderdommen er eksempler på hvordan staten virker som en dobbelt sosial konstruksjon, både i form av å skape et doxa der det å bli boende hjemme hele livsløpet er et ideal for alle borgere, samtidig som staten underbygger doxaet med konkrete virkemidler og støtteordninger. Samtidig peker sitatet på at (velferds)staten holder litt tilbake og gir individet mer ansvar for alderdommens utfordringer. Tenker man med Bourdiues (200/2005) teorier fra *The Social Structures of the Economy* om hva en bolig representerer sosialt og symbolsk sett, kan det regnes som relativt inngripende at staten krever at den enkelte skal tilrettelegge egen bolig for alderdommen. Samtidig kan utspillet tolkes i lys av

¹⁰¹ Husbanken er en statlig organisasjon som ble opprettet i 1946 for å bygge opp landet etter krigen og var et av etterkrigstidens store statlige velferdsprosjekt som kom befolkningen med lav inntekt til gode <https://www.husbanken.no/om-husbanken/historikk/> nedlastet 12.01.23. Husbanken gir den dag i dag også boliglån, men bygger også boliger og kommunale bygg slik som barnehager og aldersboliger. Organisatorisk er Husbanken underlagt Kommunal- og regionaldepartementet <https://snl.no/Husbanken> nedlastet 12.01.23. De seneste årene har Husbanken også engasjert seg i forbedring av eksisterende boligmasse og digitalisering, deriblant gjennom satsning på velferdsteknologi <https://husbanken.no/rapporter/?su=Velferdsteknologi> Nedlastet 12.01.23.

samtiden der nyliberalismen også bar med seg en større individualisering av omsorgsansvaret under et doxa om en velferdsstat i krise (Vabø, 2007). Av statlige virkemidler for å stimulere til økt bruk av trygghetsalarm foreslår regjeringen å utrede om denne type hjelpemidler bør dekkes over folketrygden på lik linje med andre hjelpemidler (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 16). Dette virkemiddelet minner om Gjærevoll-utvalgets forslag om økt statlig ansvar for finansiering av tekniske hjelpemidler gjennom en omorganisering av hjelpemiddelsentralene.

5.3.1 Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 1990-tallet

På 1990-tallet var det både juridiske, etiske og teknologiske hindringer som bidro til at teknologi i hjemmetjenestene fortsatt var et veldig kontroversielt tema. Thygesen (2009, s. 98-99) argumenterer for at diskusjonene i det politiske felt om etiske utfordringer med teknologisk overvåking av ulike grupper hjelpetrengende delvis var medieskapt. Analysen har til nå pekt på hvordan en teknologioptimistisk pol av det politiske felt (majoriteten) argumenterte for at det var behov for bedre juridisk regulering av teknologibruk rettet mot personer med manglende samtykkekompetanse, der fordelene (frihet og selvstendighet) ved teknologibruk ble ansett å veie tyngre enn eventuelle ulemper. Opposisjonen argumenterte på sin side for at utviklingen ville være etisk uforsvarlig og innebære overvåking og inngripen privatlivet til sårbare grupper Thygesen (2009, s. 98-99).

I kampens hete skiftet tesen om teknologiens betydning for å fremme eller hemme selvstendigheten og autonomi karakter til sammenligning tidligere i historien. I den analyserte NOU-en fra 1973 fremstilles teknologi som en mulig trussel for selvstendigheten, mens teknologi på 1990 fremstilles premiss for selvstendighet. Denne tesen om teknologi i hjemmetjenestene/eldreomsorgen fremstår fortsatt som tilstedeværende i dagens politisk-byråkratiske produksjonsfelt (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018).

Vender vi tilbake til det siste analyserte dokumentet fra 1990-tallet Handlingsplanen for eldreomsorgen, kan man oppsummert si at tre hovedteser vedrørende teknologi i hjemmebasert (eldre)omsorg fremmes. For det første posisjoneres teknologi som viktig i et *forebyggende* øyemed, der tekniske hjelpemidler i boligen kan bidra til økt *trygghet*. Å bli boende i egen bolig ved hjelp av livsløpsstandarder og tekniske hjelpemidler og trygghetsalarmer posisjoneres videre som viktig for den enkelte brukers *sikkerhet*. Påstandene underbygges dog ikke av forskning eller annen form for faglig litteratur, og kan i så måte tolkes som å være lite kontroversielle og del av en naturalisert del av hverdagsforståelsen (doxa). På den annen side kan dokumentet som helhet hevdes å innta en ortodox posisjon til sammenligning med Gjærevoll-utvalgets innstilling til teknologi i eldreomsorgen. Teknologi gis for eksempel begrenset spalteplass i Handlingsplanen, der det derimot fokuseres på et spekter av tiltak for eldreomsorgen slik som styrking av ulike former for kommunale pleie- og omsorgstjenester, det være seg hjemmebaserte eller på institusjon, samt bygging av omsorgsboliger og servicesenter.

Kampen mellom de ortodokse og heterodokse posisjoneringene kan i lys av tidsperiodens strukturelle vilkår og samfunnsøkonomiske utfordringer, forstås som en kamp mellom kostbare satsninger på eldreomsorgsområdet og en mer måteholden innstilling på bakgrunn økonomisk utfordringer. 1980-tallets internasjonale økonomiske kriser preget også begynnelsen av 1990-tallet. For eksempel var oljeprisene svært ustabile og internasjonal lavkonjunktur gjorde arbeidsplassene usikre også i Norge (Furre, 1999, s. 447). Flere stilte spørsmål til velferdsstatens bærekraftighet, der spesielt trygdesystemet var under diskusjon. Nasjonal bankkrise og økende fokus på miljøbelastninger, satte markedsøkonomien under tvil. Staten grep inn for å redde bankene og vanlige folks privatøkonomi, men mange led som følge av stupende boligpriser og skyhøye boliglånsrenter (Furre, 1999, s. 447-448). Nyliberalismen som hadde hatt sitt gjennombrudd på 1980-tallet fikk for alvor fotfeste og nærmest hegemoni utover 1990-tallet, der en stor tro på at markedslogikkens konkurranseutsetting var nøkkelen til økt effektivisering – også innen offentlig sektor

(Vabø, 2007) – der et relevant eksempel relatert til den informasjonsteknologiske tematikken er overgangen fra den statseide monopolisten Televerket til Telenor, samt øvrig konkurranseutsetting av telefon og internettjenester (Furre, 1999, s. 461).

1990-tallets heterodoxe posisjoneringer på hjemmetjenesteområdet i retning av mer frivillighet, individualisme og teknologibruk kan i så måte både tolkes i lys av ustabile økonomiske tider, men også som følge økende fokus på teknologiens viktige samfunnsrolle. På 1980-tallet hadde informasjonsteknologiske fremskritt ført til en overgang fra telekommunikasjon til datakommunikasjon/telematikk både i privat og offentlig sektor, som skapte arbeidsplasser i den nye IT-industrien også i Norge (Furre, 1999, s. 415). 1980-tallet hadde markert starten på det man i ettertiden har omtalt som informasjonsalderen, der både datamaskiner, satellitt-TV, videospillere og mobiltelefonen er eksempler på teknologiske innovasjoner som preget både massekommunikasjon og hverdagslivet (Davis, 2019a; Furre, 1999, s. 415). Den informasjonsteknologiske utviklingen fortsatte utover 1990-tallet, der både pc og mobiltelefon ble allemannseie. Lanseringen av internett økte også den internasjonale kommunikasjonen og folkets informasjonstilgang (Furre, 1999, s. 462). Historikeren Edgeir Benum peker på at arbeidslivet i Norge siden 1970-tallet gradvis gjennomgikk et skifte fra industrisamfunn til et omsorgs- og informasjonssamfunn. Med det viser Benum til at majoriteten av jobbene i Norge på 1990-tallet dreide seg om enten informasjonsarbeid eller omsorgsarbeid, både på bakgrunn av en rasjonalisering og effektivisering i industrien, men også som følge av informasjonsalderens nye muligheter og profesjonaliseringen omsorgsarbeidet (Benum, 2005, s. 217-226). Videre var det på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet at koblingen mellom de to dominante arbeidssektorene (omsorg og informasjon) for første gang ble koblet sammen – for eksempel gjennom Telemedisinske tjenester i Nord Norge – der både sykehussektoren, Televerket og forskningssektoren samarbeidet om utviklingen (Benum, 2005, s. 215).

5.4 2000-2009: teknologisk innovasjon som premis for velferdsstatens overlevelse

Kampen mellom ortodokse og heterodokse posisjoneringer til teknologi i eldreomsorg kommer enda tydeligere frem i det første analyserte dokumentet fra perioden 2000-2009; St.meld. nr. 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000*. Dette dokumentet ble skrevet av Sosial- og helsedepartementet på vegne av regjeringen Bondevik bestående av Kristelig folkeparti (KrF), Senterpartiet (Sp) og Venstre (V) på slutten av 1990-tallet, men ble godkjent i statsråd i januar år 2000. Det politiske ståstedet til regjeringen på dette tidspunktet synes å ha vært av betydning for hvordan regjeringen posisjonerer seg og ønsker å fremstå- nærmere den kulturelle (myke) pol av det omsorgspolitiske felt, eller en anerkjennning av det Bourdieu (1992/2011) omtalte som «statens venstre hånd». Med det mener jeg at dokumentet til sammenligning med majoriteten av de foregående tiårs dokumenter tilsynelatende inntar en ortodoks posisjon med mål om å styrke det man tradisjonelt sett har ansett som kjerneverdier i omsorgstjenestene og den gode kvaliteten gjennom menneskemøtene mellom ansatte og brukere, noe sitatet under tydeliggjør:

*«Regjeringa ser det slik at god omsorg først oppstår i **møtet mellom menneske**, mellom dei som gir hjelp og dei som får, og i mange tilfelle også i møtet med pårørende og lokalsamfunnet... I den omskiftande situasjonen vi har i dag, med aukande krav til omstilling og effektivitet, er det viktig å setje fokus på verdiar, etiske dilemma og kvaliteten på tenestene»* (St. meld. nr. 28, 2000, s. 3, mine uthevinger).

På den annen side fremmer regjeringen et budskap om at et visst måtehold fra statens side også vil være nødvendig i møte med «fremtidens omsorgsutfordringer». For eksempel pekes det på individets ansvar for å ta vare på egen helse og medvirke til sosiale fellesskap (St. meld. nr. 28, 2000, s. 3), som kan hevdes å være uttrykk for den nyliberalistiske helse- og omsorgspolitikkenes grunnpilar. I samme vending fremheves imidlertid betydningen av lokalsamfunn, familieomsorg og frivilligheten. Det presiseres videre at det offentliges ansvar kun omfatter et tilbud til mennesker som har behov for lovpålagte helse- og omsorgstjenester (St. meld. nr. 28, 2000, s. 3).

Regjeringen posisjonerte seg derimot svært kritisk til teknologi som effektiviseringsstrategi på bakgrunn av etiske utfordringer og personvern hensyn. Denne posisjonen bryter rimelig markant med de tidligere analyserte dokumentene, der regjeringen er svært eksplisitte i sin fraråding mot «*overvåkingsteknologi mot enkeltpersoner*» (St. meld. nr. 28, 2000, s. 8). I et eget kapittel om den teknologiske utviklingen modereres denne posisjonen noe, selv om det innledningsvis ytres et tydelig ståsted om at mange omsorgsoppgaver bare kan utføres av mennesker, der det følgelig kan regnes som omdiskutert «*i hvilken grad teknologi kan erstatte og redusere behovet for arbeidskraft i omsorgssektoren*» (St. meld. nr. 28, 2000, s. 50). Teknologi posisjoneres som et supplement til menneskelig omsorg, men aldri et fullgodt alternativ alene. Det vises, trolig i lys av 1990-tallets debatter, til at mange er redde for teknologiens fremmedgjørende egenskaper, der man risikerer å miste kontrollen over egen bolig og privatlivet. Videre vises det til at teknologi for mange representerer en kald omsorg til sammenligning med (varm) menneskelig kontakt:

*«Regjeringa vil understreke at dersom det berre er mogeleg å yte tilfredsstillande hjelp, jf. krav til eit forsvarleg tenestetilbod og kvalitet i tenestetilbodet, ved bruk av **menneskeleg omsorg**, skal det ikkje nyttast tekniske løysingar som ikkje gir slik tilfredsstillande hjelp. Dette vil vere både fagleg og etisk uforsvarleg»* (St. meld. nr 28, 200, s. 51, min utheving).

Videre vises til at den menneskelige omsorgen har flere verdifulle sider slik som å gi sosial kontakt og øke tryggheten til brukerne. Regjeringen moderer seg så i neste vending, der menneskelig hjelp også problematiseres som potensielt inngripende i privatlivet (St. meld. nr. 28, 2000, s. 51). Tesen om menneskelige tilsyns inngripende karakter er et argument det vises mye til i de analyserte føringer fra nyere tid. Tesen fremstår også som en til dels ubegrunnet og derav naturalisert doxa i en del policy-tro forskningsmiljøer (Alvsåker & Ågotnes, 2022, s. 3). Både tesen om at teknologi og mennesker kan oppleves inngripende i privatlivet fremstår også som ubegrunnet i det analyserte dokumentet. Med det mener jeg at det i liten grad vises til empiriske

undersøkelser av brukere, pårørende eller ansattes opplevelser av praktikken¹⁰². Det kan i så måte argumenteres for at forståelsen av at teknologi i omsorg representerer et etisk dilemma i seg selv fremstår som et doxa, en del av hverdagsforståelsen som det ikke lenger stilles spørsmål ved, selv om dokumentets overordnede teknologikritiske posisjonering fremstår som ortodox til sammenligning med de tidligere analyserte dokumentene.

Nytteverdi av teknologibruk for personer med demens trekkes i dokumentet frem som særlig relevant, samtidig som det problematiseres at denne gruppen og andre, f.eks. utviklingshemmede kan ha manglende samtykkekompetanse, noe som trekkes frem som svært sårbart i forbindelse med teknologibruk (St. meld. nr. 28, 2000, s. 83-84). I kapittelet om ulike teknologiske løsninger for eldreomsorgen, inndeles teknologigruppene etter grad av inngripen i privatlivet. Den første kategorien ble kategorisert og definert som «*vanlig teknologi og tekniske hjelpemidler*» som omfattet trygghetsalarm, brannalarm, tekniske hjelpemidler og fjernstyring av dører, gardiner ol. Denne kategorien ble omtalt som lite kontroversiell ettersom det var få etiske og juridiske utfordringer knyttet til teknologiene da personen selv kunne styre bruken (St. meld. nr. 28, 2000, s. 84).

Neste teknologigruppen kategoriseres som «*alarmsystem*» slik som f.eks. fall-, seng- eller døralarmer, men også enda mer avanserte systemer som i tillegg er programmert til å automatisk slå på lys ol. Denne teknologigruppen posisjoneres som mer inngripende ettersom teknologien ikke styres av bruker selv og er knyttet opp mot en mottaker i det offentlige hjelpeapparatet. Tredje kategori benevnes som «*peilesystemer*» og innbefatter «*elektroniske brikker som kan som kan brukes av demente som gjør det mulig for tjenesteytere å finne person som har gått seg bort*» (St. meld. nr. 28, 2000, s. 84). Denne teknologigruppen posisjoneres som mer inngripende

¹⁰² Det vises til en kartlegging av hvilke teknologier som er tatt i bruk på alders- og sykehjem i Norge, men ikke noe faktagrunnlag om hjemmetjenesten eller brukergruppenes erfaringsgrunnlag. Kartleggingen viser videre til at tekniske løsninger har lite utbredelse i institusjonsomsorgen på daværende tidspunkt (St. meld. 28, 2000, s. 84)

enn de to første, men samtidig argumenteres det for at «peilesystemer» fra et etisk ståsted kan være bedre enn å låse demente¹⁰³ inne på institusjon. Den fjerde og mest inngripende kategorien omtales som «*overvåkingssystem*», der eksempler på teknologi dreier seg om teknisk utstyr som kan sende f.eks. lyd, bilde eller i verste fall videoer til omsorgstjenesten. Regjeringen er tydelig i sitt ståsted og posisjonerer denne teknologigruppen som vesentlig mer inngripende enn både alarmer og peilesystem, siden større mengder personlig informasjon overføres. Siste kategori er «*selektive automatiske låsesystem*», der man ut ifra den samtid og kontekst dokumentet er skrevet i, ser for seg at personer med demens kan bære en nøkkelbrikke som gjør at dører låser seg for dem, men ikke andre (St. meld. nr. 28, 2000, s. 85-86).

Det vanskelig å stadfeste om den sistnevnte kategorien er uttrykk for en idé fra representasjonenes verden eller det virkelige liv, ettersom det ikke er mulig å finne noe fag- eller forskningslitteratur om bruk av slike låsesystemer i hjemmetjenestep praksis. Som analysen av 1990-tallet viste, så var det også i den foregående tidsperioden eksempler på beskrivelser av både tentativt teknisk utstyr og bruksområder for disse, som kan vitne om en sterk optimisme knyttet til teknologiens problemløsende og innovative egenskaper, uten at man nødvendigvis klarer å konkretisere og realisere ideene i særlig grad. Av statlige virkemidler for å fremme et velferdsteknologisk marked, tas de juridiske utfordringer på dette tidspunktet opp, der det på daværende tidspunkt var slik at verge måtte samtykke til bruk av inngripende teknologi, dersom den aktuelle bruker hadde demens eller av andre årsaker manglet samtykkekompetanse (St. meld. nr. 28, 2000, s. 86). Regjeringen foreslo derav at muligheter for lovendringer på teknologiområdet burde ses på i forbindelse med revidering av *Handlingsplanen for eldreomsorgen* som skulle være klar i 2001. Både hjemmel til å avverge skader i nødstilfeller, ty til tvang for å sikre ernæringsmessige og personlig hygieniske behov, samt bruke tekniske løsninger for å varsle om fall og ulykker blant personer med

¹⁰³ Den mer politisk korrekte og mindre stigmatiserende termen «personer med demens» er slik sitatene viser ikke oppfunnet på 1990-tallet.

demens, ble trukket frem som eksempler på «tvingende praktikker» det ble foreslått en juridisk gjennomgang av med henblikk på en mulig lovendring (St. meld. nr. 28, 2000, s. 87). Forslaget om mulige lovendringer – analysert som en posisjonering i det politisk-byråkratiske felt – avviker fra den særs teknologiskeptiske posisjonen i innledningen av dokumentet og fremstår derav som heterdox om man anskuer dokumentet isolert sett. Det at regjeringen foreslår en oppmykning av lovverket omkring teknologibruk i demensomsorgen er i så måte en motstridende posisjonering, i retning av mer bruk av inngripende teknologier – stikk i strid med de innledende posisjoneringene. Forslaget representerte i så måte et brudd med tidligere praktikker som derav også trolig bidro til å forskyve det herskende synet (doxa) om hva som er legitimt i både ord og gjerning.

De motstridende posisjoneringene i dokumentet kan på den annen side vitne om kamper i feltet, eller det Bourdieu omtalte som motstridende interesser i staten (Bourdieu, 1993/2010) der staten – eller nærmere bestemt dets byråkratiske subfelter – ifølge Bourdieu (1993/2010) er et kampfelt på lik linje med alle sosiale felter, der posisjoneringer mot henholdsvis en venstre eller høyreakse av politikk og samfunnsliv kan komme til uttrykk som tvetydige posisjoneringer i ett og samme politiske dokument. Bourdieus teori om statens venstre og høyre hånd i byråkratiene, viser til kamper mellom de ulike departementer innad i byråkratiet, der Bourdieus teser vedrørende det franske samfunnet på 1990-tallet¹⁰⁴ var at «venstrehånden» (ivaretakerne av de kostbare velferdstjenestene slik som sosialtjenester, sykehus ol.) var blitt glemt av «høyrehåndens» økonomisk rasjonelle teknokrater, finansdepartementer ol., som til syvende og sist førte kostnadskrevende «sosial lidelse» – ikke besparelser slik «høyrehånden» hevdet. Bourdieu (1992/2011, s. 166-167) drøfter her en velferdsstatlig tilbaketrekking som følge av nyliberalistiske strømninger, der staten har mislyktes i idealet om å være allmenninteressens vokter.

¹⁰⁴ Bourdieus raseri mot det politiske felt var økende i perioden 1990 og utover 2000-tallet, der spesielt en kritikk av neoliberalismens og forsvar av velferdsstaten var et gjennomgående tema (Prieur, 2011).

De motstridende posisjoneringene i de analyserte dokumenter kan nok ikke utelukkende forklares med bakgrunn i partipolitisk regjeringssammensetning mot sentrum-høyre, men tvert imot er det et poeng at forskjellene mellom de partiene som historisk sett har kommet i posisjon til å regjere representerer mindre forskjeller i Norge. De politiske motpolene er ganske små i Norge til sammenligning med andre land – selv om det er klare forskjeller mellom sosialistiske og ikke-sosialistiske partier – har for eksempel høyrepartiene beveget seg mot venstre gjennom konsensus om eksempelvis politisk likhet og folkesuverenitet (Hanssen et al., 2011, s. 88-89). Haukelien (2019, s. 189-190) påpeker videre at også høyresiden i Norge fremmer statens ansvar for universelle velferdsgoder og at dette ståstedet kan anses å være et premiss for å bli tatt seriøst i det politiske ordskiftet.

Et annet sentralt poeng er at det byråkratiske embetsverket består, uavhengig av regjeringsskifter mot den høyre eller venstre aksene av partipolitikken (Hanssen et al., 2011, s. 139). Selv om byråkratene må ta hensyn til det partipolitiske ståstedet de demokratisk valgte politikerne de arbeider under representerer, utgjør byråkratene på bakgrunn av sine disposisjoner og høye kapitalvolum likevel en dominant posisjon av samfunnet som er i posisjon til å glatte ut politiske motpoler. Med det mener jeg at globale strømninger som nyliberalismen er et eksempel på en dominant posisjon som har vist seg å bestå i statsbyråkratiet på tross av regjeringsskifter mot venstreaksene av politikken. Et sentralt eksempel i denne sammenheng knytter seg til at Arbeiderpartiet (Ap) har bidratt til å innføre New Public Management som styringsideologi i norsk helsevesen, helt tilbake til 1980-tallet (T. Christensen, 2006, s. 224), men særlig 1990-tallet i norsk hjemmetjenestekontekst (Vabø, 2007). På samme måte kan det analyserte dokumentets tvetydige posisjoneringer forstås som en partipolitisk posisjonering i en regjerende maktposisjon, der spesielt KrF sine «myke» verdier og fremhevelse av den menneskelige omsorgen får mye plass – mens byråkratiet i dette empiriske eksempelet fremstår som dominant i form av å overkjøre det humanistiske omsorgsbudskapet ved å foreslå en politikk (f.eks. forslag om lovendringer) som i praksis vil virke stikk i strid med de overordnede partipolitiske posisjoneringene. Om det er politiske rådgivere eller

forvaltningen som bidrar til at dokumentet fremstår som tvetydig med en særlig diskrepans mellom ord og handlinger vites ikke siden dokumentet er det Bourdieu, Christin og Will (2010) omtaler som et «forfatterløst dokument» skrevet av byråkrater på vegne av staten.

Om vi vender tilbake til det første analyserte dokumentet fra det helse- og omsorgspolitiske felt og byråkratiske subfelter fra begynnelsen av 2000, vil jeg argumentere for at også kampene som kommer til uttrykk i dette dokumentet kan analyseres i lys av nyliberale ideologiske strømninger, som kom til uttrykk gjennom konkrete politiske virkemidler (innsparinger) som fant sted i den aktuelle tidsperioden. Det å åpne opp for lovendringer relatert til inngripende teknologibruk for personer med demens, kan vitne om at «høyrehåndens» rasjonale relatert til innsparinger og økt individualisme i økende grad ble rådende. Videre kunne det å åpne opp i lovverket for mer inngripende overvåkningsteknologier forstås som en viktig legitimeringsstrategi av teknologiske overvåkingspraktikker, som i så måte også kan bidra til å endre doxaet i befolkningen omkring hva man kan akseptere av inngripende teknologier. I mange av Bourdieus tekster om moderne vestlige staters genese trekkes det juridiske felt og juristene¹⁰⁵ frem som svært mektige agenter på veien mot å skape staten slik vi kjenner den i dag, både i form av diskurser og praksisformer. Juristene har på bakgrunn av sine disposisjoner vært i posisjon til å både skape og opprettholde det som regnes som universelt. Bourdieu (1993/2010) peker her på en kamp mellom den juridiske vitenskap og sosiologien om hvem som er best egnet til å definere føringer, skrevne og uskrevne regler, eller doxa på ulike samfunnsområder. Fordi juristene historisk sett har vært så tett på statsapparatet og del av det som konstituerer staten, hevder Bourdieu

¹⁰⁵ Også i norsk statsdannelse har juristene hatt stor makt og innflytelse. I det historikeren Jens Arup Seip definerer som «embetsmannsstaten» (1814-1884) hadde juristene en dominant posisjon, sammen med medisinerne, teologer og offiserer (Dørum, 2021; Slagstad & Messel, 2014, s. 9). I overgangen til parlamentarisme og «venstrestaten» (1884-1940) var det advokaten Johan Sverdrup og en øvrig juridisk elite som ledet opposisjonen, mens det gradvis kom flere profesjoner til makten, som for eksempel lektorene. Perioden etter 1945 omtales som «arbeiderpartistaten», der det skjedde en ytterligere svekkelse av juristenes makt og det juridiske hegemoni ble utfordret av samfunnsvitenskapelige profesjoner slik som sosialøkonomer, samtidig som velferdsstasprofesjonene vokste frem (Slagstad & Messel, 2014, s. 9).

(1993/2010, s. 130-131) at deres posisjon ikke er objektiv nok for å kunne besitte en definisjonsmakt (metakapital) omkring den riktige (universelle) viten om hva som er rett og galt, eller har symbolsk verdi.

Christensen og Holsts (2021, s. 63) gjennomgang av ekspertveldet i norsk utredningspraktikk (NOU-tradisjonen) peker også på at juristenes posisjon i forvaltningen har blitt svekket gjennom årenes løp til fordel for samfunnsvitere og (samfunns)økonomer, men på den annen side er juridiske spørsmål som regel alltid en del av det faglige grunnlaget som utredes. Jurister er derav fremdeles betydningsfulle posisjoner i politiske kommisjoner, spesielt i tilfeller der spørsmål av normativ art utredes (Christensen og Holst, 2021, s. 27).

Den juridiske maktens viktige symbolske verdi har relevans for å forstå betydningen av det aktuelle caset fra det analyserte dokumentet, der regjeringen foreslår en oppmykning i lovverket vedrørende inngripende overvåkingsteknologier. Tenker man med Bourdieus posisjoneringer av juristene og det juridiske felts grad av makt, kan lovendringer i så måte anses å være et sterkt virkemiddel statsbyråkratiet kan bruke for å endre praktikkene og hva som blir mulig å gjennomføre av teknologiske våkepraktikker i konsumpsjonsfeltet, både på bakgrunn av å endre doxa om saken og mer konkret ved å endre hva som er lov (staten i aksjon som en dobbelt sosial konstruktør). Det kan også argumenteres for at dokumentets innledende overvåkingskritiske posisjoneringer mister noe av sin troverdighet (på tross av å oppta mer spalteplass), når det juridiske felt i neste vending trekkes inn for å muliggjøre mer inngripende teknologibruk. Dokumentet bryter i så måte med den teknologikritiske posisjon, dog mer implisitt og tvetydig.

Det andre analyserte dokumentet 2000-tallet; St. meld. Nr. 25. (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*, kan sies å markere et eksplisitt brudd med de ortodokse og teknologikritiske posisjoneringer som bl.a. kom til uttrykk i det første analyserte dokumentet. I dette dokumentet relanseres teknologiens viktige rolle som problemløser for fremtidens eldreomsorg, imidlertid med enda sterkere

språklige virkemidler enn tidligere dokumenter. Der dokumentene tilbake i historien posisjonerte ulike varslings- og alarmsystemer som lovende hjelpemiddel for tjenestene og brukernes trygghet, fremstilles teknologi nå i større grad og mer gjennomgående¹⁰⁶ som et *premiss*¹⁰⁷ for velferdsstatens kontinuitet og bærekraft (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006).

Foruten en tradisjonell framskriving av fremtidens omsorgsutfordringer som følge av demografiske endringer, posisjoneres den eldre generasjonen på en ny måte i dette dokumentet, sammenlignet med tidligere dokumenter. Det tegnes et bilde av en ny generasjon eldre som beskrives som mer friske, høyt utdannede med en god økonomi, som følgelig vil medføre at denne generasjonen eldre vil ønske seg en mer aktiv tilværelse med rett til å bestemme over eget liv (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 42). Den nye eldregenerasjonen hevdes også å ville være mer fortrolig med IKT, selv om det vil være viktig med «*kontinuerlig opplæring og årvåkenhet, slik at man unngår å ekskludere enkelte grupper eldre på bakgrunn av digitale skiller*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 43). For å legitimere synet på den nye generasjon eldre (som senere blir et doxa), vises det til en dansk og en norsk rapport.¹⁰⁸ Den danske rapporten er utgitt av Ældresagen (interesseorganisasjon for eldre) og baserer seg på en spørreundersøkelse av organisasjonens medlemmer i alderen 40-74 år, altså ikke de eldste eldre som kjennetegnes av større sykdomsbyrde og svekkelse¹⁰⁹. Ved gjennomgang av den norske rapporten ble det funnet et kapittel som tar for seg teorier

¹⁰⁶ Se f.eks. s. 5, 11-12. 43, 58, 66, 69, 80 og 91-92.

¹⁰⁷ I mine analytiske arbeider med registrantanalysene og presentasjon av funn herav på den internasjonale samfunnsvitenskapelige konferansen «Transforming Care» i 2021, var et presentert kjerneargument at det kan synes å ha vært en overgang i posisjoneringene omkring velferdsteknologi i politiske dokumenter gjennom historien fra «*a promising aid to a premise for the survival of the Welfare state*». Det ble i presentasjonen og paperet argumentert for at teknologien opprinnelig ble posisjonert som et lovende hjelpemiddel og et supplement til andre tjenester i hjemmetjenestene, mens velferdsteknologi de seneste par tiår i større grad har blitt posisjonert som et premiss for velferdsstatens overlevelse i Norge og andre vestlige kontekster. Teknologiens trygghetsskapende og tidsbesparende egenskaper syntes å i størst grad å bli brukt som en legitimeringsstrategi for praktikken der ordspillet «*technology as both a time saver and saviour*» fikk frem dette andre sentrale funnet (Alvsåker, 2021).

¹⁰⁸ Ældre Sagen (2001), *Nye tider – nye eldre*. Ældre Sagens Fremtidsstudie. København og Slagsvold, B. og Daatland, S. O. (red) (2006), *Eldre år, lokale variasjoner*. NOVA rapport 15/2006.

¹⁰⁹ Se for eksempel Veenstra, M., & Daatland, S. O. (2012). *Bærekraftig omsorg?: familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* NOVA rapport 2/2012, s.22 og 111.

om aldring – der forskerne blant annet drøfter at synet på hvem som kan regnes å være gammel har forskjøvet seg med årenes løp – men utover dette er det få empiriske belegg å spore når det hevdes at fremtidens eldre vil være mye mer ressurssterke enn nåtidens eldregenerasjon. I tillegg til fagrapportene vises det til posisjoneringer fra Norsk ergoterapiforbund, som argumenter for at holdningsendringer må til for:

*«å skifte fokus i synet på brukerne: fra brukere bare som **passive** mottakere av omsorgstjenester og storforbrukere av offentlige ressurser, til brukere som **aktive** bidragsytere og ressurser både for familiene og samfunnet, som ønsker å bo i egne **hjem** og **klare seg selv** så lenge som mulig. Med dette utgangspunktet blir det viktig å spørre: Hva skal til for at vi i størst mulig grad kan aldres som sunne, aktive, deltakende, selvhjulpne, autonome¹¹⁰ og trygge individer?»* (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 43, mine uthevinger).

Ergoterapiforbundets oppsummerer det herskende doxaet i det politisk-byråkratiske felt, men sitatet fremstår også som en posisjonering som kan tolkes i lys av tilstedeværende profesjonskamper som har pågått fra velferdsstatens fremvekst til i dag. Meldingens overordnede posisjon står i homologi til kjernen i ergoterapiprofesjonens virke, forstått som å bidra til selvstendige og aktive liv gjennom tilpassing av boligen og bruk av (tekniske) hjelpemidler (Laberg, 2011). Det kan derav tolkes som strategisk lurt av ergoterapeutene å posisjonere seg i tråd med byråkratiske forståelsesrammer, samtidig som det gir gjenklang til deres profesjonsfaglige ethos eller interne doxa. I likhet med ergoterapeutenes posisjonering (tro til det byråkratiske doxa) vises det i meldingen til at omsorgsutfordringer i større grad må løses i familie, lokalsamfunn og frivillig sektor i fremtiden (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 11).

Videre fremmes det at vi som samfunn/velferdsstat på dette tidspunktet befinner oss i et mulighetsrom, der de største konsekvensene av «eldrebølgen» først vil ses mot år 2020 – hvorpå det neste tiåret kan brukes til å utvikle nye tiltak og investere i ny teknologi og utstyr (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 5-11). Teknologiens ressursbesparende egenskaper nevnes ved flere anledninger, der bruk av teknologi slik

som IKT-løsninger, smarthusløsninger, telemedisin og ny omsorgsteknologi hevdes å kunne «bidra til å hindre institusjonalisering, gi brukerne større **uavhengighet** av hjelpeapparatet og et bedre lokalt medisinsk tilbud» (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 13, min utheving). Videre hevdes det at samme type teknologier kan:

*«...gi muligheter til å forbedre **produktiviteten** i en svært arbeidsintensiv sektor. Teknologi vil imidlertid **aldri kunne erstatte menneskelig kontakt**. Det bør derfor legges opp til en teknologiutvikling som gjør at de ansatte kan bruke mer av sin tid på de primære omsorgsoppgavene og mindre til transport, administrasjon, tilsyn og tunge løft»* (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 92, mine uthevninger).

Dette sitatet er både uttrykk for (velferds)statens iboende tvetydighet, der kamper om motstridene interesser finner sted i de ulike statsbyråkратиene, samtidig som en rekke teser om teknologiens tids- og ressursbesparende egenskaper fremmes. Dokumentet som helhet viser i stor grad til forskning, fagrapporter, statistikk, spørreundersøkelser og annen faglitteratur for å begrunne påstandene, men når det gjelder tesene om teknologi ble det ikke funnet henvisninger til forskningsarbeider eller fagrapporter om teknologi. Sitater under peker på en rekke teser (uthevet):

*«Erfaringene viser at smarthusteknologi kan være et verdifullt **supplement** til menneskelig assistanse, dersom den anvendes på en etisk forsvarlig måte. Denne teknologien kan bidra til at folk kan **bo lengre hjemme**, og til at ansatte kan være **mobile**, samtidig som de blir varslet dersom noe unormalt hender hjemme hos en bruker. For å **forebygge** og **varsle** ulykker og gi beboerne økt **trygghet** og **selvstendighet**, er det fornuftig å legge til rette for større utbredelse av smarthusteknologi, både i private hjem, omsorgsboliger og sykehjem... Dette vil også kunne gi **bedre kvalitet** på tjenestene, **bedre arbeidsforhold** for personalet, og **økonomiske gevinster** for kommunene* (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 81, mine uthevninger).

I dokumentet vises det til at tesene baserer seg på erfaringer, men det henvises ikke til noe publisert materiale. Tesene kan i så måte tolkes som uttrykk for et byråkratisk doxa som ingen stiller spørsmål ved lenger. Foruten å bidra til avstandsoppfølging, muligheten til å bli boende lengst mulig hjemme, trygghet, selvstendighet, sikkerhet, bedre kvalitet og arbeidsforhold, samt økonomiske gevinster – pekes det på at teknologi også kan brukes på andre områder slik som sosialt stimuli og tilgjengeliggjøring av

kulturtilbud for eldre som bor langt unna (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 101). Dette forslaget vitner om en tilstedeværende teknologioptimisme, der kun kreativiteten setter grenser for hvilke problemer teknologi i uspesifisert form kan bidra til å løse.

Av symbolske representasjoner i dokumentet kan forsideillustrasjonen tolkes som et menneske som har armene hevet over hodet og kaster en ball, eller gjør en annen form for aktivitet. Bildet gir i så måte assosiasjoner til dokumentets overordnede budskap om verdien av aktiv omsorg. Språklig anvendes mange ulike teknologibegreper, noe som kan tyde på at en offisiell begrepsbruk på området ikke har landet – ei heller begrepsdefinisjonene. Det er for eksempel vanskelig å forstå hva forskjellen på omsorgsteknologi og smarthusteknologi dreier seg om, men det er imidlertid interessant at det verdiladede omsorgsbegrepet som man kan tenke seg at mange har positive konnotasjoner ved legges til ordet teknologi. Historiens kamper om teknologi i omsorg har som nevnt i likhet kretset rundt en dikotomi mellom (varm) og menneskelig omsorg versus (kald) teknologisk overvåking (Corneliussen & Dyb, 2017; Pols & Moser, 2009; Sandelowski, 2000). Begrepet omsorgsteknologi som stammer fra det engelsk språklige begrepet «telecare», kan i så måte kan være en språklig eufemisme eller annen form for forskjønnelse/tilsløring av en virkelighet der velferdsstaten i realiteten trekker seg tilbake og det blir mindre tid til menneskelig omsorg, der teknologien er satt til å kompensere for utviklingen. Både teser og symbolske virkemidler slik som illustrasjoner og begrepsbruk kan om man tenker med Bourdieus begrep «staten som dobbelt sosial konstruksjon» – hevdes å tilhøre den første komponenten av den statlige virkelighetskonstruksjonen der en rekke teser om saken bidrar til å skape et overordnet et doxa om teknologisk overvåking, som både reproduseres og tas opp til forhandling av konsumpsjonsfeltets agenter.

Eksempler på statlige praksisformer og virkemidler som kan tenkes inn under den andre del av det teoretiske begrepet «staten som dobbelt sosial konstruksjon» dreier seg for eksempel om at regjeringen posisjonerte seg dit hen at det skal lønne seg å tilrettelegge privatboligen for alderdommen. For eksempel foreslo regjeringen at en

rekke tilskudd og finansieringsordninger må innrettes på en slik måte at det stimulerer til bedre boligtilpasning og bruk av smarthusteknologi for eldre og funksjonshemmede (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 80). Videre pekes det igjen til endring av lovverket for å bidra til regjeringens målsettinger i meldingen, spesielt med tanke på samhandling mellom helseinstanser (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 7). Teknologiske overvåkningspraktikker fremmes videre ved at kommunene bes om å tilrettelegge for fremtidens teknologisatsning ved å bygge opp teknisk infrastruktur, sikkerhet og systemer, samt legge til rette for oppkobling til Norsk helsenett¹¹¹ (St.meld nr. 25 (2005-2006), 2006, s. 86).

Det tredje analyserte dokumentet fra perioden 2000-2009 var St. meld. nr. 47 (2008-2009) (2009) Samhandlingsreformen. *Rett behandling- på rett sted- til rett tid*¹¹². Reformen som trådte i kraft i 2012, la enda større vekt på at eldre og andre hjelpetrequende skulle ivaretas av kommunehelsetjenesten gjennom kraftfulle reguleringer og virkemidler, under dekket av at det var store samhandlingsutfordringer mellom tjenestenivåene (St. meld. nr. 47 (2008-2009) (2009), s. 13-16). Det er relativt lite fokus på teknologi som problemløser eller premiss for gjennomføringen av reformen, men teknologi for å understøtte bedre samhandling mellom tjenestenivåene ble derimot vektlagt (St. meld. nr. 47 (2008-2009) (2009), s. 133). Videre ble utvikling av avansert medisinsk teknologi problematisert – i likhet med dokumentene under 1980-tallets effektiviseringsbølge – som et mulig fordyrende element (St. meld. nr. 47 (2008-2009) (2009), s. 114).

¹¹¹ Norsk helsenett er et statsforetak som sørger for sikker digital samhandling ved å drifte, utvikle og forvalte nasjonale e-helse og forvaltningsløsninger <https://www.nhn.no/om-oss> Lastet ned 20.01.23

¹¹² Dokumentet kan som følge av å være en stortingsmelding regnes for å være et forfatterløst dokument skrevet av Helse- og omsorgsdepartementet (byråkratiet) på vegne av regjeringen (staten). Det fremkommer imidlertid i dokumentets innledende deler at det i tematikken samhandling sin natur ligger implisitte krav om brukermedvirkning. Regjeringen hevder derav å ha vært i tett dialog med ulike aktører i både spesialist og primærhelsetjenesten under arbeidet med reformutformingen. Videre ble det opprettet en rådgivende ekspertgruppe. Ved innhenting av biografiske data om ekspertgruppen viser det seg at disse i likhet med de foregående utvalg og kommisjoner består av høyt posisjonerte og profilerte personer som er aktive i samfunnslivet på ulikt vis, særlig dominert av politikere, helseledere, samfunnsøkonomer og forskere (jfr. underkapittel 3.5.2).

I Samhandlingsreformen fra 2009¹¹³ ble bokstaven L erstattet med B i begrepet BEON («beste effektive omsorgsnivå») for å legitimere at en offensiv desentralisering av ansvaret for omsorgen til spesielt skrøpelige eldre og alvorlig syke var til alles beste, noe Herdis Alvsvåg (2022a, s. 112) også drøfter. Andre konsekvenser av reformen var knyttet til at kommunene ble ilagt et straffegebyr om de ikke var klare til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene, samt at lokalmedisinske sentre ble etablert for å bøte på noe av pasienttrykket fra sykehusene (Haukelien et al., 2015, s. 7). Bruken av straffegebyr som virkemiddel fra den statlige (dominante) spesialisthelsetjenesten er noe analysene til nå har vist at var et tiltak som ble foreslått over 20 år tidligere i NOU 1982:10. Om innføringen av tiltaket i 2012 vitner om en enda tøffere innstrammingspolitikk for primærhelsetjenesten på dette tidspunktet enn den man så i de økonomiske krisetidene på 1980-tallet vites ikke, men at Samhandlingsreformen har skapt økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene bestrides ikke. Mye av kritikken i ettertid har dreiet seg om at reformen ble raskt vedtatt og at kommunene ikke hadde tilstrekkelig med kompetent personell til å håndtere den økende tilstrømmingen av alvorlig syke og pleietrengende (Gautun & Syse, 2017; Haukelien et al., 2015).

Noe av forklaringen på den offensive desentraliserings- og effektiviseringspolitikken som Samhandlingsreformen representerer kan tolkes i lys av historiske og kontekstuelle vilkår i den aktuelle tidsperioden. I 2008 var den en global finanskriser som førte til den kraftigste nedgangen i verdensøkonomien siden 1930-tallet, som blant annet medførte store kutt i velferdsytelser særlig i Sør-Europa, mens Norge igjen i mindre grad ble berørt (Halvorsen et al., 2013, s. 52). Norge og de sammenlignbare nordiske velferdsstater har på den annen side ofte vært lydhør overfor OECD og andre mektige globale organisasjoners råd og føringer for velferdspolitikken (H. M. Dahl, 2017; Kildal & Kuhnle, 2004). Det er derfor rimelig å anta at noe av innstrammings- og desentraliseringspolitikken i offentlig sektor generelt – og de kommunale pleie- og

¹¹³ Reformen ble iverksatt i 2012 (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015, s. 7)

omsorgstjenestene spesielt – i noen grad var relatert til globale økonomiske forhold. For eksempel vet man at mange av ideene i Samhandlingsreformen var inspirert av britiske reformer og omorganiseringer – deriblant ideen om lokalmedisinske sentre – som i høy grad var tuftet på NPM-ideologien (Pedersen, 2013; Veggeland, 2013).

I det fjerde analyserte dokumentet for perioden St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* fra Nærings- og handelsdepartementet, vies innovasjon i offentlig sektor ny oppmerksomhet. Det problematiseres at offentlig sektor står for en stor del av landets sysselsetting (om lag 30 % i 2006) og en betydelig del av norsk økonomi (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 123). For å kunne ivareta samfunnets velferdsordninger vil innovasjon og omstilling være en nødvendighet heter det seg i Stortingmeldingen (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 6), hvorpå det på side 124 gjøres eksplisitt at helse- og omsorg trolig vil være den sektoren med mest potensiale for omstilling. For å begrunne og legitimere behovet for innovasjon i offentlig sektor generelt og helse- og omsorgstjenesten spesielt, vises det til både tidligere helse- og omsorgspolitiske dokumenter, samt statistiske beregninger og fagrapporter (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 123-130). Det vises også til OECD-rapporten *Modernising Government: The Way Forward* og en rekke av forskningsprogrammer i EU (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 125-129), deriblant et program som har til målsetting å utvikle paneuropeiske IKT-løsninger gjennom finansiering av pilot-prosjekter. Regjeringen posisjonerer seg dit hen at deltagelse i EU-programmer og nettverk som har som målsetting å fornye offentlig sektor er ønskelig å videreføre i årene fremover. Videre vises det til en OECD-evaluering av norsk næringsliv og økonomi, der det anbefales å styrke innovasjonsaktiviteten gjennom det statlige virkemiddelapparatet der Forskningsrådets bevilgninger til forskning og ordninger slik som SkatteFUNN¹¹⁴, innovasjonsarbeid gjennom

¹¹⁴ SkatteFUNN er en skattefradragtsordning som har til hensikt å stimulere til forskning og utvikling i næringslivet, der bedrifter som kan dokumentere FoU-prosjekter kan få deler av prosjektkostnadene trukket fra på skatten. SkatteFUNN administreres av Norges forskningsråd og Skatteetaten (Altnin, 2020).

organisasjoner slik som Innovasjon Norge¹¹⁵ og Innomed¹¹⁶ (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 32, 133), er eksempler som trekkes frem. Videre hevdes det på side 135-136 at innovasjon og gründervirksomhet kan fremmes gjennom offentlige anskaffelser, igjen med henvisning til OECD, samt en fagrapport¹¹⁷ skrevet på oppdrag fra NHO¹¹⁸. Offentlig sektor oppfordres til å bli «krevende kunder» som ved å fremme sine behov til næringslivet både kan bidra til å effektivisere tjenestene og fremme nye innovasjoner (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 9, 41, 99, 124, 135).

Den overordnede posisjonen i dokumentet handler om at landets velferdstjenester er under press, både på bakgrunn av økte omsorgsbehov, færre helprofesjonelle og på grunnlag av at landets primærnæring olje- og energisektoren vil måtte omstille seg i fremtiden. Det vil derfor være behov for innovasjon i både privat og offentlig sektor og på tvers av fagfelt for å skape nye verdier for landet. Viktigheten av innovasjon og utvikling av nye teknologier fremmes herav som aktuelle både for energi- og helse- og omsorgssektoren (St. meld. nr. 7 (2008-2009) (2009), s. 79-124). For å oppfylle disse målsettingene vises det innledningsvis i Stortingsmeldingen til at regjeringen har besluttet å nedsette et offentlig utvalg¹¹⁹ som skulle utrede ulike former for tiltak som kunne fremme innovasjon i offentlig sektor, med særlig fokus på helse- og omsorgssektoren i kommunene.

¹¹⁵ Innovasjon Norge (IN) er et offentlig og delvis statseid selskap (51 % eies av Nærings- og fiskeridepartementet, 49 % av fylkeskommunene) som gir finansiering, rådgiving og profilering av norsk næringsliv og turisme. Gründere kan søke IN om både lån og andre finansielle støtteordninger med henblikk på å stimulere til nyskaping og vekst i norsk næringsliv. IN kan føre sin historie tilbake til en rekke statlige fond og banker fra tidligere tider, som gjennom historien har blitt sammenslått, først kalt Distriktenes Utbyggingsfond (1961), senere Statens Nærings- og Distriktsutbyggingsfond (1993) og til sist Innovasjon Norge i 2004 (Isaksen, 2022).

¹¹⁶ Innomed er et nasjonalt kompetansenettverk for innovasjon i helsesektoren som eies av de fire regionale helseforetakene og KS. Innomeds rådgivende tjenester utføres av ansatte fra ulike konsulentfirmaer, deriblant PA Consulting Group som har blitt tildelt mange oppdrag av Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, under ledelse av Helsedirektoratet og KS <https://innomed.no/om-innomed> Nedlastet 07.02.23

¹¹⁷ Christian Hambro, «Offentlige anskaffelser som fremmer innovasjon – Analyse og forslag til tiltak.» (2007)

¹¹⁸ Næringslivets hovedorganisasjon er Norges største interesseorganisasjon for bedrifter

¹¹⁹ Dette utvalget skulle komme til å bli ledet av professor i samfunnsøkonomi Kåre Hagen, og resultere i den mye omdiskuterte NOU-en *Innovasjon i omsorg* fra 2011.

I kjølvannet av denne nye nærings- og innovasjonspolitikken har næringslivsklynger slik som Norwegian Smart Care Cluster (NSCC) med over 290 medlemsbedrifter innen helse- og velferdsteknologi oppstått. Når man går inn og leser om klyngen finner man imidlertid raskt ut av at delvis statseide organisasjoner og foretak står på både eier og medlemssiden. Videre er klyngen medlem i Innovasjon Norges (delvis statseid) klyngeprogram, som på sine nettsider referer til medlemskap i EUs klyngeordning (Norwegian Smart Care Cluster, 2023). NSCC har under arbeidet med denne avhandlingen fremstått som en aktiv agent på diverse observerte statlige arrangementer, samt arrangementer i regi av FOU-institusjoner og academia. NSCC posisjonerer seg som et initiativ som har til hensikt å hjelpe private bedrifter «opp og frem» i det uoversiktlige landskapet kommunale pleie- og omsorgstjenester. At klyngens eierskap peker til både staten, men også en stor og betydningsfull transnasjonal organisasjon som EU, underbygger tesen om at velferdsteknologi som politisk satsningsområde har hatt sin opprinnelse (genese) langt utenfor det norske politisk-byråkratiske felt.

St. meld. nr. 7 (2008-2009, s. 133) sin overordnede posisjonering til teknologi i omsorg markerer flere brudd med de tidligere analyserte helse- og omsorgspolitiske dokumentenes posisjoneringer til saken. For det første lanseres en rekke nye teser om teknologienes gunstige effekter, ikke bare kan omsorgsteknologi effektivisere tjenestene, men utvikling av nye helse- og omsorgsteknologier kan også utvikle seg til å bli en ny næring for nasjonen Norge. Den samme problem- og løsningsforståelsen lever videre i de påfølgende årene og følges opp i en Stortingsmelding fra Kommunal og moderniseringsdepartementet i 2020 om innovasjon i offentlig sektor:

«Fremover vil Norge møte utfordringer som utfordrer bærekraften i dagens velferdssamfunn. Petroleumsnæringen vil fortsatt være viktig i flere tiår til, men vil bidra langt mindre til det økonomiske handlingsrommet enn det Norge har vært vant til. Andelen eldre øker, samtidig som det blir færre yrkesaktive. Den globale oppvarmingen og de negative miljøendringene må begrenses. Samtidig vil befolkningen fortsatt ha høye forventninger til offentlig sektor, og Norge skal bidra til å nå verdensmålene for bærekraftig utvikling innen 2030» (Meld. St. 30 (2019-2020), 2020, s. 7) .

Dette sitatet oppsummerer bruddet som 2000-tallet representerer der en ny innovasjon- og næringspolitisk argumentasjon vokste frem. I den sammenheng vil jeg argumentere for at dokumentets posisjonerings ble betydningsfulle i årene fremover på veien mot å legitimere at teknologiutprøving (såkalt pilotering) kunne vokse frem som en ny sosial praksis i det kommunale pleie- og omsorgstjenestefeltet. For eksempel argumenteres det i dokumentet for å knytte privat og offentlig sektor nærmere hverandre, der de offentlig ansatte omtales med en ny markedsorientert terminologi som både krevende kunder og potensielle gründere gjennom offentlige anskaffelsesprosesser.

Forsøker man å forstå og forklare hvordan denne nye sosiale praksisen (teknologipilotering) blir mulig viser regjeringen til både OECD og EU-initiativ for å legitimere utviklingen, i tillegg til det nasjonale virkemiddelapparatet (ulike byråkratiske organ som fremmer forskning, teknologiutvikling, innovasjon) og drivkrefter i næringslivet (NHO). Posisjoneringsene i dokumentet omkring innovasjonspotensialet ved offentlige anskaffelser var del av en rekke internasjonale strømninger¹²⁰ som ledet frem til opprettelsen av det statlige Leverandørutviklingsprogrammet i 2010. Dette programmet er nok et eksempel på et statlig initiert og byråkratisk drevet program som har til hensikt å stimulere til innovasjon i offentlige tjenester bl.a. gjennom såkalte «innovative offentlige anskaffelser». Programmet eies av Næringslivets hovedorganisasjon (NHO), men også andre deler av det statlige virkemiddelapparatet slik som KS, DFØ¹²¹, Innovasjon Norge og Forskningsrådet (LUP, 2023b).

¹²⁰ For eksempel hadde Nordisk ministerråd fanget opp EU-målsettingen om innovative offentlige anskaffelser og engasjert konsulentfirmaet DAMVAD til å kartlegge de nordiske landenes bruk av innovativ anskaffelsesmetode til sammenligning med tradisjonelle offentlige anskaffelsesprosesser. Fra norsk kontekst trekkes det frem et eksempel på en kommune som gjorde en innovativ anskaffelse på en totalløsning for et omsorgsbolig + kompleks der velferdsteknologiske løsninger var del av anskaffelsen (Nordic Council of Ministers, 2011, s. 41).

¹²¹ Direktoratet for forvaltning og økonomistyring er fagorgan for økonomistyring og anskaffelser i offentlig sektor (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2023a). Finansdepartementet har den administrative og budsjettmessige ledelsen av DFØ, men fagansvaret er fordelt mellom Finansdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2023b).

Teknologirådet var også en betydningsfull agent i kategorien politisk uavhengig fagorgan finansiert av og for staten i denne perioden, der rapporten *Fremtidens alderdom og ny teknologi* fra 2009 ble mye sitert og derav symbolsk sett betydningsfull. Teknologirådet underbygger i stor grad det byråkratiske doxaet om omsorgsteknologiens potensiale for å løse fremtidens omsorgsutfordringer. Fremtidens eldre generasjon posisjoneres også i dette dokumentet som svært ressurssterke og aktive, sammenlignet med tidlige tiders eldre (Teknologirådet, 2009, s. 7). Teknologien linkes opp mot denne ressursfulle gruppen eldre (Teknologirådet, 2009, s. 130-131), samtidig som teknologiens potensiale for effektivisering av tjenestene løftes frem¹²². Både smarthusløsninger, kroppssensorer, GPS-sensorer for avstandsoppfølging av personer med demens og robotteknologi nevnes som teknologier man ser for seg at kan tas i bruk i nær fremtid. Ortodoxe posisjoneringer om at teknologi ikke kan erstatte menneskelig omsorg – men derimot et verktøy som kan brukes som et supplement for å unngå ensomhet, økt isolasjon og inngrep i privatlivet – er også til stede i dokumentet (Teknologirådet, 2009, s. 13, 20, 33 og 39), mens dokumentet som helhet derimot fremstår som tro til det herskende doxa og overordnet sett teknologioptimistisk.

Både Samhandlingsreformen og fokuset på teknologisk innovasjon i offentlig sektor i den siste analyserte Stortingsmeldingen fra Næring- og handelsdepartementet er eksempler på hvordan internasjonale strømninger og posisjoneringer fra mektige verdensomspennende organisasjoner slik som EU, WHO, FN, OECD mfl. har påvirket politikktutformingene i Norge (Jacobsen, 2022; Tøndel & Seibt, 2019) – og de øvrige nordiske velferdsstater (H. M. Dahl, 2017). Pedersen (2013) argumenter for eksempel for at et av de sentrale tiltakene i Samhandlingsreformen om etableringen av lokalmedisinske senter i stor grad var inspirert av organiseringsformer for primærhelsetjenesten i hovedsakelig Storbritannia og USA, der også Tyskland og Danmark etablerte slike sentre i samme tidsperiode. Jacobsen (2022) drøfter i likhet hvordan innovasjonsbudskapet i NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* representerte et

¹²² På side 32-42

nytt narrativ der fortidens tjenester ble målt opp mot antatt nye og bedre løsninger i fremtiden. Jacobsen peker på at denne måten å (d)evaluere omsorgssektoren på samsvarer med diskursen i «policy-dokumenter» fra mektige internasjonale agenter slik som EU og WHO fra midten av 2000-tallet.

5.4.1 Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 2000-tallet

I dette delkapittelet har jeg pekt på at det i perioden 2000-2009 var mektige internasjonale organisasjoner som engasjerte seg på det helse- og omsorgspolitiske feltet, som bidro til å sette innovasjon og teknologisk omsorg på dagsordenen på både nasjonalt og internasjonalt plan. Videre ble det tilsynelatende brukt kraftigere statlige virkemidler for å stimulere til måloppnåelsen, f.eks. ved å nedsette et offentlig utvalg som skulle utrede forskjellige tiltak for å innovere omsorgssektoren, samt omdefineringen av offentlige anskaffelsesprosesser til å bli en arena for innovasjon. I det nasjonale helse- og omsorgspolitiske byråkratiet var det tilsynelatende ikke lenger spørsmål om det skulle satses på teknologi i eldreomsorgen, men snarere tale om en kamp om *hvordan* disse målsettingene skulle iverksettes. I den sammenheng fremstår spørsmålet om *hvilke* posisjoner i feltet som skulle være toneangivende i utviklingen som uavklart i denne perioden, der det i bourdieuske termer tilsynelatende fortsatt er en kamp om monopoliseringen av dette området på ulike nivåer i makthierarkiene, men også blant semi-profesjonene i velferdsstaten. Dokumentanalysene har pekt på at skillene mellom private og offentlige initiativ blir mer uklare i perioden 2000-2009, som også kan være uttrykk for kamper om monopol på praktikken og konstituering av maktstrukturene på velferdsteknologiområdet i Norge. For eksempel har staten selv mange ulike organ som arbeider med å fremme innovasjon og teknologisk næringsutvikling, mens næringen oppfordres til å nærme seg konsumpsjonsfeltet gjennom «behovsdrevne innovative anskaffelsesprosesser» eller bruk av skatteordninger som tilrettelegger for innovasjon. Utviklingen går i den samme teknologioptimistiske retning som har vært dominant tidligere, men teknologi gjør seg

enda mer gjeldende i det påfølgende tiåret, noe de siste dokumentanalysene vil vise og drøfte mer inngående.

5.5 2010-2019: økende teknologioptimisme og mer målrettede statlige virkemidler

Det første analyserte dokumentet fra perioden 2010-2019 var NOU-en *Innovasjon i omsorg* fra 2011, levert av Hagen-utvalget på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I utredningen som ble ledet av statsviteren Kåre Hagen¹²³ ble de kommunale helse- omsorgstjenestene omtalt på en måte som har vekket både begeistring og harme blant leserne (Jacobsen, 2022; Tøndel & Søråa, 2021). Både omslagsillustrasjonen¹²⁴ for dokumentet som viser en skiflyver som svever høyt over en fullspekket skiarena – samt diktet vi presenteres for innledningsvis – indikerer at det er noe stort, nytt og banebrytende vi nå skal bli vitne til. Symbolsk kan omslagsillustrasjonen tolkes i retning av å handle om at vi nå skuer utover en ny og bedre fremtid. Foruten å spille på den norske kulturarv med vintersportens bragder, som for mange i befolkningen representerer stolthet og styrke, antydes det også at vi må strekke oss, konkurrere og finne de beste løsningene – «det er typisk norsk å være god». Bildet kan også være en referanse til den svenske skihopperen Jan Boklöv som er kjent for å ha funnet opp V-stilen som revolusjonerte hoppporten (Sundby, 2019), som i så henseende kan tolkes dit hent at utvalget antyder at også helse- og omsorgssektoren trenger slike radikale innovatører. Diktet av Kate Næss fra samlingen *Blindgjengere* (1969), referert til i NOU 2011:11 (s. 5), spiller både på denne norske dyktigheten og fremtidsoptimismen, samtidig som vi forsikres om at de myke og

¹²³ Hagen er professor med fagbakgrunn i statsvitenskap og økonomi (bla. fra Handelshøyskolen BI). Han har tidligere ledet velferdsforskningsinstituttet NOVA og er i dag leder av Senter for velferds- og arbeidslivsforskning ved OsloMet. I tillegg til lang forskerkarriere har Hagen vært med i flere ekspertutvalg, senest Velferdsutvalget i 2020 som i likhet med NOU 2011:11 vekket til live mange kamper på grasrota mellom ivrige innovatører og forkjempere av velferdsstaten eksistensgrunnlag (Øgrim & Otterdal, 2019).

¹²⁴ Kunstverket som er avbildet er «Bakkerekord» av Kristian Finborud. Finborud er en relativt kjent og innbringende norsk kunstner som er kjent for grafiske trykk av norsk natur, samt norske idretts og friluftstradisjoner, se: <https://www.finborud.no/kunstneren.html>

hjertenære verdiene ved det norske sosialdemokratiet og den velferdsstatlige modell vil ivaretas:

På sporet
Vi er på sporet
etter en ny og bedre virkelighet
som skal finnes ikke så langt herfra
Den ligger forhåpentlig
i nærheten av
det hjertet forstår.

I utredningens innledende presentasjon av utvalgsmedlemmene vektlegges viktigheten av utvalgets tverrfaglige sammensetting, med henblikk på «å kunne se på omsorgssektoren med nye øyne» – eksempelvis ved hjelp av representanter fra næringsliv, fag- og forskningsmiljøer (teknologi, innovasjon, arkitektur) og «utviklingsorienterte representanter fra kommunesektoren» (NOU 2011:11, s. 10). Det er imidlertid bemerkelsesverdig hvordan det *kun* presiseres at utvalgsmedlemmene fra helse- og omsorgssektoren må være utviklingsorienterte, mens det tilsynelatende tas for gitt at representantene fra den tekniske-økonomiske polen av utvalget besitter slike egenskaper. Det forhåndsdefinerte mandatet peker i likhet med Bourdieus (2000/2005, s. 93) drøftinger i *The Social Structures of the Economy* på at utvalg ofte fremstilles som nøytrale fageksperter med stor grad av autonomi, mens de realiteten ofte har et ganske avgrenset mandat på oppdrag av og for staten, noe sosiologene Christensen og Holst (2020) har vist at er høyst gjeldende i norsk kontekst. Videre er det kamper internt i det politisk-byråkratiske felt der utvalgets disposisjoner og styrkeforholdene dem imellom er det som ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 106-107) er det mest avgjørende for hvilken diskurs eller overordnet posisjonering et utredningsdokument inntar.

Endring av omsorgssektoren ligger altså som et premiss for utredningen og noe som legges til grunn for både utvalgets sammensetning og mandat. De øvrige utvalgsmedlemmene hadde ulike utdannings- og fagbakgrunn og ble i dokumentet posisjonert som å representere fagområdene helse- og omsorg, arkitektur og boligtilpasning og e-helse/teknologiområdet, samt ulike statlige kategoriseringer av

brukergrupper slik som helsepersonell, funksjonshemmede, utviklingshemmede og eldre¹²⁵. Når utvalgets mandat redegjøres for henvises det tilbake til den analyserte innovasjonsmeldingen fra Nærings- og handelsdepartementet i 2009, som på bakgrunn av impulser fra særlig OECD, men også EU, konkluderte med at helse- og omsorgssektoren var den delen av offentlig sektor med størst potensiale for effektivisering (innovasjon). Utvalget skriver videre på dette narrativet – eller måten doxaet artikuleres – der de kommunale pleie- og omsorgstjenestene devalueres som en kostnadskrevende¹²⁶ sektor preget av:

«...store døgkontinuerlige virksomheter som drives med få ledere, høy personalfaktor, en høy andel ansatte uten fagutdanning, mange deltidsarbeidende, en svært høy andel kvinner og ofte enkle hjelpemidler»
(NOU 2011:11, s. 9, mine uthevninger).

Det presiseres at utvalget vil legge særlig vekt på potensialet i ny teknologi, arkitektur og nye boformer, brukerinnflytelse og egenmestring for å løse morgendagens omsorgsutfordringer. Utvalget posisjonerer seg mot at man i fremtiden må ha en mer «aktiv profil» på omsorgstjenestene, som fordrer mer egenomsorg, uformell

¹²⁵ **HELSE:** Utvalgsmedlem Siv Iren Stormo er sykepleier med en rekke tilleggsutdannelse (sosiologi, økonomi og ledelsesfag) og arbeidserfaring fra kommunal ledelse av helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgssjef, kommunalsjef). Stormos erfaring og utdanningsbakgrunn kan tyde på at hun er satt til å representere de helseprofesjonelles synspunkter i utvalgsarbeidet. Utvalgsmedlem Tove Johanna Fagertun har også en lignende stilling som virksomhetsleder innen helse- og omsorg i en norsk kommune.

TEKNOLOGI/E-HELSE: utvalgsmedlem Glenn Kenneth Brun hadde på tidspunktet utvalgsarbeidet foregikk en posisjon som sjef for innovasjon og strategi i et teknologiselskap. Fra tidligere hadde Brun erfaring fra ledelsesstillinger på Rikshospitalet. Brun kan på bakgrunn av yrkeserfaring og utdannelse tolkes å være en representant for næringslivets interesser. Det samme var trolig gjeldende for utvalgsmedlemmet Shahzad Asghar som er en profilert IT-gründer og bedriftseier i Norge. Utvalgsmedlem Siri Bjørvig har fagbakgrunn fra e-helseområdet som forsker ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.

BRUKERGRUPPER, BOLIGTILPASNING OG ARKITEKTUR: utvalgsmedlem Bente Skansgård var en av gründerne bak Uloba Independent living, som er en organisasjon for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) til funksjonshemmede, og kan derav anses å være en representant for den statlige kategorien «funksjonshemmede». Utvalgsmedlem og sykepleier Per Gammelsæther hadde også engasjert på BPA-området, i tillegg til fagutvikling innen tjenester til den statlige kategorien «utviklingshemmede». Et annet utvalgsmedlem som hadde engasjert seg på brukersiden var Annichen Hauan, da innen arkitektur og designområdet relatert til den statlige kategorien «eldre». Arkitektene som gruppe og bolig som tema ble representert ved utvalgsmedlem og SINTEF-forsker Karin Høyland. Tidligere Arbeiderpartipolitiker Ivar Leveraas kan muligens ha hatt flere roller på bakgrunn av sin fagbakgrunn som yrkespolitiker og offentlig tjenestemann. Leveraas er utdannet mekaniker og tidligere adm.dir. i Husbanken, noe som antyder en faginteresse innen både områdene teknologi og boligtilpassning.

¹²⁶ Det vises i NOU 2011:11 (s. 9) til at sektoren har brutto driftsutgifter på om lag 70 milliarder kroner, som fordeler seg på om lag 40.000 sykehjemsplasser og vel 160.000 hjemmetjenestebrukere.

familieomsorg og styrking av frivilligheten, der tilpasning av boligen for alderdommen, og bruk av ny omsorgsteknologi (NOU 2011:11, s. 9-11) posisjoneres som et av de sentrale virkemidlene for å støtte opp under denne omstruktureringen. Et helt kapittel er viet temaet teknologi under tittelen *Ny teknologistøtte* (kap. 7). Ulike teknologibegreper slik som informasjonsteknologi, smarthusteknologi, omsorgsteknologi, velferdsteknologi, sensorteknologi nevnes over 300 ganger i NOUen og brukes overlappende og til dels inkonsekvent. Til sammenligning nevnes ord som omhandler de ansatte i tjenestene (eks. leger, hjemmehjelpere, hjemmesykepleier, sykepleie, omsorgsarbeider, helsepersonell, ansatte og pleier) i underkant av 100 ganger i dokumentet.

En økt individualisering av pleie- og omsorgstjenestene og særlig eldreomsorgen, til sammenligning med den tradisjonelle (ortodoxe) og kollektivistiske synet på velferdsstatens omsorgstjenester er gjennomgående i dokumentet og kommer til uttrykk både implisitt (hvilke ord som nevnes og hva som tillegges verdi) og eksplisitt i form av sitater slik som:

«Begrepet omsorg inviterer til en for passiv og avhengighetsskapende mottakerrolle, som er lite tilpasset de krav vi må stille for å møte framtidens utfordringer... Utvalget tilrår videre at det offentlige Norge unngår å bruke omsorgsbegrepet som navn på organisasjoner, lovgivning, bygninger og tilskuddsordninger. Det lover som oftest mer enn det holder, og fungerer dårlig på lang sikt» (NOU 2011:11, s. 42, mine uthevinger).

For å legitimere disse tidvis oppsiktsvekkende posisjoneringene i en nordisk velferdsstatlig kontekst, vises det til fem sentrale utfordringer (nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, manglende samhandling, passiv omsorgstjeneste) og myter (eldreomsorgsmyten, myten om eldrebølgen, 25 % myten, familieomsorgsmyten, sykdomsmyten). Mytene om omsorgssektoren handler i korte trekk om at tjenestemottakerne også omfatter andre brukergrupper enn eldre. Videre vises det til at det nå er et mulighetsrom for å gjøre tilpasninger før den virkelige eldrebølgen setter inn. Utvalget devaluerer i så måte noen tidligere politiske

dokumenter og utredninger på eldreomsorgsområdet som har kommet frem til at 25 % sykehjemsdekning for personer over 80 år (f.eks. fremmet i Handlingsplanen for eldreomsorgen i 1997), der utvalget følgelig hevder at en slik statlig norm ikke eksisterer. Til sist posisjoneres familieomsorgen som sterk og utnyttet, mens påstanden om at spesialisthelsetjenesten er et høyere prioritert område enn de kommunale pleie- og omsorgstjenestene utfordres (NOU 2011:11, s. 23-29). Videre vises det til en utfordringstrekant: fall, kognitiv svikt og ensomhet, som spesielt karakteristisk ved alderdommen som (statlig konstruert) sosialt problem, der dette utfordringsbildet med referanse til et irsk teknologi- og innovasjonssenter kan snus til en «mulighetssirkel» ved hjelp av forebyggende og innovative (teknologiske) tiltak (NOU 2011:11, s. 29).

Utvalget ser på bakgrunn av dette for seg at en av løsningene vil være å bygge bro mellom det private næringsliv, frivilligheten og den offentlige sektor. Den ineffektive, lavteknologiske, inkompetente og kvinnedominerte sektor skal avhjelpest av en effektiviserende, høyteknologisk og mannsdominert teknologisektor i tillegg til å skape en ny næring med et eksportpotensiale:

*«Utvalget skal gi en vurdering av mulighetene for produktutvikling, næringsutvikling og eksport som følge av et **samarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor** på omsorgsfeltet, med spesiell vekt på utvikling av **arkitektur og ny teknologi**»* (NOU 2011:11, s. 11, mine uthevinger).

Sitatet minner om mange av de ideene som ble fremmet i den analyserte Stortingsmeldingen fra 2008 om innovasjon i offentlig sektor. Omsorgs- og smarthusteknologi ble videre posisjonert som utstyr som kan bidra til høy grad av effektivisering, uten at det vil medføre særlige investeringskostnader, uten at det vises til noen forskningsmessige belegg for at det er lite kostnadskrevenne å implementere denne type teknologier. Retrospektive analyser fra myndighetshold anerkjente på den annen side i 2021 at en betydelig investeringskostnad i forkant av eventuell gevinstrealisering må påregnes ved velferdsteknologiprojekter (Helsedirektoratet et al., 2021). Som årsak til den sakte utviklingen på det teknologiske området i

kommunesektoren vises det imidlertid i NOU 2011:11 (s. 9) til at sektoren har vært preget av en konservatisme der man i liten grad har tatt i bruk de teknologiske nyvinninger som finnes i markedet – der heller ikke denne posisjoneringen begrunnes med forskning eller fagrapporter. Ser man på utvalgets karakteristikker av sektoren på tross av manglende henvisning til det tilstedeværende kunnskapsgrunnlaget, er det en særlig symbolsk voldelighet i måten dette statlig utpekte og høyt posisjonerte ekspertutvalget fra maktfeltets tekniske og økonomiske elite (innehavere av symbolsk makt) gjennomgående devaluerer en lavt posisjonert (lavteknologisk, lavt utdannet, kvinnedominert) sektor – som utvalget selv påpeker – historisk sett har blitt innvilget færre ressurser og oppmerksomhet enn den dominante spesialisthelsetjenesten (NOU, 2011:11, s. 9). I den grad utvalget anerkjenner at det kan være noen strukturelle forhold bak sektorens påståtte feil og mangler, relateres det til at sektoren er en underforsket sektor, der forskning i neste vending fremstilles som en av nøklene for å styrke oppmerksomheten rundt problemområdene og finne nye innovative løsninger på problemene (NOU, 2011:11, s. 9-10).

Tøndel (2018, s. 289) peker i likhet på at det i NOU 2011:11 oppstod en diskurs der helse- og omsorgstjenestene ble fremstilt som fastlåst i gammeldagse praksisformer, mens «innovasjonens entreprenører» derimot fremstilles som redningen for sektoren. Omsorgstjenestene ble i så måte satt inn i et nytt «innovasjons-verdensbilde», der idealet var at det meste måtte gjøres på nye måter. Tøndel (2022, s.1) argumenterer for at synet på enkeltteknologier slik som trygghetsalarmen, endret seg markant med den tekno-politiske konstruksjonen velferdsteknologi, både i form av et målrettet byråkratisk prosjekt (virkemiddelapparatet i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet) og ved at forestillingene om enkeltteknologiene potensielle endret seg. Analysen av den omdiskuterte, mye siterte og innflytelsesrike NOU-en *Innovasjon i omsorg*, har belyst hvordan statlige kommisjoner kan anses å være del av maktelitens symbolske produksjonsfelt – der forestillingene om verden og hva som tilegnes verdi grad defineres (Bourdieu, 1989-1991/2014, 2000/2005) – også i norsk kontekst. Jacobsen (2022, s. 1-2) argumenterer for eksempel for at Innovasjon

i omsorg har vært innflytelsesrik i form av å bli mye sitert både i akademia og kommunesektoren, samt påvirket flere påfølgende stortingsmeldinger på det helse- og omsorgspolitiske området. Jacobsen (2022, s. 2) viser for eksempel til at Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg fra 2013 innledes med et sitat fra Hagen-utvalget: «*Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag*» (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013, s. 11).

I selve meldingen, som utgjør det andre analyserte dokumentet fra perioden 2010-2019, hevdes det at NOU 2011:11 «*skapte stort engasjement og bred oppslutning på tvers av de vanlige skillelinjer*», der mange nå er utålmodige etter å komme i gang med denne viktige omstruktureringen av sektoren (Meld. St. nr 29 (2012-2013), 2013, s. 15). Denne posisjoneringen kan tolkes som et uttrykk for det byråkratiske felts utøvelse av statlige praksisformer, som ikke nødvendigvis handler om å skape konsensus, men derimot transformere doxaet og det som stilltiende aksepteres som selvsagt, der en observasjon eller idé beveger seg fra noe deskriptivt til normative råd og reguleringer vedrørende det aktuelle politikkområdet (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 34). Det legges imidlertid ikke skjul på at de politiske ideene i Morgendagens omsorg bygger på Hagen-utvalgets posisjoneringer og løsningsforslag, noe som gjenspeiles i mange av tesene om både aldring og teknologi, samt de foreslåtte tiltakene for å innovere omsorgssektoren. For eksempel lever tesene om en friskere, mer ressurssterk og dessuten teknisk kyndig eldregenerasjon i stortingsmeldingen (Meld. St. nr 29 (2012-2013), 2013, s. 11-15, 57), i tillegg til forslag om tiltak som kan stimulere «aktiv aldring». Det hevdes videre at de fleste eldre er friske og det advares derfor mot å sykeliggjøre aldring — fokuset må ligge på mestring og forebygging, hvorpå institusjonsomsorgen og hjemmetjenestene hevdes å være i ferd med å forenes (Meld. St. nr 29 (2012-2013), 2013, s. 104). Sammenligner man disse posisjoneringene med de kampene som utspilte seg på 1990-tallet om opprustning av sykehjemsektoren, kan det synes som at pendelen nå har svingt helt i andre enden av skalaen der det derimot igjen hovedsakelig skal satses på aktiv aldring og næromsorg, mens nye moderne seniorboliger med velferdsteknologi, kommunal innovasjon og omsorg som næring og

eksport også fremmes (Meld. St. nr 29 (2012-2013), 2013, s. 15). I det norske statsbyråkratiet levde de internasjonale ideene og visjonene om innovasjon i så måte videre, men det skjedde en dreining mot at det ble satt likhetstegn mellom teknologibruk og innovasjon – det var nå i størst grad teknologibruk og digitalisering som skulle bidra til effektivitet og nyskaping i Norge, som kommer til uttrykk i følgende sitat:

«Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som tar sikte på å utforme nye løsninger for framtidens omsorg, sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer som er tilpasset morgendagen» (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013, s. 130).

Helse- og omsorgsdepartementet posisjonerte seg dit hen at målet med innovasjoner burde handle om å implementere noe «nytt, nyttig og nyttiggjort», det være seg nye arbeidsmetoder eller teknisk utstyr (Meld. St. nr 29 (2012-2013), 2013, s. 119-130). I Stortingsmelding nr. 29 (s. 120) henvises det til en dansk fagbok om offentlig innovasjon, som blant annet viser til at både omorganisering av tjenester og nye oppfinnelser kan være eksempler på innovasjoner, men det innovasjoner har til felles er at det endrer og forbedrer eksisterende tjenester. Slagordet «nytt, nyttig, nyttiggjort» synes derimot ikke å stamme direkte fra denne boken, men snarere være nok et eksempel på en konstruksjon fra det helse- og omsorgsbyråkratiske felt, som er blitt tatt opp i konsumpsjonsfeltet. Slagordets budskap som formidler en forståelse av at innovasjoner må være noe nytt, nyttig og nyttiggjort er for eksempel observert sitert på en rekke kvasi-akademiske konferanser, arrangementer i regi av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og fagrapporter fra konsulentbransjen og det statlige virkemiddelapparatet. For eksempel fikk KS ved hjelp av et konsulentfirma og kommersielt følgeforskningsinstitutt utarbeidet et innovasjonsverktøy for kommunesektoren som fikk navnet N3 (Nytt-nyttig-nyttiggjort) (KS, 2023). N3 er i så måte et godt eksempel på hvordan posisjoneringer i statlige føringer i form av språklig uttrykk for ideer, problemforståelser og definisjoner lever videre nedover i

makthierarkiene og subfeltene, som transformeres til ulike uttrykk for et felles doxa om saken (innovasjon i offentlig sektor, særlig de kommunale helse- og omsorgstjenestene er nødvendig) som lever videre blant konsumpsjonsfeltenes iverksettere.

5.5.1 Oppsummerende refleksjoner om kamper vedrørende bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren på 2010-tallet

Analysene av det siste tiåret har i all hovedsak vist at innovasjonsiveren fra statlig hold som ble introdusert på 2000-tallet kom til uttrykk i form av ytterligere teknologioptimisme (legitimert av behovet for innovasjon i offentlig sektor) og tydeligere statlig styring på velferdsteknologiområdet, særlig i etterkant av NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Retrospektivt vet vi at denne NOU-en er sentral for å forstå både den sterkt økende teknologioptimismen, innovasjonsiveren, men også overgangen til en mer målrettet statlig satsning på velferdsteknologi i Norge siste par tiår (Jacobsen, 2022; Tøndel & Søraa, 2021). Man kan følgelig argumentere for at Hagen-utvalgets innflytelse på helse- og omsorgspolitikken – i likhet med hvordan Barre-kommisjonens utredning av den franske boligpolitikken i 1974-1975 representerte et kritisk punkt eller mulig veiskille for den boligsosiale politikken i Frankrike (Bourdieu, 2000/2005, s. 94) – markerer et brudd med tidlige tiders helse- og omsorgspolitik og starten på en enda mer teknisk-økonomisk orientert retning på dette politikkområdet. Videre kan man argumentere for at et annet brudd på 2010-tallet var relatert til at velferdsteknologi på en ny måte ble linket til transnasjonale strømninger om behovet for innovasjon i helse- og omsorgssektoren som analysene til nå har vist at oppstod på 2000-tallet, men materialiserte seg til mer konkrete praktikker og virkemidler rettet mot konsumpsjonsfeltet på 2010-tallet.

Av konkrete virkemidler for å stimulere til økt teknologibruk (den andre del av staten som dobbelt sosial konstruktør), stod opprettelsen av et Nasjonalt velferdsteknologiprogram i 2013 sentralt. Dette programmet fikk i oppgave å arbeide systematisk med målsettingen om at teknologi skulle bli en integrert del av tjenestetilbudet innen 2020 (Meld. St. nr 29 (2012-2013), 2013, s. 15-28). Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet fikk av Helse- og omsorgsdepartementet både

i oppgave å lede det tekniske og organisatoriske fagarbeidet, som innebar alt fra statlig påvirkning av standardiseringsarbeid på IKT-området, faglig veiledning av helseledelse og helseprofesjonelle, samt evaluering og erfaringsdeling mellom de deltagende kommunene. Norske kommuner fikk anledning til å søke plass i programmet, som kunne tilby både faglig rådgiving og finansielle støtteordninger til velferdsteknologiprojekter i kommunene, der det etter første søknadsrunde var 31 norske kommuner som fikk plass (Breivik et al., 2019). Videre var arbeidet med lovendringer som muliggjorde mer inngripende teknologibruk (sensor og lokaliseringsteknologier) – også for personer med demens med manglende samtykkekompetanse – et gjennombrudd (Thygesen, 2019, s. 38-41).

I de påfølgende årene etter NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg* og Stortingsmelding nr. 29 om *Morgendagens omsorg* kan man argumentere for at det overordnede doxaet som ble fremmet i disse dokumentene ble reproduert i agerende subfelter engasjert i det nasjonale velferdsteknologiområdet som sosialt rom. Reproduksjonen kom for eksempel til uttrykk i konsulentrapporter, kommunale fagstrateginotater og følgeforskningsrapporter fra både produksjons- og konsumpsjonsfeltet. Det ble også funnet eksempler på at ordrette formuleringer fra de to overnevnte og betydningsfulle dokumentene ble reproduert av agerende nedover i makthierarkiet. For eksempel har en rapport om «morgendagens velferdstjenester» skrevet av et uavhengig ekspertutvalg på oppdrag fra NHO og Spekter tittelen: *Morgendagens omsorg. Behov for en velferdsmiks* (NHO & SPEKTER, 2019, s. 37), der både tittelen og meningsinnholdet tilsynelatende bygger videre på posisjoneringene i de analyserte dokumentene fra perioden 2010-2019. Bruk av velferdsteknologi er i denne rapporten blant de konkrete forslag til omorganisering av tjenestene når behovet for innovasjon og en «velferdsmiks» (både private, frivillige og uformelle aktører) i helse- og omsorgssektoren drøftes.

Som nevnt i kapittel 3 ble det som del av konstruksjonsprosessen gjort analyser av Hagen-utvalgets representanter og et utvalg¹²⁷ av høringsuttalelsene som hadde blitt sendt inn i forbindelse med utredningsarbeidet, for å kunne forstå og forklare hvordan Hagen-utvalgets tidvis oppsiktsvekkende og særs heterdoxe posisjoneringer fikk mye makt- og innflytelse på videre politikktutforming (for eksempel i St. meld. 29 om Morgendagens omsorg). Denne analysen peker i så måte på at et kampfelt om saken var tilstedeværende selv om dette ikke er like synlig for «det blotte øye» i de ferdigstilte dokumentene.

5.5.2 Høringsprosessen i forkant av innovasjonsmeldingen – reell medvirkning eller en konsensussskapende praksis i det politisk-byråkratiske felt?

I den teknologioptimistiske fløyen av det sosiale rommet sine posisjoneringer (i form av høringsuttalelser) var – ikke overraskende– Norsk ergoterapiforbund representert. Dette forbundet fremstod til sammenligning med de andre velferdsstatlige semi-profesjonenes respektive fagforbund som mest positivt innstilt til Hagen-utvalgets utredning. Ergoterapiforbundets hørings svar fremstår også som en profesjonspolitisk posisjonering, der ergoterapeutene ble hevdet å være den yrkesgruppen som var mest involvert i tekniske hjelpemidler¹²⁸ og følgelig hadde størst kompetanse på kartlegging av brukerbehov og omgivelser (Norsk ergoterapiforbund, 2011, s. 3). I likhet med Pensjonistforbundet som også i stor grad posisjonerte seg positive til utvalgets forslag på teknologifeltet, fremstod begge forbundene å være opptatt av at lovregulering ville være viktig for å sikre at etiske hensyn ble ivaretatt (Norsk ergoterapiforbund, 2011, s. 4; Pensjonistforbundet, 2011, s. 13).

¹²⁷ Høringsuttalelser fra Norsk Ergoterapiforbund, Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund og Den norske legeforening ble valgt ut på bakgrunn av å være sentrale fagforbund innen helsefag. Funksjonshemmedes fellesforbund og Pensjonistforbundet ble valgt ut som eksempler på noen engasjerte pasient- og brukerrettighetsorganisasjoner på området. Til sist ble to representanter fra teknologinæringens interesseorganisasjoner valgt ut.

¹²⁸ Denne påstanden fremstår i retrospektivt lys som en sannhet med modifikasjoner, ettersom sykepleierprofesjonen i stor grad har tatt over teknologiområdet over mange tiår, men særlig etter den massive satsningen på velferdsteknologi i hjemmetjenestene i etterkant av NOU 2011:11 (Kleiven, 2017). Ettersom posisjoneringen er fra 2011 og derav før opprettelsen av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og andre målrettede statlige virkemidler – øynet ergoterapeutene i forbindelse med høringen muligens et håp om å styrke sin profesjon i rommet av velferdsprofesjonene.

Pensjonistforbundet og Funksjonshemmedes fellesforbund hadde i likhet med ergoterapiforbundet tilsynelatende inkorporert doxaet om at det å klare seg selv og kunne bli boende lengst mulig hjemme var noe alle mennesker ønsker seg, der en slik omlegging dessuten ble hevdet å kunne frigjøre menneskelige ressurser der de trengtes mest i tjenestene (Funksjonshemmedes fellesforbund, 2011; Norsk ergoterapiforbund, 2011; Pensjonistforbundet, 2011). Pensjonistforbundet (2011, s. 14) kom derimot med en tildels motstridende posisjonering, der de fremstod som usikre på om teknologier ville kunne erstatte tjenester eller innleggelse. Omsorgstjenesten ble på den annen side hevdet å ha et endringsbehov – følgelig en sektor posisjonert som konservativ og preget av tradisjonell tenkning i tråd med Hagen-utvalgets posisjoneringer – som ikke ville passe for fremtidens ressurssterke og teknisk kompetente eldregenerasjon.

Funksjonshemmedes fellesforbund (2011, s. 3-4) var på sin side mest opptatt av å fremme yngre funksjonshemmedes rettigheter og behov, der tekniske hjelpemidler ifølge forbundet i ualminnelige tider hadde vært et premiss for et selvstendig og godt liv for denne gruppen, mens eldres nyttiggjørelse av tekniske hjelpemidler ble vurdert å være mindre realistisk. Funksjonshemmedes fellesforbund presiserte i den sammenhengen viktigheten av individuell tilpasset teknologi, der eldre som gruppe ble posisjonert som mer opptatt av trygghet og det å bli ivaretatt av helsevesenets personell, mens det for yngre og middelaldrende funksjonshemmede i større grad handlet om å leve aktive liv. Her er det tydelig at Funksjonshemmedes fellesforbund er mest opptatt av å fremme egne medlemmers behov og ståsted, som kan forklare at det sås tvil til eldre personers mulige nyttiggjørelse av teknologien.

Arbeidstakerorganisasjonen på ingeniørfeltet Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon (NITO), posisjonerte seg interessant nok på samme måte undrende til det store fokuset på eldre når det fra myndighetshold var blitt påpekt at gruppen under 67 år ville øke mye i årene fremover, som ofte dreier seg om «tunge» brukere. På den annen side støttet foreningen i tråd med myndighetene/ utvalget en

gradvis omdreining av eldreomsorgen til en mer aktiv profil (NITO - Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon, 2011, s. 1). I likhet med Pensjonistforbundet og Norsk teknologi som representerer en rekke av teknologinæringens arbeidsgivere, fremstod NITO kritiske til at norske kommuner i liten grad hadde satset på og fulgt opp velferdsteknologiprojekter. Blant årsakene til den manglende oppfølgingen ble det pekt på både en kulturell avstand mellom helse og ingeniørmiljøene, samt manglende finansiell støtte fra staten til opplæring, vedlikehold og kompetansebygging i kommunene. NITO etterlyste derav ved flere anledninger mer statlig styring av velferdsteknologisatsningen for eksempel hva gjaldt driften av utstyret. Tiltak NITO foreslo var blant annet opprettelsen av et kompetansesenter for velferdsteknologi, øremerkede midler til forskning og innovasjon til kommunesektoren, finansiell støtte til anskaffelse av velferdsteknologisk utstyr i kommunene, økt satsning på innovative anskaffelsesprosesser, samt opprettelse av utdanningstilbud på området (NITO - Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon, 2011, s. 1-2). Til sist kom NITO med noen profesjonsrelaterte posisjoneringer der de viste til velferdsteknologiens potensiale som eksportvare og ny industri i Norge, samtidig som det ble hevdet å være en stor ingeniørmangel i Norge, noe staten ble bedt om å ta på alvor (NITO - Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon, 2011, s. 3).

For Norsk teknologi som er en arbeidsgiverforening under NHO som ivaretar bedrifter innen elektrofag, automatisering, ventilasjon, IT mfl. sine interesser, var det i så måte ikke et spørsmål *om* det burde satset mer på teknologi i omsorgssektoren, men snarere *hvordan*. Norsk teknologi posisjonerte seg dit hen at de i mange år hadde arbeidet for at helse- og omsorgssektoren skulle ta i bruk den teknologien som var tilgjengelig på markedet og berømte derav Hagen-utvalgets lydøre innstilling overfor næringslivets synspunkter (Norsk teknologi, 2011, s. 1). Norsk teknologi fremstod videre å ha inkorporert det statsbyråkratiske doxaet om at boligtilrettelegging og teknologiske installasjoner ville bidra til at behovet for institusjonsplass ble utsatt eller uteblir, noe som ifølge Norsk teknologi ville spare samfunnet for store utgifter. I den sammenheng rettet Norsk teknologi kritikk mot kommune-Norge som på bakgrunn av manglende

kompetanse og styring, i liten grad hadde evnet å ta i bruk tilgjengelig teknologi. På den annen side anerkjente Norsk teknologi også at deler av markedet var umodent og at næringen tidvis manglet kompetanse omkring omsorgssektorens behov (Norsk teknologi, 2011, s. 1-2).

Av ortodokse og kritiske høringssvar omkring ny teknologi i utredningsprosessen relatert til NOU 2011:11 finner vi flere av de helse- og omsorgsfaglige forbund¹²⁹. Norsk sykepleierforbund (NSF) var i selskap med Den norske legeforening og Fagforbundet på den mer kritiske og ortodokse fløyen av kampfeltet. NSF posisjonerte seg imidlertid som generelt sett positive til det overordnede budskapet i NOU-en (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 1), men mer kritiske til kapittelet om ny teknologi. NSF understreket dog at teknologi *kun* måtte bli et supplement til den menneskelige omsorgen, i de tilfeller der teknologi kunne gi brukerne et kvalitativt sett bedre tjenestetilbud. Teknologi kan ikke yte omsorg og ville ifølge sykepleierforbundet – presisert i kursiv og med utropstegn – «*aldri kunne erstatte menneskelig kontakt!*» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 3). Videre var sykepleierne opptatt av viktigheten av kompetanseheving og forankring i tjenestene ved teknologibruk, samt personvernmessige og etiske utfordringer knyttet til teknologiens overvåkende bakside (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 3).

Den norske legeforening ytret særlig bekymring for at teknologi med utvalgets forslag nå i økende grad ville bli rettet mot eldre med demens, men var mer positivt innstilt til tekniske hjelpemidler for yngre funksjonshemmede (Den norske legeforening, 2011, s. 4). Legeforeningen viste til at en stor andel personer med demens utvikler personlighetsendringer og derav vanskelig kan nyttiggjøre seg av avansert ny teknologi, samtidig som sosial kontakt er sentralt for å ivareta livskvaliteten og forsinke sykdomsutviklingen hos denne pasientgruppen. Legeforeningen mente videre at mange

¹²⁹ Dette er slik de utvalgte helse- og omsorgsfaglige forbundene posisjonerte seg til saken i 2011 og ikke nødvendigvis representativt for hvordan de posisjonerer seg til saken i dag. For eksempel har jeg vist at både Sykepleierforbundet og Fagforbundets posisjoneringer til velferdsteknologi i forbundenes medlemsblad har blitt gradvis mer teknologioptimistiske siste tiåret (jfr. underkapittel 3.5.3 og 4.1.3).

av de teknologiske nyvinningene var lite dokumentert i forskning og kunne være kostbare å kjøpe inn. I selskap av både NSF og Fagforbundet posisjonerte Legeforeningen seg som bekymret for at: «*Bruk av GPS o.l. overvåkningsinstrumenter medfører etiske utfordringer vedrørende pasienter med demens som ikke er i stand til å gi informert samtykke til å bli overvåket*» (Den norske legeforening, 2011, s. 4).

Fagforbundet som i denne sammenheng representerte helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere (yrkesfaglig utdannede), stilte seg også undrende til om det først og fremst var staten og kommune som ville tjene på innovasjon i omsorg eller om det var teknologibedriftene som ville tjene mest på satsningen (Fagforbundet, 2011, s. 3). Fagforbundet var videre kritiske til utvalgets posisjoneringer omkring omsorgsbegrepet, da det ifølge forbundet fortsatt gir mening og vil være viktig å snakke om omsorgsarbeid- og tjenester i fremtiden. Fagforbundet var videre opptatt av at noen brukere ville trenge intensive omsorgstjenester ettersom Samhandlingsreformen hadde ført til at mye sykere mennesker ble overført til hjemmet på et tidligere stadium enn før. Fagforbundet var i så måte også kritiske til utvalgets påstand om at behovet for 25% sykehjemdekning for den eldre befolkningen over 80 år var en myte. Videre var Fagforbundet bekymret for at en ytterligere hjemliggjøring av omsorgen ville tvinge frem i et regime der også helsepersonell ville underbygge tesen om at alle uavhengig av individuell situasjon automatisk antas å ville bli værende hjemme og klare seg selv for enhver pris (Fagforbundet, 2011, s. 4).

Vedrørende teknologi i eldreomsorg posisjonerte Fagforbundet seg positive til hjelpemidler som ansatte og brukere fant nyttige, men forbundet ville ikke støtte innføring av hjelpemidler som kunne medføre et stort tap av menneskelig kontakt og «*de varme hendene*». Fagforbundet mente i så måte at menneskelig kontakt var vel så viktig for menneskers trygghet, som diverse alarmer og teknisk utstyr (Fagforbundet, 2011, s. 6). I likhet med Pensjonistforbundet var Fagforbundet bekymret for at teknologien kunne medføre klasseskiller mellom de som hadde kunnskapen og økonomien til å skaffe seg og nytte seg av utstyret, der offentlig i motsetning til

kommersiell styring av utviklingen ville bli viktig for å bøte på denne utfordringen (Fagforbundet, 2011, s. 7; Pensjonistforbundet, 2011, s. 14).

Oppsummert var det særlig tre tematikker som gikk igjen på den kritiske polen av de analyserte høringsuttalelsene, som kan sammenfattes i tre fremkonstruerte antiteser, eller ortodokse posisjoneringer til saken i kampfeltet:

1. Det er en rekke personvernmessige, juridiske og etiske utfordringer knyttet til bruk av overvåkingsteknologier, særlig overfor sårbare grupper slik som personer med demens eller ensomme eldre.
2. Det er uavklart om de økonomiske gevinstene ved teknologibruk i størst grad tilfaller kommunesektoren eller næringslivet. Det er også en fare for at teknologi bidrar til økte klasseskiller og sosial ulikhet.
3. Teknologi kan aldri erstatte menneskelig omsorg og de varme hendene. Menneskelig kontakt er også viktig for livskvaliteten og opplevelsen av trygghet, særlig for de mest sårbare eldre med fysisk svekkelse og kognitiv svikt.

For å undersøke i hvilken grad utvalgsarbeidet i forbindelse med NOU 2011:11 tok høringsssvarene og de overnevnte kritiske innvendingene mot velferdsteknologi (antitesene) til etterretning, ble utredningen på ny gjennomlest med spesielt blikk for de analyserte posisjonenes representasjon – altså synligheten av både de teknologikritiske og teknologioptimistiske posisjoneringene. Dette analytiske grepet var inspirert av Bourdieu (2000/2005, s. 98-99) og hans kollegaers undersøkelser av utvalgsarbeidet i studien om boligpolitikken i Frankrike på 1970-tallet, som pekte på at høringsuttalelser og andre posisjoneringer fra boligsosiale pressgrupper i liten grad ble tatt med i beslutningsgrunnlaget – til sammenligning med rapporter fra teknokrater, økonomer og ingeniører som stemte overens med særlig utvalgsledelsens overbevisninger.

Hverken Den norske legeforening, Fagforbundet, NSF eller Norsk ergoterapiforbund nevnes med navn i NOU 2011:11, men ergoterapeutene som yrkesgruppe får derimot mye positiv omtale og oppmerksomhet. For eksempel posisjoneres ergoterapeutene som sentrale aktører for å oppnå regjeringens målsettinger om en aktiv profil på omsorgstjenestene, deriblant ved bruk av metodikken hverdagsrehabilitering¹³⁰ (NOU 2011:11, s. 63). Ergoterapeutenes betydningsfulle rolle i iverksettingen av aktiv omsorg underbygges videre av en forskningsrapport som viste at «*slagpasienter ble mer aktive og sosiale når de fikk ergoterapi i hjemmet*» (NOU 2011:11, s. 65). Utvalget foreslo følgelig at det burde settes av øremerkede midler for å øke antallet ergoterapeuter i kommunene fra 700 til 12 000 årsverk. Det vises også til at ergoterapeutene kunne bli viktige brobyggere mellom NAV hjelpemiddelsentral og kommunale velferdsteknologiprojekter (NOU 2011:11, s. 118, 124). Statens rolle som dobbelt sosial konstruktør kom i denne sammenheng synlig frem i forsøket på endre en yrkesgruppes status og rolle (posisjon) i samfunnet, samtidig som konkrete finansielle virkemidler foreslås for å iverksette visjonene til konkrete ergoterapeutiske årsverk og praktikker.

Sykepleie- og legetjenester posisjoneres på den annen side av utvalget som personellintensive og kostbare tjenester som kun bør brukes når man er på sitt mest syke og trengende (NOU 2011:11, s. 92), der telemedisinske løsninger eksempelvis kan bidra til å unngå legebesøk (NOU 2011:11, s. 98-121). Unntakene i denne sammenheng er måten hjemmesykepleie som tjeneste posisjoneres på – som en mindre personell- og ressurskrevende tjeneste – til sammenligning med for eksempel institusjonell omsorg og spesialisthelsetjenester (NOU 2011:11, s. 36-70).

Legeforeningens faglige ståsted omkring personer med demens sine særskilte utfordringer knyttet til personlighetsendringer og manglende dømmekraft er tatt med (NOU 2011:11, s. 31), men problematikken relateres ikke (slik legeforeningen gjør det)

¹³⁰ Metoden har sin opprinnelse i Frederica – Danmarks mest innovative kommune på velferdsområdet – og går i korte trekk ut på at hjelpetrengende hjemmeboende trenes opp til å bli mer selvhjulpne (NOU 2011:11, s. 63).

til de utfordringer teknologibruk kan medføre for denne særskilte gruppen. Det nevnes heller ikke at både legene, sykepleierne og hjelpepleiernes fagforbund hadde ytret bekymring for teknologiens overvåkende baksider. Overvåking og personvernutfordringer tas på den annen side opp i utredningen. Det henvises av utvalget til Datatilsynets nåtidige høringsuttalelse, som til sammenligning med Datatilsynets posisjonering i 2002¹³¹ hadde blitt mye mer positivt innrettet og derav fungerte som en legitimeringsstrategi blant annet i relasjon til lovendringsforslagene som fremmes av utvalget. Utvalget mente for eksempel at kommuner og helsemyndigheter hadde blitt stående fast i Datatilsynets ståsted fra 2002, mens den offentlige debatten om f.eks. GPS-sporing av personer med demens derimot hadde bidratt til å nyansere bildet i befolkningen (NOU 2011:11, s. 128). Her kommer utvalgets symbolske makt til syne i forsøket på å bevege doxaet i en bestemt retning som senere blir det universelle synet på saken, samt transformere doxaet til en norm for handling (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 34) – gjennom en rekke statlige virkemidler der endring av lovverket fremstod som et tiltak med særlig slagkraft.

Den teknologikritiske fløyens andre innvending (antitese) som stilte spørsmål til teknologiens utelukkende besparende egenskaper, var heller ikke noe det tilsynelatende tas særlig høyde for i NOU 2011:11, med ett unntak der utvalget viser til at danske erfaringer har vist at velferdsteknologiprosjekter ikke automatisk betyr arbeidskraftbesparelser i kommunene (NOU 2011:11, s. 117). For å underbygge tesen om at teknologi sparer arbeidskraft, tid og penger vises det videre til både danske erfaringer med arbeidskraftbesparende teknologier (NOU 2011:11, s. 167), en studie fra privat sektor som viste til sparte personellressurser ved selvbetjeningsteknologi på nett (NOU 2011:11, s. 108), samt en kommersiell oppdragsforskningsrapport om besparelser ved smarthusteknologi (NOU 2011:11, s. 115). Videre refereres det til en

¹³¹ «Datatilsynet er generelt negative til at elektroniske hjelpemidler, av økonomiske hensyn, benyttes for å erstatte menneskelig kontakt, særlig i pleie- og omsorgssektoren» (Datatilsynets posisjonering fra 2002, referert til i NOU 2011:11, s 128).

rapport fra det danske teknologiselskapet KMD¹³². Rapporten hevder at så mye som 20 % av omsorgstjenestens arbeidsoppgaver helt eller delvis kan løses ved hjelp av teknologi, der en stor andel av slike besparelser knyttes til å unngå reiser og fysiske tilsyn ved å erstatte disse med teknologisk fjernkontakt (NOU 2011:11, s. 117). Det samfunnsøkonomiske potensialet ved teknologi begrunnes også med det store inntjeningspotensialet utstyret har om det utvikles en ny velferdsteknologisk næring i Norge som vil kunne få en etterspørsel verdt 5-600 millioner kroner (NOU 2011:11, s. 167). Det fremgår derimot ikke av dokumentet hvordan utvalget har kommet frem til dette anslaget. Teknologiens bidrag til sosial ulikhet og klasseskiller (påpekt av både Fagforbundet og Pensjonistforbundet), er heller ikke noe som nevnes i den ferdigstilte utredningen.

Den tredje antitesen fra den teknologikritiske fløyen handlet om at teknologi ikke kan erstatte verdien av menneskelig omsorg og tilsyn for sårbare eldre. Utvalget anerkjenner denne posisjonen som kommer til uttrykk i følgende sitat:

*«Teknologi vil **aldri kunne erstatte menneskelig omsorg** og fysisk nærhet. Velferdsteknologi kan imidlertid gi mennesker nye muligheter til **selvstendighet** og **trygghet**, og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukere, pårørende og ansatte i helse- og sosialtjenesten»* (NOU 2011:11, s. 98, mine uthevinger).

Et betimelig spørsmål i denne sammenheng knytter seg til om dette sitatet er relatert til en påkrevd politisk korrekthet med henblikk på å oppnå en legitimitet og der det å nyansere dokumentet gjør det mer akseptabelt for den «tekno-kritiske» fløyen av kampfeltet? Utsagnet kan på mange måter tolkes som en reproduksjon av et teknologiskritisk doxa som går igjen blant majoriteten av de helseprofesjonelle fagforeningene, men som ikke deles av utvalget om man ser på det overordnede doxaet om eldreomsorg og teknologi i dokumentet (i ord), som i stor grad handler om mer

¹³² Et dansk teknologiselskap som har vært ledende på digitalisering av offentlig sektor siden 1970-tallet, <https://www.kmd.net/en/about-kmd> Nedlastet 17.02.23

egenomsorg (aktiv profil på omsorg, hverdagsrehabilitering) og økt bruk av teknologisk avstandsoppfølging for å stimulere til arbeidskraftbesparelser, for eksempel illustrert med følgende posisjonering:

*«Store internasjonale studier viser at den største gevinsten ligger i de prosjektene der velferdsteknologi **ikke bare er et supplement** til eksisterende behandlingsforløp og rutiner, men reelt **erstatter dem** (NOU 2011:11, s. 118, mine uthevninger).*

Det presiseres imidlertid ikke i utredningen hvilke store internasjonale studier som har påvist slike gevinster ved velferdsteknologi. Utvalgets posisjoneringer i form forslag til *handlinger* fremstår også som stikk i strid med de «tekno-kritiske» posisjoneringene om at teknologi aldri kan erstatte menneskelig omsorg. På mange måter fremstår NOU 2011:11 derav som motsetningsfull og preget av kampfeltet, mens de tekno-optimistiske posisjonene kan synes å ha vunnet definisjonsmakten når det kom til politiske strategier og videre politiske tiltak som fremmes i den påfølgende stortingsmeldingen om morgendagens omsorg. For eksempel skriver utvalget flere steder i NOU 2011:11 om kulturelle forhold ved omsorgstjenestene i retning av å være lavteknologiske, gammeldage, kvinnedominerte og ineffektive, som gjennomgangen har vist at var doxiske holdninger både Pensjonistforbundet og teknologiforbundene delte. Videre er mange av teknologinæringens mer konkrete forslag til statlige tiltak og næringspolitiske virkemidler for å stimulere til en målrettet satsing på velferdsteknologi i kommune-Norge hensyntatt, deriblant forslaget om opprettelsen av et fagorgan for velferdsteknologi¹³³ satsning på innovative offentlige anskaffelser¹³⁴, betydningen av finansielle støtteordninger for kommunene¹³⁵, satsning på forskning, kompetanseheving og innovasjon i kommunene¹³⁶ og gjennomgang av de juridiske hindringer for teknologisk omsorg¹³⁷. Funksjonshemmedes fellesforbund posisjoneringer om viktigheten av tekniske hjelpemidler og boligtilpasning deles av

¹³³ På side 118

¹³⁴ På side 48

¹³⁵ På side 109

¹³⁶ På side 129-133

¹³⁷ På side 122

utvalget¹³⁸, men Funksjonshemmedes fellesforbunds forsøk på å distingvere seg som en særskilt gruppe til sammenligning med eldre tilsynelatende lykkes i liten grad. Både når det er snakk om boligtilpasning og tekniske hjelpemidler nevner utvalget funksjonshemmede og eldre i samme åndedrag (NOU 2011:11, s. 88-136).

Utvalget hadde fått i mandat å utrede muligheten for innovasjon, teknologibruk og økt samarbeid mellom privat næringsliv og kommunale helse- og omsorgstjenester, der de posisjonene som ikke la dette premisset til grunn tilsynelatende ble lite hensyntatt. Analysens drøftelser har i den sammenheng også påpekt hvordan det foreligger en symbolsk voldelighet i hele ideen om at det især er den kommunale helse- og omsorgssektoren som må innoveres. Voldeligheten fungerer fordi den er skjult og foregår bakom ryggen på oss (Petersen, 1995a, s. 134). For eksempel er det lite å utsette på innovasjonsbegrepet, for hvem vil vel motsette seg nyskapende virksomhet som får samfunnet til å gå fremover? Voldeligheten fungerer når de dominante posisjoners ideer får fotfeste som et doxa som konsumpsjonsfeltets dominerte posisjoner tar til seg som en naturalisert del av hverdagsforståelsen, uttrykket på følgende måte i hverdagsforståelsens «common sense»: «nå for tiden er det slik at vi må effektivisere tjenestene våre, deriblant ved hjelp av velferdsteknologi». Dette doxaet kom til uttrykk i de studerte hjemmetjenestene (konsumpsjonsfeltet) både i min masterstudie (Brandser, 2015) og denne ph.d.-studiens feltarbeider, som følgelig vil drøftes mer inngående i avhandlingens andre analyse- og drøftingskapittel (kapittel 6).

Det er også interessant hvordan en omstrukturering av dominansforholdene mellom de agerende helseprofesjonelle forsøkes iverksatt med en særlig positiv posisjonering av fysio- og ergoterapitjenesten, mens de tidligere dominante gruppene av helsepersonell som sykepleiere og leger vies lite oppmerksomhet og positiv omtale. Her legger utvalget implisitt opp til en profesjonskamp mellom velferdsstatens helseprofesjoner om hvem som skal få monopol på velferdsteknologiområdet og «teknologiske

¹³⁸ På side 136-137

overvåkningspraktikker». Når teknologibruk i eldreomsorg ligger som et vedtatt premiss for fremtidens omsorgstjenester er det i så måte lite å vinne på å posisjonere seg kritisk til teknologisk omsorg, noe som kan forklare både Norsk sykepleierforbund og Fagforbundets gradvise aksept for praktikken, samtidig som satsningen på velferdsteknologi kontekstuellet ble rettet mot hjemmetjenestefeltet der sykepleierne hadde hatt og fremdeles har en dominant posisjon (Kleiven, 2017), i alle fall til sammenligning med helsefagarbeidere og assistenter, dog underlagt det medisinske felt (jfr. kapittel 4).



Figur 1: Stipulativ feltskisse av de analyserte posisjonenes høringsuttalelser til NOU 2011:11

Oppsummert kan følgende stipulative feltskisse over de analyserte posisjonenes posisjoneringer basert på høringsuttalelser skisseres. I tråd med bourdieuske feltskisser indikerer den horisontale akse posisjonenes grad av orientering mot henholdsvis en kulturell, humanistisk (ortodox) pol på venstre side, mens orienteringer nærmere en økonomisk-teknokratisk (heterdox) pol er plassert på høyre side av feltskissen (Bourdieu, 1995; Larsen, 2009). Posisjonene plassert i midten inntar en mellomposisjon der til dels motstridende posisjoneringer i høringsuttalelsene kan

indikere en mer pragmatisk innstilling, uten særlig grad av illusio for «kampens hete» eller ytterpunkter.

De helsefaglige profesjonsforbundene (med unntak av ergoterapeutene) inntar en posisjon nærmere den humanistisk-kulturelle (ortoxe) pol som følge av å fremme individets rettigheter, personvern hensyn, hensynet til sårbare grupper (særlig personer med demens) og faren for sosial isolasjon ved teknologibruk, mens teknologiforbundene og Ergoterapeutene i liten eller mindre grad tar opp denne type personvernmessige og etiske problemstillinger. Pasient- og brukerorganisasjonene er plassert i midten av skissen ettersom de inntok en pragmatisk, men da også noe motstridende posisjon der de både er opptatt av at deres medlemmer skal få tilgang til ny teknologi, samtidig som at fryktet for at menneskelige ressurser skal innskrenkes også er tilstede i deres posisjoneringer.

Den vertikale delen av skissen indikerer grad av definisjonsmakt som de ulike posisjonene kan hevdes å besitte basert på reell påvirkningsevne inn mot den endelige publikasjonen, samt posisjonenes kapitalvolum og sammensetning for øvrig. For eksempel er det rimelig å på generelt grunnlag plassere Legeforeningen høyere oppe i makthierarkiet sammenlignet med NSF og Fagforbundet, for eksempel basert på medlemmenes grad av både kulturell kapital (utdanningsnivå), økonomisk kapital (inntektsnivå) og sosiale kapital (definisjonsmakt, representasjon på samfunnsplan). På den annen side plasseres samtlige av de helseprofesjonelle fagforeningene i denne sammenheng relativt lavt på den vertikale maktskalaen, basert på lavere grad av reell påvirkningsevne inn mot den endelige publikasjonen. Pasient- og brukerorganisasjonene plasseres også relativt lavt på den vertikale akse ettersom det å innta en pragmatisk posisjon innebærer å ikke delta særlig aktiv i kampen (liten grad av illusio), noe som kan ha medvirket til mindre grad av innflytelse inn mot den endelige publikasjonen, særlig gjeldende for Funksjonshemmedes fellesforbund ettersom teknologi i eldreomsorg fikk et dominerende fokus i utredningen.

Avslutningsvis kan det argumenteres for at høringsprosesser er en sentral del av den norske (og også andre sammenlignbare demokratiers) utredningstradisjon (J. Christensen & Holst, 2020, s. 88-90), noe den brede oppslutningen om høringsprosessen knyttet til NOU 2011:11 også vitner om. På den annen side har analysene av et utvalg av høringsuttalelsene – i likhet med både Bourdieus 1989-1991/2014) teorier om kommisjoner og norske sosiologiske studier om NOU-tradisjonen (J. Christensen & Holst, 2017; 2020, s. 88-90) – vist at bruker- og interessegrupper er viktige, men på langt nær posisjoner som besitter den endelige definisjonsmakten. At ikke samtlige av innspillene kan tas med i en konsensusskapende byråkratisk praktikk som kommisjons- og utredningstradisjonen representerer er imidlertid forståelig. Analysene har på den annen side forsøkt å bryte med det statlig skapte doxaet om stor grad av brukermedvirkning og reell medvirkning i NOU-tradisjonen.

5.6 Velferdsteknologinæringens markedsføringsstrategier gjennom historien

I dette første analyse- og drøftingskapittelet har det til nå blitt argumentert for at en herskende mening (doxa) om velferdsteknologi bestående av mange implisitte og naturliggjorte teser, som det er vanskelig å rette kritikk mot – for eksempel at teknologi bidrar til trygghet, selvstendighet og økt livskvalitet i egen bolig – er skapt i et *produksjonsfelt* bestående av ulike agerende (individer og institusjoner) som på bakgrunn av sine disposisjoner innehar definisjonsmakten. Det er imidlertid vanskelig å stadfeste om doxaet først og fremst har hatt sin opprinnelse i velferdsteknologimarkedet eller først og fremst i statsbyråkratiet, hvorpå det til nå har blitt argumentert for at markedskreftene både kan sies å være del av produksjonsfeltet som skaper tesene som doxaet hviler på – for eksempel gjennom reklame og markedsføringsstrategier – samtidig som det er kjent at markedskreftene også tilpasser sine markedsføringsstrategier etter statlige visjoner og problemdefinisjoner (jfr. punkt 2.5.3). Markedets agerende deltar også som iverksettere

når visjoner skal omdannes til velferdsteknologitjenester i *konsumpsjonsfeltet*, noe denne studiens empiriske materiale fra feltarbeid i to norske kommuner også løfter frem.

Som nevnt i passasjene om «reklamens magiske kraft» (jfr. punkt 2.5.3) henvender reklame og ulike former for markedsføringsstrategier seg til individenes disposisjoner og spiller både den individuelle og kollektive historie (habitus), som muliggjør at man *gjenkjenner* budskapet som formidles og derav *anerkjenner* det. Individenes gjenkjennelsesevne er følgelig det som bidrar til å oppfylle det symbolske budskapet (makten) som reklamen formidler. Teoriene om markedskreftenes påvirkningskraft i retning av å skape et herskende doxa om et produkt eller tjeneste inspirerte meg derav til å se nærmere på hvordan velferdsteknologi har blitt markedsført gjennom historien i norsk kontekst (jfr. punkt 3.5.4).

Ved velferdsteknologiens opprinnelse på 1970- og 1980-tallet ble teknologien særlig markedsført mot eldre og begrunnet av aldersrelaterte farer, som følgelig kunne imøtekommes av sikkerhetsteknologier i boligen (Fisk, 2003, s. 2-8). Fra teknologigründeren Andrew Dibner utviklet den første trygghetsalarmen med toveistale og automatisk oppringning til responsmottak, pårørende eller helseinstitusjoner i 1973, tok det ikke lang tid før det dukket opp konkurrenter i både USA og Europa (Fisk, 2003, s. 58-198). LifeCall var den første konkurrenten til Dibners selskap, som med sin markedsføringsstrategi blant annet i TV-reklame skulle vise seg å bli en reklamefilm mange amerikanere husker den dag i dag. I TV-reklamen for LifeCall fra 1987 blir man kjent med fru Fletcher – en eldre kvinne som både har hatt hjelp av trygghetsalarmen ved akutte sykdomstilfeller og fall (LifeCall, 1987). Kvinnen uttrykker i reklamesnutten at hun har falt og ikke greier å komme opp («*I've fallen and I can't get up*») (Sandomir, 2019) – som skulle vise seg å bli en gjenkjennbar og derav anerkjent «slogan» som har festet seg i minnet¹³⁹ til mange amerikanere og

¹³⁹ Reklamefilmen havnet på førsteplass i den amerikanske avisen USA Today sin kåring av de 25 mest kjente reklamefilmer i USA gjennom historien (Jones, 2007).

har blitt reprodusert i andre velferdsteknologiske firmaers (og konteksters) markedsføringsstrategier opp i gjennom historien. Reklamefilmens utbredelse og popularitet kan vitne om gjenkjennelse som følgelig bidro til å anerkjenne budskapet, men også underbygge stereotypiske syn på eldre som gruppe og teknologi som redningen herav.

Fra midten av 1980-tallet, og utover 1990-tallet da trygghetsalarmer ble tatt i bruk over store deler av den vestlige verden (Fisk, 2003, s. 121-165), spilte markedsføringsstrategiene for trygghetsalarmen videre på dette dramatiske bilde av teknologiens siktemål – relatert til at den hjelpetrengende kunne varsle helsetjenesten eller pårørende ved en nødsituasjon, slik som fall eller et illebefinnende. Fisk (2003, s. 2-8) argumenterer i så måte for at velferdsteknologifirmaenes reklamer i denne introduksjonsperioden var rimelig aggressive i form av å tegne et negativt bilde av eldre menneskers skrøpelighet og samtidig spre frykt ved å vise til ulike risikofylte situasjoner eldre og hjelpetrengende kunne havne i som følge av deres ulike grad av funksjonssvikt.

I likhet med Fisks (2003, s. 2-8) analyser rettet de analyserte reklameannonsene fra norsk kontekst på 1980- og tidlig 1990-tall seg særlig mot eldre, men også funksjonshemmede og enslige som derav bidro til å underbygge synet på disse gruppene som utsatt for en sikkerhetsrisiko som følge av sykdom, svekkelser og hjelpeløshet. For eksempel ble det i magasinet *Hjelpepleieren*¹⁴⁰ i 1988 funnet en reklame for trygghetstelefon fra selskapet Scanvest Ring Communications som av selskapet ble promotert som et trygghetssystem for nødsituasjoner under slagordet «*Livets rett – en trygg tilværelse*» og der illustrasjonsbildet er av en eldre kvinne med trygghetsalarm rundt halsen og en hånd som trykker på alarmen (Scanvest Ring Communications, 1988). Videre ble det funnet en reklame for Scan Multitrading

¹⁴⁰ *Hjelpepleieren* var Norsk hjelpepleierforbunds (1965-1995) fagtidsskrift (T. A. Stokke, 2021), det er derav rimelig å påstå at reklamen rettes mot hjelpepleiergruppen som på denne tiden hadde en sentral rolle i hjemmetjenestene.

trygghetsalarm i *Kommunal rapport* (1992, s 20), som fokuserte mye på farene (innbrudd, fall ol.) ved å være hjelpetrengende og aleneboende – illustrert med en innbruddstyv med kniv og en hund med skarpe tenner, samt en rullestolbruker på vei ned en trapp (Scan Multitrading, 1992).

På den annen side ble det på tidlig 1980-tallet funnet en annen vinkling og målgruppe for trygghetsteknologier, der en reklame for smarthus promotert som en luksusvare – tilsynelatende rettet mot menn ettersom det ble annonsert for produktet i magasinet *Byggenytt* (1984, s. 46) – et magasin man kan tenke seg at i størst grad er rettet mot menn ettersom ansvaret for boligen er et sosialt domene som oftest tildeles menn (jfr. Bourdieu 2000/2005, s. 52-63 analyser av reklameannonser for ulike boligprodusenter som alle ble rettet mot mannen i huset, dvs. familiens overhode). Smarthussystemet Microtrol levert av selskapet Midat ble promotert under slagordet «*Det intelligente huset*», der det reklameres for både vern mot farer slik som brann, innbrudd og vannlekkasjer, samtidig som det vises til økt kontroll av strømutfgifter og muligheter for tidsstyring av motorvarmer i garasjen (Midat, 1984). I et underpunkt vises det til at systemet også kan brukes for eldre og uføre ved å gi «*bedre sikkerhet i hjemmet for grupper som kan tenkes å ha vanskeligheter med å melde fra i et krisetilfelle*», der det vises til bevegelsessensorer og lignende utstyr som kan varsle om det har vært «*mangel på bevegelse i boligen innenfor et visst tidsrom*». Selskapet kunne også tilby alarmknapper som kunne trykkes på ved behov for hjelp.

Billedlig og symbolsk vises det til et hus med en bil utenfor som kontrolleres av en rekke sensorer. En mannshånd holder kontrollen (styringen) av huset, som symbolsk kan tolkes som at «husets herre»¹⁴¹ har kontrollen over boligen (hjemmet og familien). Videre er måten Midats smarthusystem beskrives og markedsføres analytisk interessant relatert til forskningsobjektet, ettersom beskrivelsene av smarthuset minner mye om hvordan velferdsteknologiske «trygghetspakker» beskrives og promoterer av

¹⁴¹ Begrepet «husets herre» henviser til Bourdieus (1998/2000) analyser av mannrollen og den maskuline dominans i de androsentriske kabylske samfunn, som samfunnets arkitektur gjenspeilte.

både staten og markedskreftene i dag. Dette funnet underbygger tesen om at dagens produkter er en relansering av systemer som har vært på markedet i over 40 år, med en ny innpakning (digitalt utstyr) og promotering (statlig initiert og stimulert), også drøftet av Thygesen (2019, s. 27, 35) og Kleiven (2017, s. 94). Hovedforskjellen mellom Midats markedsføringsstrategi i 1984 og måten det smarte hus promotes i dag relaterer seg i hovedsak til målgruppen: middelklassens middelaldrende familiemenn i eneboliger versus eldre aleneboende kvinner som primær målgruppe utover i historien og i nåtiden.

I en reklameannonse fra trygghetsalarmleverandøren Securitas i *Kommunalt tidsskrift*¹⁴² fra samme år (1984, s. 24) reklameres det for eksempel for trygghetsalarm under slagordet: *Trygg i eget hjem – trygghetsalarm for enslige, funksjonshemmede og eldre*» (Securitas, 1984). Foruten tekniske spesifikasjoner viser reklameannonsen fra Securitas til at de er det eneste selskapet med et totalt sikkerhetskonsept, bestående av både alarm og sikkerhetstjenester med responderende personell. Symbolsk spilles det på de hjelpetrengendes behov for trygghet med et bilde av en person med trygghetsalarmen rundt halsen som holder alarmen i hånden klar til å varsle ved behov for hjelp. På samme side i samme tidsskrift retter en konkurrent av Securitas kalt Play-Tronic seg tilsynelatende mot kommunalt ansatte når det reklameres for «*trygghetsvarsling for folk som bor alene i din kommune*» (Play-Tronic, 1984). Bildet i denne reklameannonsen er av en eldre kvinne – som både fra teknologiens opprinnelse til den dag i dag kan sies å være velferdsteknologiens primære siktemål – samtidig som det fremstår som analytisk interessant at teknologien markedsførers bredere mot ulike grupper som bor alene på denne tiden. Dette funnet kan tolkes i lys av det analysene av de politiske dokumentene gjennom historien har pekt på med et skifte innen hjelpemiddelområdet. Videre har det blitt argumentert for at velferdsteknologiens primære siktemål (målgruppe og kontekst) endret seg fra å inneha et primærfokus på

¹⁴² Her er målgruppen og leserne kommunalt ansatte, dvs. velferdsstatens semiprofesjonelle.

funksjonshemmede til eldre aleneboende, som i så henseende kan peke i retning av at velferdsteknologi representerer et profesjonsfaglig kampfelt.

Utover 1990-tallet ses et gradvis skifte i markedsføringsstrategiene fra å *kun* handle om farer og risikoer for enslige hjemmeboende som markedsføringsstrategi, til å fokusere på trygghet og det individuelle valget om det gode liv i egen bolig. Videre løftes ideen om verdien av tryggheten for pårørende frem som en ny dimensjon, der ideen om at pårørende kan stå på en liste over mulige respondenter lanseres. Dette funnet samsvarer med statlige visjoner i dette tiåret, der trygghet og verdigheten i egen bolig for både eldre og funksjonshemmede, samt deres pårørende løftes frem (NOU 1992: 26). For eksempel er det i en annonse for Alcatels trygghetsalarmer i *Kommunal rapport* fra 1990 (s. 10) både et bilde av en eldre kvinne på vei ned trappen (farefull situasjon), en illustrasjon av en eldre kvinne som har falt, samt en illustrasjon av nettverket av mulige respondenter (sentral eldrebolig/bofelleskap, legevakt, nabo/slekting, utrykningsenhet, alarmsentral og patrulje i oppdrag). Videre fremmes det i Alcatels annonse i *Kommunal rapport* fra 1990 at firmaet hadde fått solgt produktene sine til over 30 norske kommuner som et kvalitetsstempel som ifølge firmaet muliggjorde «*at eldre mennesker og funksjonshemmede kan velge å bli boende i sine egne hjem, trygge – fordi de vet at hjelp kan nåes når det er nødvendig*» (Alcatel Business systems, 1990, annonsert i *Kommunal rapport* 1990, s. 10).

I en reklame for Televerkets Trygghetsentral i *Handikapnytt* (1994, s. 40) ble det vist til at en trygghetsalarm gir trygghet for hele familien ettersom pårørende ikke alltid har tid til å følge opp (særlig i ferietiden). For å underbygge denne «vinn-vinn» situasjonen for hele familien anvendes et bilde av en eldre far og sønn som ser på hverandre og smiler tilfredse, mens det ikke er noe bilde av selve teknologien (Trygghetsentralen, 1994). Dette skiftet i bildebruk fra fokus på ting til mennesker kan tolkes i retning av et fokus på de sosiale relasjoner (menneskemøter) for å tilslore teknologiens potensielt motsatte effekter – far sitter igjen alene med sin trygghetsalarm mens familien reiser på ferie. Både budskapet om valgfrihet og trygghet for både hjelpetrequende og dets

familie kan herav tolkes i retning av å tilsløre at det å bli boende hjemme i mindre og mindre grad representerer en valgfrihet, men snarere er uttrykk for en villet desentraliserende og deinstitusjonaliserende politikk som representerer liten grad av valgfrihet (Alvsvåg, 2022a; Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999; K. Christensen & Wærness, 2018). Videre kan ideen om bruk av pårørende i omsorgen (og teknologiresponderingen) vitne om en gradvis forskyving av ansvar fra staten til familiene, som en rekke velferdsforskere drøfter (K. Christensen, 2012; Holvik, 2018; Ågotnes, Moholt & Blix, 2021). Analysene viser i så måte hvordan reklamens magiske kraft brukes for å underbygge statlige visjoner og forestillinger gjennom historien, og samtidig underbygge behovet for firmaenes produkter som del av løsningen på statens omsorgsutfordringer.

Utover 2000-tallet ble det funnet få annonser for trygghetsalarmer, som kan vitne om at dette produktet trolig hadde mistet sin nyhetsverdi og var godt kjent i hjemmetjenestene og blant sluttbrukerne som målgruppe. Interessant nok kan de to annonsene som ble funnet sies å tilhøre en annen målgruppe enn tidligere, ettersom det ble annonsert for trygghetsalarm i magasinene *Snø og Ski* og *PC World*, som begge tilsynelatende hadde menn som primær lesergruppe. For eksempel var det en majoritet av menn som ble funnet å være portrettert i bladene som omhandlet interesser som sport, friluftsliv, transportmidler og teknologi. Antagelsen om menn som målgruppe stemmer overens med budskapet i reklamen for Falkens sikkerhets- og trygghetstjenester som rettes mot deg (familiens overhode) og din familie under slagordet «*Falken – trygghet for deg og familien*» i magasinet *Snø og Ski* fra år 2000 (Falken, 2000). Bildene i annonsen portretterer videre menn i ulike sikkerhetsyrker (vekter som tilser kvinne med baby i hjemmet, vekter under alarmanrop- og utrykning, vekter som hjelper mann med motorstopp), mens kvinnene stereotypisk er portrettert som sykepleier på alarmsentral og eldre kvinnelig hjemmeboende med trygghetsalarm på armen. Ikke bare underbygger reklamen den mannlige kjønnsrollen som den som har kontroll på hjemmet og familien, men også den som har kontroll over farlige situasjoner på samfunnsplan, mens kvinnene ivaretar reproduktive oppgaver i det

offentlige helsevesenet og det private hjemmet (mor som står ved komfyren og lager mat) – samtidig som kvinnene fremstilles som de undertrykte som trenger hjelp av de sterke og ivaretagende mennene. Annonsen underbygger i så måte produksjonsfeltets teser om teknologiske overvåkingspraktikker og idealet om aldring i hjemmet – underbygget av det (Bourdieu 1998/2000, s. 11) omtalte som en «*sosialisering av det biologiske og en biologisering av det sosiale*». Videre var Bourdieu (2000/2005, s. 23-24) opptatt av at reklamen er virksom nettopp fordi den spiller på slike nedarvede og naturaliserte sosiale strukturer. Det at det reklameres for firmaet Emcoms kombinerte trygghetsalarm og GSM-telefon for eldre på forsiden av magasinet PC World så sent som år 2010 kan på samme måte vitne om en profilering av teknologien mot en ny målgruppe (sønner av eldre hjemmeboende) (Emcom, 2010), ettersom menn tradisjonelt sett har interessert seg mer for informasjonsteknologi enn kvinner (jfr. punkt 3.1.3). Som følge av at den nye eldregenerasjonen av myndighetene hevdes å være mer ressurssterke og teknisk kyndige (jfr. kap. 5.5) kan det også tenkes at reklamen i PC World rettes mot eldre (ekte)menn.

Fra nyere tid (2022) ble det funnet en reklameannonse fra et av de ledende velferdsteknologiske firmaene Sensio i *Tidsskriftet sykepleien*. Annonsen spiller med bildebruk og slagord på historiens disposisjoner når det på illustrasjonsfotoet i annonsen viser en sykepleiers fot (hvit bukse og sandal) som tar steget fra et romskip til månen under slagordet «*Et lite skritt for deg, et gigantisk sprang for omsorgen*». Annonsens henspiller på månelandingens store steg for menneskeheten og kan vitne om et teknologioptimistisk ståsted der menneskets fremskritt også i stor grad linkes til teknologisk utvikling. Ved å fremstille viljen til å ta i bruk velferdsteknologi som på nivå med månelandingen (med stor symbolkraft og poetiske virkemidler) fremstilles den nye statlige satsningen på digitaliserte velferdsteknologiske trygghetspakker og annet utstyr i så måte som et stort (og vanskelig steg) for sykepleiestaben som teknologileverandøren står villig til å hjelpe med. I annonseteksten står det for eksempel at:

«Det første steget mot noe nytt og stort kan ofte virke vanskelig. Det trenger ikke være sånn. Hos Sensio utvikler vi morgendagens velferdsteknologi i dag. Vår fleksible plattform bygger på moderne teknologi og åpne standarder slik at alle kan koble seg på. Som institusjon og privatbolig. Så ta et lite skritt i dag og bli med oss på et stort sprang mot fremtidens omsorgshverdag» (Sensio, 2022, i Tidsskriftet sykepleien, s. 43).

Sitatet underbygger den statlige ideen om at bruk av multiple velferdsteknologiske sensorer (tidligere kalt smarte hus) er noe nytt, der historisering har vist at det særlig i perioden etter NOU 2011:11 skjedde et skifte i myndighetenes fokus og styring av den nasjonale velferdsteknologisatsningen. Myndighetene anbefalte eksempelvis i denne perioden at kommunene skulle digitalisere trygghetsalarmen og fokusere på en utvidelse av trygghetsalarmen med såkalte velferdsteknologiske trygghetspakker, som kunne dreie seg om ulike sensorer i boligen slik som dør-, senge-, eller bevegelsessensorer, røykvarslere, komfyrvakter ol., (Helsedirektoratet, 2014), som det til nå har blitt argumentert for at var inspirert av statlige telecare-satsninger fra andre land (især Storbritannia). Firmaets påstander om bruk av åpne standarder og tilbud av en plattform som alle kan koble seg på svarer i denne sammenheng på statens ønskedrøm overfor teknologileverandørene, men som avhandlingens andre analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) vil drøfte viste det seg at denne visjonen var langt fra en «quick fix» eller «plug and play» slik reklameplakatens budskap fremmet.

Oppsummert kan man si at analysene av reklameannonser for velferdsteknologi gjennom historien viser at – i likhet med andre former for reklame – retter reklamen for velferdsteknologi seg også mot individer og gruppers kollektive habitus og levde erfaring når reklamebudskapet fremmes. Dette kom for eksempel til uttrykk i form av ulike symbolbruk til ulike mottakergrupper, der reklamen spilte på alderdommens farer og trusler når den ble rettet mot eldre (kvinner) og andre hjelpetrequende, mens teknologien ble fremstilt som et luksusprodukt og et gode for å ivareta familiens sikkerhet når den ble rettet mot yngre og middelaldrende menn. Videre har analysene avdekket at markedsføringsstrategiene endrer seg i takt med skiftene i budskapet som fremmes om saken (teknologisk overvåking av hjemmeboende) i det politisk-

byråkratiske felt, der de mellommenneskelige relasjoner kommer mer og mer til syne i takt med at politikken sørger for at mer og mer ansvar for omsorgen overføres til individet og dets pårørende. I analysene av de agerende firmaene som samarbeidet med denne studiens case-kommuner sine markedsføringsstrategier (jfr. punkt 6.5.2) kommer denne typen tilslørende budskap om mye menneskelig interaksjon i forbindelse med teknologibruk enda bedre til syne, noe som følgelig bidrar til å underbygge funnene i dette underkapittelets historiske analyser av reklamens «magiske» symbolkraft.

5.7 Avsluttende drøftinger om tilstedeværende posisjoner og dominante teser (doxa) i det velferdsteknologiske produksjonsfeltet

Analysene av både de politiske dokumentene og teknologinæringens markedsføringsstrategier har vist at det gjennom historien har blitt inntatt ulike posisjoneringer til temaet velferdsteknologi i henholdsvis det politisk-byråkratiske felt, det økonomiske felt og tilgrensende kampfelter. Analysene av de politiske dokumentene avdekket at bruk av teknologi i hjemmetjenesten ved praktikkens genese på 1970-tallet ble posisjonert som et lovende hjelpemiddel som helsepersonell, eldre og pårørende kunne ha nytte av å lære mer om. På den annen side ble det ytret mye bekymring omkring personvern hensyn og teknologiens potensielt overvåkende, men også sosialt isolerende egenskaper i samfunnsdebatten. Under 1980-tallets «høyrebølge» preget av globale nyliberalistiske styringsimpulser og sparetiltak, ble det sådd tvil til teknologiens effektiviserende egenskaper, mens overgangen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg derimot ble fremhevet som det mest besparende tiltaket for sektoren. Analysene har herav også argumentert for at satsningen på hjemmebasert omsorg også ble legitimert av et opprør mot det medisinske felts hegemoni, blant annet gjennom «empowerment-bølgen» som løftet frem selvstendighet, aktivitet og mestring som et ideal for helse- og omsorgstjenestene.

Markedskreftene var på sin side veldig aktive på 1980-tallet ettersom smarthusteknologi (deriblant trygghetsalarm) ble lansert i denne perioden. Teknologien ble følgelig markedsført bredt mot potensielle brukergrupper (både middelaldrende familiefedre og eldre kvinner). Ulike former for alarm- og sikkerhetsteknologier ble imidlertid markedsført annerledes mot eldre hjemmeboende (særlig kvinner), fremstilt som et viktig tiltak for å imøtekomme alderdommens mange farer (fall, innbrudd, illebefinnende m.m.), og der disse markedsføringsstrategiene med fokus på *sikkerhet* varte godt inn på 1990-tallet.

1990-tallet fremstod som en periode der motstridende interesser i det politisk-byråkratiske felt kom tydeligst til syne. Denne perioden kan i så måte defineres som «kampens hete» der teknologiens mange utfordringer på den ene siden ble diskutert – deriblant etiske og personvernmessige hensyn, men også teknisk umodenhet og juridiske spørsmål – mens teknologien på den annen side ble løftet frem som et særs viktig virkemiddel for oppnåelsen av det hjemlige omsorgsideal. Teknologien var i så måte bare del av en pågående debatt om balansen mellom institusjonell versus hjemmebasert (eldre)omsorg. Reklamenes budskap speiler i denne perioden i større grad enn tidligere statens budskap, hvorpå det også skjer et brudd i reklamens verden der nye markedsføringsstrategier og målgrupper prøves ut. Reklamene ble i denne perioden mer relasjonelt fokuserende der gode menneskemøter preget reklameplakatene, mens gjennomgangen av de politiske føringene har vist at teknologiens hensikter helt motsatt har handlet om å redusere menneskelige tilsyn og avlaste pårørende.

Utover 2000-tallet skjedde det nok et brudd i det politisk-byråkratiske felt der teknologi ble linket mot en større global innovasjonstrend i offentlig sektor, der helse- og velferdsteknologimarkedet i omstillingens lys også ble posisjonert som en potensiell ny næring i oljeavhengige Norge og andre velferdsstater i krise. På 2010-tallet var det derimot et større fokus på mer konkret realisering av de globale innovasjonsimpulsene. Det at det tok over ti år før mer konkrete virkemidler ble satt i verk kan handle om at

det tar tid fra politiske visjoner (og impulser) introduseres til de forsøkes realiseres eller blir realisert i konsumpsjonsfeltet¹⁴³. Det var imidlertid i denne perioden ikke lenger spørsmål om, men *hvordan* velferdsteknologi kunne bli en integrert del av kommunale hjemmetjenester. Velferdsteknologi¹⁴⁴ ble også fremstilt som noe helt nytt og banebrytende i denne perioden og kan på den måten tolkes som en slags relansering av tidligere tiders noe mislykkede forsøk på bruk av multiple sensorer i boligen (trygghetsalarmen var som vi vet blitt godt integrert i tjenestene). Reklamene fra nyere tid underbygger og speiler statens budskap om at det nå er noe helt nytt og innovativt vi skal bli vitne til, men som historiseringen til nå har vist har velferdsteknologi i form av avanserte systemer av «intelligente» sensor vært forsøkt introdusert og reintrodusert gjentatte ganger i løpet av historien – hvorpå dagens satsning analytisk kan betegnes som smarthuset versjon 2.0.

Staten, med dets byråkratiske subfelter inntok i denne perioden (2010-tallet) en mer aktiv rolle i å stimulere det velferdsteknologiske markedet i Norge gjennom finansielle støtteordninger, endring av lovverket og økt statlig styring på området. Praktikken ble videre legitimert av et doxa om teknologi som et *premiss* for velferdsstatens overlevelse, der særlig to sentrale teser om velferdsteknologiens potensiale som går igjen og i liten grad utfordres i sentrale policy-dokumenter, og derav underbygger doxaet om saken i produksjonsfeltet:

1. Velferdsteknologi gir økt trygghet og sikkerhet som fremmer selvstendighet, mestring og deltakelse/aktivitet, som derav bidrar til at eldre og andre hjelpetrequende kan bli boende lengre hjemme og ta større egenansvar for alder- og/eller sykdomsrelaterte svekkelser

¹⁴³ Bourdieu (2000/2005, s. 89-122) viser eksempelvis at det tok over ti år å transformere boligpolitikken i Frankrike fra en kollektivistisk til en individualistisk (neoliberal) profil, gjennom gjentatte kamper i det politisk-byråkratiske felt der det også ble utøvd motstand fra ulike pressgrupper.

¹⁴⁴ Endringen i begrepsbruken fra smarthus og omsorgsteknologi til velferdsteknologi skjedde i samme tiår og kan i så måte vitne om et forsøk på å revitalisere satsningen i form av en ny innpakning. Endringen av begrepsbruken ble foreslått i NOU 2011:11 og deretter implementert i Helsedirektoratets rapport om velferdsteknologi fra 2012 og Stortingsmelding 29 fra 2013 om Morgendagens omsorg.

2. Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og eldreomsorgen.

5.7.1 Tilstedeværende posisjoner i produksjonsfeltet og deres makt- og innflytelse omkring doxa

For å kunne forstå og forklare de overnevnte rådende teser som inngår i et doxa skapt i produksjonsfeltet, må de tilstedeværende posisjoner og makt- og dominansforhold drøftes. Overordnet sett har det i lys av Bourdieus teori om produksjons- og konsumpsjonsfelt blitt argumentert for at agerende i både det politisk-byråkratiske og det teknisk-økonomiske pol av maktfeltet har virket inn på det herskende doxa om saken slik det fremstår i nåtiden – der også globale impulser har påvirket det nasjonale maktfeltets posisjoneringer. For eksempel ble det i min søken etter svar på spørsmålet om hvor tesene og det overordnede doxaet om velferdsstaten i krise kommer fra identifisert at innflytelsesrike internasjonale policy-produsenter slik som OECD, EU og WHO har bidratt til å skape tesene og denne gradvise overgangen fra svak tro på teknologiens potensiale til at teknologisk omsorg nå fremstår som et *premiss* for velferdsstatens overlevelse. Omfanget av utfordringer og oppgaver teknologien har blitt satt til å løse har således økt i takt med den økende teknologioptimismen og innovasjonsiveren fremmet av både nasjonale og internasjonale politisk-byråkratiske felter gjennom historien. Figuren under visualiserer tilstedeværende agenter på velferdsteknologiområdet tenkt som et sosialt rom eller kampfelt, der figuren også er hierarkisk inndelt etter hvem som på bakgrunn av analysene kan hevdes å ha størst og minst definisjonsmakt.

<p>Internasjonale policy-produsenter f.eks. WHO, EU, OECD, Nordisk ministerråd</p>
<p>Nasjonale policy-produsenter f.eks. departementer, direktorater, statlige 'uavhengige' fagorgan (Teknologirådet, Datatilsynet), statlige kommisjoner og utvalgt, statlig virkemiddelapparat for næringsutvikling og innovasjon (Husbanken, Innovasjon Norge, Leverandørutviklingsprogrammet, Nasjonalt velferdsteknologi-program)</p>
<p>Privat næringsliv: f.eks. teknologifirmaer og deres markedsføringsstrategier</p>
<p>Arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjoner i både privat og offentlig sektor f.eks. NHO, Spekter, KS, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, Den norske legeforening, Norsk Teknologi</p>
<p>Det akademiske og kvasi-akademiske subfelt</p> <p>Kommersielle, ikke statlige policy-produsenter f.eks. konsulentbransjen og oppdragsforskningsinstitutter</p> <p>Offentlige (statlige) forskningsinstitusjoner f.eks. universiteter, profesjonsfaglige og arbeidslivsrettede forsknings- og høyere utdanningsinstitusjoner, statlig subsidierte forskningssenter (e-helse, omsorgsforskning m.m.), Forskningsrådet mfl.</p>
<p>Interesseorganisasjoner for pasienter og brukere f.eks. Pensjonistforbundet, Funksjonshemmedes landsforbund</p>

Figur 2: Tilstedeværende posisjoner innen det sosiale rommet og produksjonsfeltet «velferdsteknologiområdet i Norge», hierarkisk plassering etter grad av definisjonsmakt.

I en bourdieusk feltoptikk kan følgende stipulative feltskisses nedtegnes, der en rekke tilstedeværende posisjoner som på ulikt vis posisjonerer seg til saken og derav har en illusio for saken, dvs. deltar i kampen om retten til å definere den herskende mening (doxaet) om saken. Posisjoner nærmere den kulturelle og humanistiske pol er i denne sammenheng enten nærmere den kulturelle pol som følge av å innta en mer vitenskapelig posisjon til saken (høy kulturell kapital), eller i form av å forfekte mer humanfilosofiske perspektiver omkring omsorg, verdighet, menneskelige omsorgsrelasjoner etc., mens den teknisk-økonomiske pol begrunner satsningen i retning av effektivisering og samfunnsøkonomiske gevinster – tilsørt av «empowerment-bølgens» legitimerende egenskaper der bruk av teknologi posisjoneres som den kvalitativt beste løsningen for både ansatte, tjenestemottakere og deres pårørende.



Figur 3: Stipulativ feltskisse over tilstedeværende posisjoner på det norske velferdsteknologiområdet

WHO, EU, OECD og Nordisk ministerråd er plassert høyest i makthierarkiet, der det argumenteres for at WHO inntar en mer humanistisk posisjonering til saken (aktiv aldring til det beste for individet), mens EU og Nordisk ministerråd fremstår som en pragmatisk mellomposisjon i så henseende (teknologi er bra for både individ og samfunn), mens OECD i størst grad synes å ha samfunnsøkonomiske argumenter for satsningen på teknologi/innovasjon. Helse- og omsorgsdepartementet er posisjonert høyere i makthierarkiet enn Nærings- og handelsdepartementet ettersom dette departementet historisk sett har hatt definisjonsmakten på teknologiske overvåkingspraktikker som sosial praktikk, mens Nærings- og handelsdepartementets først engasjerte seg i saken på midten av 2000-tallet gjennom fremhevingen av helse- og velferdsteknologi som et næringspolitisk potensiale, legitimert av behovet for innovasjon i offentlig sektor. Lavere ned i makthierarkiet er de iverksettende organisasjonene Helsedirektoratet, KS og E-helsedirektoratet. Plasseringene gjenspeiler direktoratenes nedslagsfelt i henholdsvis den statlige venstrehåndens områder i helse- og omsorgssektorens gjennom det nasjonale

velferdsteknologiprogrammet (Helsedirektoratet og KS), hvorpå E-helsedirektoratet bestående av teknisk kyndig korps ble satt til å styre de tekniske problemstillingene i forbindelse med den statlige satsningen på velferdsteknologi – nærmere den teknisk-økonomiske høyre fløy (statens høyre hånd).

Både NHO, Spekter og Innovasjon Norge er organisasjoner som arbeider for arbeids- og næringslivets interesser og er derav plassert på den høyresidige økonomiske polen av det sosiale rommet der det inntas et tekno-optimistisk ståsted. Norges forskningsråd er plassert som en mellomposisjon (riktignok ett lite snev mot høyre) ettersom det har blitt argumentert for at staten i størst grad støtter policy-tro forskningsprosjekter (jfr. underkapittel 1.3). Forskningsrådet er plassert høyt i maktfeltet ettersom analysene har vist at kunnskapsproduksjonen (støttet av staten) bidrar til å legitimere det teknologioptimistiske doxaet i produksjonsfeltet, noe som også er gjeldende for Teknologirådet og andre såkalte «nøytrale» fagorgan på oppdrag av og for statens teknologioptimistiske posisjon. En motpol i så henseende er Datatilsynet som på bakgrunn av sin historiske plassering i en mer kritisk fløy – og på bakgrunn av til dels motstridende posisjoneringer i andre rapporter fra dette fagorganet – plasseres på venstre pol. På den annen side har analysen også vist at Datatilsynet trolig er på vei mot en mer liberal retning når det gjelder potensielt inngripende og overvåkende teknologier.

Noe lavere i makthierarkiet og forstått som en del av konsumpsjonsfeltets høyre fløy finner vi en rekke statlig finansierte og/eller subsidierte iverksettende organisasjoner, slik som representanter fra konsulentbransjen, Norwegian Smart Care Cluster, Leverandørutviklingsprogrammet, Husbanken osv. Fagforbund som representerer teknologibransjen er sammen med Norsk ergoterapiforbund også plassert på den tekno-optimistiske høyre fløyen av det sosiale rommet, mens Den norske legeförening, Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet er plassert nærmere en teknologikritisk posisjon, men med noen små forskjeller i plassering basert på posisjoneringer i høringsuttalelsene,

samt annet skriftlig materiale som har blitt analysert som posisjoneringer i et felt (jfr. underkapittel 5.5.2).

Posisjoneringen omkring teknologi i (eldre)omsorg har også blitt drøftet i lys av samfunnsutviklingen i de aktuelle tiårene, der også konsumsjonsfeltets og den øvrige befolkningsopinionens posisjoneringer til saken i noen, men dog mindre grad har påvirket doxaet i produksjonsfeltet. Analysene har snarere pekt på at tesene omkring teknologiens potensialer for hjemmebaserte tjenester har økt i antall gjennom årenes løp, samtidig som kunnskapsutvalget fremstår som mer ensidige og positivt posisjonerte til saken. Økende bruk av eksperter for å legitimere ulike politikkområder er beskrevet i forskning på utredningstradisjonene i norsk kontekst (Christensen & Holst, 2020), der funnene i denne dokumentanalysen peker i samme retning med en tilsynelatende økende bruk av samfunnsøkonomiske perspektiver og statistiske beregninger for å underbygge et overordnet poeng, som i dette tilfellet demografiske utfordringer og ressursknapphet i velferdsstaten. Mer fagspesifikke teser synes i større grad å underbygges av «tynne» konsulent- og oppdragsforskningsrapporter. I den sammenheng har analysekapittelet også drøftet hvordan kunnskapsprodusenter slik som «kvasi-akademiske» og «policy-tro» offentlige og kommersielle oppdragsforskere, samt konsulentbransjen og også næringsklynger har bidratt til å legitimere mange av tesene som fremmes i produksjonsfeltet. Her har det videre blitt argumenter for at staten virker som en «dobbel sosial konstruksjon» også relatert til velferdsteknologimarkedet i norsk kontekst i form av å både påvirke borgerne/opinionens syn på saken (for eksempel gjennom kommisjoner, utredninger, politiske føringer osv.) og ved å bidra med konkrete støtteordninger, reguleringer ol. som stimulerer et teknologisk marked som retter seg inn mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Tenker man med Bourdieus teorier om produksjons- og konsumsjonsfelt oppstår ikke ideen om (avstands)omsorg ved hjelp av teknologi ut av intet, men er snarere resultat av kamper mellom posisjoner innen et produksjonsfelt bestående av teknologigründere

og eksperter – som i lys av deres sosiale bakgrunn og kapitalvolum er i posisjon til å skape den dominante forestillinger om verden – som reproduseres av politikere, forskere, journalister med mer. Konsumpsjonsfeltet på sin side er det sosiale rommet der ideene forsøkes transformert til konkrete praktikker (Broady, 1998, s 3-21), og består i så måte av ulike organisasjoner som har tatt opp i seg produksjonsfeltets doxa og arbeider med å iverksette de statlige visjonene om at velferdsteknologi skal bli en ordinær del av hjemmetjenestens tjenestetilbud i alle norske kommuner innen først 2020, noe senere justert til 2025 (Helsedirektoratet, 2015b, 2017).

I konsumpsjonsfeltet finner vi også praktikerne i kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenestemottakerne med deres pårørende, som det har blitt argumentert for at har hatt lite direkte innflytelse på doxaet om velferdsteknologi – ettersom dette produseres i et produksjonsfelt bestående av mektige posisjoner i både offentlig og privat sektor – da på tross av at fagforeninger og bruker- og interesseorganisasjoner tidvis har medvirket noe i de politiske prosessene (jfr. underkapittel 5.5.2.). I tillegg har det blitt argumentert for at teknologinæringens bedrifter både kan anses å være del av produksjonsfeltet i form av å bidra til å underbygge det herskende doxa gjennom reklame og markedsføringsstrategier (jfr. underkapittel 5.5.3), mens næringen i møte med kommunale iverksettere er del av konsumpsjonsfeltets agerende som forsøker å omdanne statlige visjoner om teknologiske overvåking av syke, eldre og på annet vis hjelpetrengende mennesker som bor i eget hjem.

I det påfølgende og andre analyse- og drøftingskapittelet vil kampene som oppstod i møtet mellom produksjonsfeltets doxa og konsumpsjonsfeltets (norske, kommunale hjemmetjenester) strukturer og logikker skrives frem.

6. Analyse- og drøftingskapittel 2: kamper om doxa og organiseringen av velferdsteknologi som tjenestetilbud i hjemmetjenestene

Dette analysekapittelet søker svar på studiens tredje forskningsspørsmål¹⁴⁵ om hvordan velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praktikk virket strukturerende på de agerende i hjemmetjenestefeltet. Analysekapittelet vil særskilt rette søkelys på helsepersonell som inntok en administrativ og organisatorisk posisjon som iverksettere av lokale velferdsteknologitjenester. De analytiske underspørsmålene søker svar på hvordan man i en relasjonell feltoptikk kan forklare hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi har fått så stort politisk fokus og prioritet i hjemmetjenestene siste par tiår, samt bakgrunnen for de agerende i feltet sine posisjoneringer.

Analysedelen søker videre svar på hvordan hjemmetjenestenes organisatorisk-administrativt ansatte tenkt som et *konsumpsjonsfelt*, fortolket og reforhandlet dominante teser¹⁴⁶ og det herskende doxaet om velferdsteknologi, som det i avhandlingens første analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) har blitt argumentert for at har hatt sin opprinnelse i et produksjonsfelt, bestående av både representanter fra statsbyråkratiet og markedskreftene. Det teoretiske begrepet «staten som dobbelt sosial konstruksjon» utgjør i denne sammenheng også et sentralt omdreiningspunkt i dette andre analyse- og drøftingskapittelet. Begrepet viser til statens doble rolle i å forme både helsepersonell og lekfolks persepsjonskategorier og tenkemåter om saken på et mer symbolsk plan, mens staten på et mer konkret plan bidrar til å stimulere markedet gjennom virkemidler som føringer, anbefalinger (normer), finansieringsordninger,

¹⁴⁵ 3) Hvordan virker velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praktikk strukturerende på helsepersonell, tjenestemottakere og deres pårørende, og hvordan kan det ha seg at denne sosiale praktikken får så stort fokus og prioritet i hjemmetjenestene?

¹⁴⁶ 1) Velferdsteknologi gir økt trygghet og sikkerhet som fremmer selvstendighet, mestring og deltakelse/aktivitet, som derav bidrar til at eldre og andre hjelpetregende kan bli boende lengre hjemme og ta større egenansvar for alder- og/eller sykdomsrelaterte svekkelser.

2) Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

lovverk ol., som til sist bidrar til å konstruere frem et velferdsteknologisk marked i Norge (jfr. punkt 2.7.1 og kap. 5).

Analysedelen trekker på flere empiriske eksempler som viser hvordan produksjonsfeltets (staten og næringens) *symbolske makt* kommer til syne gjennom ulike praksisformer og virkemidler for å stimulere til økt teknologibruk i kommunal helse- og omsorgssektor. Empirien ble fremskaffet gjennom observasjoner av kommunale iverksettere i tverrfaglige (helse- og IKT-faglige) prosjektgrupper, som arbeidet med å iverksette «politikken» på området til konkrete praktikker og tjenesteorganiseringer. Både måten statlige føringer, anbefalinger og regelverk ble fortolket, samt møter på produksjonsfeltets arenaer, slik som fagkonferanser i regi eller samarbeid med Nasjonalt velferdsteknologiprogram eller Leverandørutviklingsprogrammet (samt disse programmenes oppfølging og krav til kommunenes prosjektansatte), utgjør andre empiriske eksempler på produksjonsfeltets praksisformer inn mot konsumpsjonsfeltet.

Bourdieu (2000/2005, s. 126-130) understreker imidlertid at man som forsker må bryte med forestillingen om at det foregår en direkte eller mekanisk overføring av statlige føringer til praksiser, men at føringer, normer, anbefalinger ol. derimot er gjenstand for reforhandlinger og fortolkninger på lokalt plan. Analysedelen vil i så måte også drøfte hvilke kamper som oppstod i oversettelsen av politiske føringer og anbefalinger og hvordan disse kom til uttrykk i form av posisjoneringer om saken i *ord* (meninger, attityder og holdninger om saken) og *handlinger* (praktikker og tjenesteorganiseringer) i case-kommunene. For eksempel var det ulike logikker og disposisjoner som var til stede når helseprofesjonelle iverksettere og representanter fra teknologinæringen møttes ved forhandlingsbordet i forbindelse med anskaffelse av velferdsteknologisk utstyr og responstjenester. Ulike kamper eller spenninger i feltet kan også forklares i lys av agentenes disposisjoner og feltets struktur (Bourdieu, 1980/2007, s. 91-109).

Analysene beveger seg på tvers av ulike nivåer av makthierarkiet, der det i første omgang redegjøres for produksjonsfeltets praksisformer i møte med kommunene, før

det deretter redegjøres for noen kommunale forskjeller. Analysen beveger seg deretter gradvis nedover til gruppenivå (korpset av profesjonelle prosjektgruppedarbeidere) for å til sist undersøke individenes kapitalvolum og struktur. Individene løftes deretter tilbake til et gruppenivå i form av å undersøke «korpset av profesjonelle» som et rom av konsumenter, som hadde fått i oppgave å kjøpe inn teknologisk utstyr og tjenester på vegne av kommunene. Til sist settes korpset av helseprofesjonelle konsumenter i relasjon til korpset/rommet av produsenter (teknologileverandører) der det avslutningsvis fokuseres på de kamper og forhandlinger som her oppstod. Før vi kommer så langt i analysen vil derimot produksjonsfeltets praksisformer og virkemidler for å fremme et velferdsteknologisk marked i Norge (som observert i studien) drøftes.

6.1.1 Bakgrunnsdata om studiens case-kommuner

Begge case-kommunene¹⁴⁷ fremstod ved første øyekast som distriktskommuner, som riktignok hadde en relativ nærhet til en større by eller regionscenter. Om man legger myndighetenes definisjoner til grunn kjennetegnes en distriktskommune blant annet av et relativt lavt befolkningstall og store geografiske avstander (NOU 2020:15, 2020, s. 20). Myndighetene vektlegger også Statistisk sentralbyrås (SSB) sentralitetsindeks til grunn der en skår på mellom 4-6 defineres som distriktskommune. Etter kontroll i SSB (2020) sin sentralitetsindeks kan det konkluderes med at Case-kommune 1 (også etter kommunesammenslåing) hadde en sentralitetsindeks-skår på 4, som per definisjon kan regnes som distriktskommune, mens Case-kommune 2 som hadde en sentralitetsindeks på 3, per definisjon ikke var det. Det presiseres på den annen side i NOU 2020:15 (s. 12) at det også i kommuner med høyere sentralitets-skår kan være lokale forskjeller innad i kommunen når det gjelder sentralitet. Denne presiseringen stemmer overens med mitt inntrykk av Case-kommune 2 der det også innad i denne kommunen var

¹⁴⁷ De fremskrevne bakgrunnsopplysningene baserer seg på KOSTRA-data, plan- og strategidokumenter som ble tilgjengeliggjort for forskeren (og for øvrig ligger offentlig tilgjengelig på internett), samt opplysninger som ble formidlet av informanter i kommunal administrasjon og ledelse. Av anonymitetshensyn vil det ikke refereres til dokumenter/ linker som vil kunne avdekke kommunenavn.

områder der det var langt mellom husene og store kjøreavstander for hjemmesykepleien.

I tabellen under som baserer seg på tall fra KOSTRA fremgår det imidlertid at flere innbyggere i Case-kommune 2, enn i Case-kommune 1, bodde i et tettsted. Disse opplysningene stemmer godt overens med både den objektive sentralitets-skåren og studiens observasjoner, der Case-kommune 1 fremstod som mer landlig enn Case-kommune 2 i form av større geografiske avstander og kjørelengder for hjemmetjenesten, samt flere områder som bar preg av jordbruksvirksomhet og lengre avstand til en større by. Til sammenligning med hjemmetjenester i byene er det rimelig å anta at begge kommunene hadde et mer begrenset antall ressurser og kompetanser (kapitalvolum) å spille på, samtidig som de geografiske avstandene var større enn i mer urbane strøk. utfordringer knyttet til mangel på arbeidskraft og en særlig aldrende befolkning i distriktene har lenge vært på de offentlige myndigheters dagsordenen (NOU 2020:15, 2020, s. 23).

Case kommune 1 var med et befolkningstall på 16 000 per definisjon en mellomstor norsk kommune, mens Case-kommune 2 med sine 27 000 innbyggere per definisjon kunne regnes som en stor kommune (Statistisk sentralbyrå (SSB), 2020, s. 12). Den første case-kommunen oppga å ha et relativt høyt aldersgjennomsnitt, der majoriteten av hjemmetjenestebrukerne følgelig var eldre. Den andre case-kommunen hadde derimot en populasjon som ble oppgitt å være yngre enn landsgjennomsnittet. Ved kontroll med offentlig tilgjengelige KOSTRA-data fra samme tidsperiode (2016) ble det funnet at gjennomsnittsalderen på landsbasis var 39,9 år. Opplysningene Case-kommune 2 oppga om et lavt aldersgjennomsnitt stemte i så måte godt overens med tilgjengelig statistikk (se tabell nr. 4 under). Andelen av befolkningen som var over 80 år var henholdsvis 2,9 og 3,9 % for Case-kommune 2 og 1, hvorpå Case-kommune 2 var litt yngre enn resten av landet, mens Case kommune 1 var nærme snittet på landsbasis som var 4% i 2016.

På tross av en relativ sentral plassering og ung befolkning (mange i arbeidsfør alder), oppga Case-kommune 2 at de hadde utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell til kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig på institusjon, men også hjemmetjenester. Det samme var gjeldende for Case-kommune 1, der rekrutteringen hadde falt drastisk i løpet av få år. Selv om den velferdsteknologiske prosjektlederen i Case-kommune 2 mente at eldrebølgen enda ikke hadde kommet til kommunen, arbeidet de nå i likhet med Case-kommune 1 strategisk på flere områder med å redusere bruken av de mest ressurskrevende tjenesteområdene i «omsorgstrappen¹⁴⁸», deriblant ved å ta i bruk mer velferdsteknologi. For eksempel hadde kommunen relativt høy andel sykehjemsplasser med lav gjennomsnittlig innleggelsesalder, der beboerne i snitt bodde mange år ved sykehjemmene. Videre ble kommunens økonomi posisjonert som svak til sammenligning med landsgjennomsnittet i Case-kommune 2, mens kommunedirektøren i Case-kommune 1 på et observert arrangement viste til en relativt god kommuneøkonomi som del av bakgrunnen for at kommunen hadde kunnet ha en stor satsning på velferdsteknologi siste årene.

En kontroll med statistikkbanken i Statistisk sentralbyrå (SSB) og KOSTRA (SSB, 2023b), viste et landsgjennomsnitt i frie inntekter på 53 170, der begge case-kommunene plasserte seg under det. Utgiftene til helse- og omsorg per innbygger var lav for Case-kommune 2 og høyere enn landsnittet på 23 751 kr for Case-kommune 1. Prosentandel av gruppen over 80 år som brukte hjemmetjenester var 32,5 % på landsbasis, der case-kommunene i denne studien brukte litt mer. Prosentandelen i gruppen over 80 år som bodde på institusjon var 14,5 % på landsbasis, der begge case-kommunene plasserte seg like under landsgjennomsnittet. Andelen brukere av hjemmetjenester i den yngre gruppen 0-66 år (prosent) var høy for Case-kommune 2

¹⁴⁸ Begrepet «omsorgstrappen» nevnes ofte i sammenheng med prinsippet om «laveste effektive omsorgsnivå» (LEON) som ble introdusert på 1970-tallet i Norge. Denne modellen som mange norske kommuner i dag bruker en retningslinje for tildeling av tjenester, forestiller en trapp der det nederste trinnet og omsorgsnivået er trygghetsalarm og hjemmetjenester, mens heldøgns pleie- og omsorgstjenester på sykehjem er det høyeste nivået i trappen (Aksøy, 2012, s. 147-148).

og nær landsnittet for Case-kommune 1, som kan være relatert til at Case-kommunen 2 hadde en relativt lav gjennomsnittsalder totalt sett.

Oppsummert fremstår de to case-kommunene som relevante og representative case ettersom de plasserte seg nærme landsgjennomsnittet på mange av de undersøkte indikatorene omkring økonomi (inntekter og utgifter relatert til pleie- og omsorg). På den annen side representerer casene noen forskjeller både i demografi og sentralitet, samt prioriteringer innen pleie- og omsorg, som både i et komparativt perspektiv, men også i en Bourdieu-optikk kan bidra til å forklare kommunenes relativt ulike innstilling til velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praksis. For detaljerte opplysninger og tall i de ulike statistikkategoriene vises det til tabellen under.

Case-kommune	Befolknings-tall (avrundet) Gjennomsnittsalder Brukere av hjemme-tjenester (per 1000 innbygger)	Andel > 80 år + % av befolkningen + andel av gruppen (%) som bruker hjemme-tjenester + andel av gruppen (%) som bor på institusjon	Andel enslige >80 år	Brukere av hjemme-tjenester < 66 år (%)	Innbyggere som bor i tettsted ¹⁴⁹ Sentralitets-skår (SSB)
1	16000 39,2 år 33,4	625 (3,9) 34,6 12,3	376	41	8415 4
2	27000 36,8 år 29,5	841 (2,9) 32,8 13,8	496	50,2	25032 3

¹⁴⁹ Et tettsted er ifølge SSB et område der det bor minst 200 personer og der det ikke er mer enn 50 meter mellom husene (SSB, 2014).

Case-kommune	Brutto driftsutgifter (per innbygger)	Frie inntekter per innbygger (kr)	Årsverk (prosent) i helse- og omsorg, barnevern og sosialtjenesten	Utgifter helse- og omsorg per innbygger (kr)
1	79790	51588	44,5	26538
2	65136	50369	36,2	19381

Tabell nr. 4: Bakgrunnsdata om kommunens demografi, geografi, økonomi og innretting på helse- og omsorgstjenester.

Når det kom til bruk av velferdsteknologi som sosial praksis hadde Case kommune 1 som nevnt relativt mye erfaring, ettersom de hadde hatt et samarbeid med en lokal høyskole og en teknologileverandør omkring et innovasjonsprosjekt de siste fire årene (2012-2016), der flere sensorer utover den ordinære trygghetsalarmen hadde blitt testet ut i over 250 boliger. Både høyskolen og kommunen posisjonerte prosjektet som det største utprøvningsprosjektet av velferdsteknologiske sensorer utover trygghetsalarmen som til nå hadde vært i norsk kontekst. Når feltarbeidet relatert til denne avhandlingens datasamling startet opp i 2016 var kommunen i en overgangsfase til nytt digitalt utstyr og responstjenester og oppga at de hadde nærmere 300 brukere av velferdsteknologi som skulle videreføres til ny plattform.

Den andre case-kommunen hadde relativt lite erfaring med bruk av velferdsteknologiske sensorer og utstyr utover den ordinære trygghetsalarmen, men hadde ved studiens oppstart takket ja til å bli med på et samarbeid med Case-kommune 1 og to andre kommuner om å anskaffe digitalt velferdsteknologisk utstyr og dertilhørende IKT-tjenester. Under denne prosessen oppga kommunen at de hadde 350 brukere av trygghetsalarm, hvorpå de så for seg at antallet brukere av velferdsteknologi totalt sett kunne komme til å øke til opptil 500 brukere i prosjektperioden. Antall alarmer opp imot folketall får frem forskjellene mellom kommunenes satsning på velferdsteknologi ved prosjektstart, ettersom kommunene har omtrent like mange velferdsteknologibrukere, mens Case-kommune 2 derimot hadde omtrent dobbelt så stort folketall. Case-kommune 2 hadde imidlertid færre hjemmetjenestebrukere per

1000 innbygger 29,5 versus 33,4 i Case-kommune 1, som det er rimelig å anta at handler om befolkningens relativt lave gjennomsnittsalder i førstnevnte kommune.

6.1.2 Kort presentasjon av nøkkelinformantene på kommunalt prosjektgruppenivå

I dette underpunktet vil det gis en kort presentasjon av studiens åtte nøkkelinformanter på prosjektgruppenivå for å hjelpe leseren til å danne seg et bilde av hvilket sosialt rom denne delen av feltarbeidet ble utført i, samt bidra til å danne et førsteinntrykk av hvilken sosial posisjon (eller posisjoner) denne ansattgruppen kunne sies å representere. Presentasjonen bygger både på observasjoner av informantene i deres virke, samt bakgrunnsopplysningene som ble innhentet i et skjema under intervjuene (se vedlegg nr. 1) og analysene herav (vedlegg nr. 9-11).

I Case-kommune 1 ble jeg først kjent med prosjektlederen Berit¹⁵⁰. Berit hadde både høy grad av formal- og realkompetanse innen både hjemmetjenestefeltet, ledelse og innovasjon, samt velferdsteknologiområdet. Berit hadde arbeidet som sykepleier både på institusjon og i hjemmesykepleien, mens hun i flere tiår nå hadde arbeidet i ulike lederverv innen de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og den seneste tiden hadde blitt prosjektmedarbeider på heltid. Foruten videreutdanning innen velferdsteknologi hadde Berit også et rikt kontaktnettverk på området. Hun var også en populær foredragsholder, som vekket både tillitt og begeistring hos praktikere og andre interesserte på velferdsteknologiområdet i Norge. Berit hadde gjennom kommunens første velferdsteknologiprojekt fått erfaring med å samarbeide med både akademiske institusjoner og privat næringsliv.

Ergoterapeuten Anna hadde tatt sin utdanning i utlandet og hadde i motsetning til norske ergoterapeuter mastergrad, i tillegg til annen utdanning og videreutdanning innen velferdsteknologi. Anna hadde også relativ lang arbeidserfaring, riktignok fra et annet fagområdet enn geriatri og velferdsteknologi fra før. Foruten formalkompetanse

¹⁵⁰ Alle navnene på nøkkelinformantene er pseudonymer.

på velferdsteknologi opparbeidet Anna seg gjennom den observerte prosjektperioden også en betydelig realkompetanse innen velferdsteknologiområdet som kom til uttrykk gjennom språkbruk, teknisk kyndighet, samt Annas kommunikasjonsevner i møte med teknologileverandører, samt hennes formidlingsevne omkring temaet på ulike faglige fora. Anna fikk i løpet av prosjektperioden større og større ansvar i prosjektet og ledet til sist dialogen mellom lokal IKT-avdeling, de kommersielle teknologileverandørene og academia, i tillegg til å ha en rekke arbeidsoppgaver i og omkring det lokale responscenteret.

Katrin som var sykepleier av bakgrunn, hadde enda lengre arbeidserfaring enn Anna, foruten relevant videreutdanning. Katrin hadde flere år engasjert seg og vært synlig i relasjon til det kommunale velferdsteknologiprojektet, og gjennom feltarbeidsperioden tilegnet hun seg større og større stillingsprosent i prosjektet. Katrin arbeidet enda tettere på ansatte og tjenestemottakere med konkrete oppgaver slik som brukerkartlegginger, opplæring og tilpasning av utstyret, foruten respondering på alarmer på det lokale responscenteret. Emma og Lisa som begge var erfarne spesialsykepleiere med videreutdanning i velferdsteknologi, arbeidet i mindre stillingsprosent inn i prosjektet der de representerte ulike hjemmetjenesteavdelinger inn mot den kommunale prosjektgruppen, samtidig som de hadde ansvar for å være en pådriver for satsningen i sine respektive avdelinger.

I Case-kommune 2 der feltarbeidene hadde et noe kortere omfang og færre inkluderte informanter, ble jeg kjent med prosjektlederen Elise som hadde arbeidet som vernepleier i kommunen gjennom en årrekke, men som i likhet med prosjektlederen i Case-kommune 1 hadde arbeidet lenge som leder og fagutvikler i kommunen. Elise hadde videreutdanning innen ledelse og hadde i det kommunale prosjektet ansvar for å lede prosjektets ulike deltakere og drive kommunens satsning på velferdsteknologi fremover. Elise ledet også dialogen med academia, øvrige kommunale instanser, samt de kommersielle teknologileverandørene som hadde blitt valgt til å levere velferdsteknologisk utstyr og tjenester til kommunen.

Elise hadde i sin prosjektgruppe samlet et bredt utvalg av både IKT- og helsefaglige ansatte i tillegg til de ansattes tillitsvalgte og et tidvis innslag av administrativ ledelse høyere opp i det kommunale makthierarkiet. Elise samarbeidet tett med Dagny som var en sykepleier med relativt lang arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Dagny hadde de seneste årene arbeidet mer administrativt med ulike kommunale fagutviklingsprosjekter, deriblant iverksetting av Samhandlingsreformen. Dagny holdt på med en masterutdannelse innen innovasjon og endringsledelse, men hadde til sammenligning med majoriteten av prosjektmedarbeiderne i Case-kommune 1 ikke formalkompetanse og også mindre realkompetanse på velferdsteknologiområdet. Prosjektgruppens sammensetting i Case-kommune 2 skilte seg også fra prosjektgruppen i Case-kommune 1 ved å ha en mer tverrfaglig profil i dets daglige virke, mens Case-kommune 1 involverte andre faggrupper i egne møter utenom de ordinære prosjektgruppemøtene.

Til sist ble Louise inkludert som nøkkelinformant fra Case-kommune 2. Louise hadde i likhet med Lisa, Emma og til dels også Katrin i Case-kommune 1, arbeidet inn mot egen tjenesteavdeling med både iverksetting, men også innrapportering om aktuelle velferdsteknologiske problemstillinger til den kommunale prosjektgruppen. Louise som var sykepleier med noe kortere arbeidserfaring enn de andre prosjektmedarbeiderne, fremstod som ambisiøs og interessert i mange ulike fagområder, hvorpå hun også holdt på med en klinisk rettet videreutdanning, foruten å ha blitt tildelt flere faglige verv og ansvarsområder i egen hjemmetjenesteavdeling.

6.1.3 Prosjektgruppens arbeid og samarbeidsrelasjoner

Møtene mellom prosjektledelsen i kommunen og velferdsteknologileverandører, samt prosjektgruppemedlemmenes posisjoneringer i møte med statsbyråkratiet på ulike fagarrangementer og oppfølging av kommunenes velferdsteknologiprosjekter fikk frem hvordan ulike agenter i feltet – på bakgrunn av deres posisjon og disposisjoner – posisjonerte seg ulikt til saken. Andre eksempler på tilstedeværende agenter på de kommunale møtene var prosjektledere for velferdsteknologi med helsefaglig bakgrunn

(nå i en administrativ posisjon), ansatte i kommunale IKT-avdelinger, velferdsteknologileverandører, kommunale jurister, representanter fra kommunens forvaltning og ansatte fra høyskolen (ansvarlig for forskningsprosjektet). Fra tid til annen var representanter fra kommunens (helse)politiske ledelse til stede. I mitt videre feltarbeid fortsatte jeg å følge møter på ulike nivå i den kommunale prosjektadministrasjonen (for velferdsteknologi), der også ansatte og brukerrepresentanter ble invitert inn sammen med prosjektledelse og lokalpolitiske agenter. Videre observerte jeg møter der helseprofesjonelle som hadde et særansvar for å arbeide med velferdsteknologisatsningen ute i de respektive hjemmetjenesteavdelinger, hadde faglige diskusjoner og forsøkte å løse konkrete problemstillinger.

Foruten omfattende møtevirksomhet på både nasjonalt (statlig) og lokalt (kommunalt) plan, som også inkluderte dialog med private teknologileverandører, lokalt IKT-personell og representanter fra academia, var informasjonsarbeid og forankring av velferdsteknologiprojektet nedover i tjenestehierarkiet i hjemmetjenesten en sentral arbeidsoppgave for prosjektgruppens medarbeidere i begge case-kommuner. Videre var sikring av forsvarlig drift og en velferdsteknologisk tjenstekjede i tråd med gjeldende lovverk og føringer et annet viktig område, der utvikling av kartleggings- og samtykkeskjema (sikre juridisk gyldig samtykke fra brukere), gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser og utarbeiding av beredskapsplaner (pasientsikkerhet, sikre at tjenestenes lovpålagte mandat ble oppfylt), samt gjennomføring av gevinstrealiseringsanalyser (dokumentere effekter, forsvarlig økonomibruk) var eksempler på kvalitetssikringsarbeid som prosjektgruppene hadde ansvar for. Observasjonene fikk frem at flere i prosjektledelsen var «multikunstnere» som hadde både administrative og driftsmessige arbeidsoppgaver, der alt fra forhandlinger med velferdsteknologileverandører om tekniske utfordringer, kartlegging av brukeres velferdsteknologibehov, tilpassing og montering av utstyr hjemme hos bruker og

alarmresponderende arbeid på responscenteret¹⁵¹ var del av deres repertoar av arbeidsoppgaver.

Denne typen kvalitetssikringsarbeid var mest fremtredende i observasjonene gjort i Case-kommune 1, men det betyr ikke at Case-kommune 2 ikke gjorde slikt arbeid. Det kan ha vært et tilbakelagt eller kommende arbeid i denne kommunen, eller det kan ha vært plassert på et annet kommunalt nivå av de administrativt og faglig ansvarlige avdelinger, altså utenfor den velferdsteknologiske prosjektgruppens mandat. Desto flere oppgaver prosjektgruppen ble satt til å gjøre dess flere personellressurser krevdes, noe prosjektorganiseringen i Case-kommune 1 bar tydelig preg av til sammenligning med Case-kommune 2, både hva gjaldt møtehyppighet og antall deltakere på møtene. Tidvis fremstod det som at Case-kommune 1 var veldig opptatt av å gjøre alt «riktig» og grundig i henhold til lovverk, kommunal ledelse og forvaltningspraksis, der innovasjonsprosjektet eksempelvis var forankret i mange eksterne og interne grupper (styringsgruppe, referansegruppe, brukerrepresentanter osv.) og prosjektlederen var særlig opptatt av å forankre velferdsteknologi i alle ledd av tjenestehierarkiet.

Valget om å undersøke to case-kommuner innebar – som avsnittet over peker på – en komparativ dimensjon, ikke nødvendigvis i form av å sette kommunene opp imot hverandre og sammenligne dem på alle områder, men derimot fokusere på de ulike strukturelle mulighetsvilkår som mulige forklaringer på hvordan det kunne ha seg at kommunenes posisjon på det nasjonale velferdsteknologiområdet fremstod som ulik. Som gjennomgangen over viser organiserte kommunene seg noe ulikt i arbeidet med å implementere velferdsteknologi i tjenestene. Kommunene posisjonerte seg for eksempel forskjellig til valg av teknologileverandør og responstjenesteløsning, som fremstod som interessante forskjeller å undersøke nærmere, og som trolig også kunne

¹⁵¹ Det var kun prosjektgruppemedarbeiderne i Case-kommune 1 som gjorde operatørarbeid på responscenteret, ettersom Case-kommune 2 hadde valgt en ekstern tilbyder av slike tjenester.

relateres til strukturelle vilkår, kommunenes kapitalstruktur og det totale kapitalvolum på gruppenivå.

Basert på observasjons- og intervjuundersøkelser av de agerende i prosjektgruppene, ble følgende arbeidsoppgaver/sosiale praktikker i spenningsfeltet mellom nasjonal politikk og lokal tjenesteorganisering identifisert og fremanalysert:

1. Deltakelse på nasjonale, regionale og internasjonale fora om velferdsteknologi og oversettelse/fortolkning av produksjonsfeltets doxa om saken
2. Anskaffelse og drift av velferdsteknologisk utstyr og tjenester: forhandlinger med representanter fra teknologinæringen, lokalt IKT-personell og ingeniørfaglige representanter fra akademia
3. Forankring av et felles doxa om velferdsteknologi i hjemmetjenestene, lokalsamfunnet og hjemme hos den enkelte tjenestemottaker gjennom opplærings- og informasjonsarbeid
4. Følge opp kommunens plikter og ansvar (juridisk, moralsk, økonomisk osv.) ved bruk av velferdsteknologi gjennom rutiner og tiltak som risiko- og sårbarhetsanalyser, beredskapsplaner ved nedetid, utarbeidelse av samtykkeskjema, gevinstrealiseringskartlegging ol.
5. Behovsvurdering av tjenestemottakere, dialog med forvaltningen, samt montering og tekniske tilpasninger av utstyret og oppdatering av brukeropplysninger i ulike programflater og elektronisk pasientjournal
6. Alarmrespondering og drift av et lokalt responscenter (Case-kommune 1), eller samarbeid med ekstern kommersiell tilbyder av slike tjenester (Case-kommune 2).

Det er særlig de to første praktikkene dette analysekapittelet vil drøfte, mens mer brukernære teknologipraktikker vil skrives frem i det tredje analysekapittelet, der politikkens strukturerende virkninger på utøvende tjenestenivå vil løftes frem.

6.2 Produksjonsfeltets praksisformer i møte med kommunale realiteter

Avhandlingens første analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) har vist at det ikke lenger var et spørsmål *om*, men snarer *hvordan* norske kommuner skulle forholde seg til produksjonsfeltets (staten og næringens) visjoner om teknologiske overvåkingspraktikker av eldre og andre hjelpetrengende som bor hjemme og ivaretas av den kommunale hjemmetjenesten. Forvalterne av politikken (sentralforvaltningen) i både departementer og direktorater består oftest av yrkesgrupper som jurister, statsvitere og økonomer, men det finnes også noen ansatte med sosialfaglig bakgrunn (Hanssen et al., 2011, s. 141). Direktoratene¹⁵² er underlagt departementenes instruks, og har i større grad ansvar for det løpende praktiske fagarbeidet som for eksempel iverksetting av politiske vedtak og reformer, samt en mer faglig autonom rådgivende funksjon inn mot departementene (Hanssen et al., 2011, s. 139-142).

I avhandlingens første analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) fremgikk det at det særlig var Helse- og omsorgsdepartementet som var det aktive departementet på det velferdsteknologiske området, i tillegg til Nærings- og handelsdepartementet og Kommunal og moderniseringsdepartementet¹⁵³. Helsedirektoratet som fagorgan hadde av Helse- og omsorgsdepartementet fått hovedansvaret for iverksettelsen av politikken gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, der også arbeidsgiverorganisasjonen Kommunesektorens organisasjon (KS) fremstod som en særlig aktiv part. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi)¹⁵⁴ underlagt Kommunal- og moderniseringsdepartementet ble videre observert som del av iverksetterne på den

¹⁵² Direktorat er en samlebetegnelse på sentraladministrative organ slik som tilsyn, verk, tjeneste mfl. som har hele landet som nedslagsfelt. Direktoratene har i så måte en mer praktisk og faglig uavhengig funksjon, mens departementene til syvende og sist avgjør retningen på de endelige politiske planer, føringer etc. for å ivareta deres demokratiske funksjon (Hanssen et al., 2011, s. 141-143).

¹⁵³ Departementene har skiftet navn flere ganger gjennom historien, for eksempel het Helse- og omsorgsdepartementet Sosialdepartementet deretter Helse- og sosialdepartementet. Det sentrale å få frem i denne sammenheng er hvilke departement som fremstår som de ansvarlige for på velferdsteknologiområdet, der både helse- og omsorgs-, nærings- og kommunalpolitiske områder fremstår som aktive subfelter av det politiske felt/maktfeltet på velferdsteknologiområdet.

¹⁵⁴ Difi som i dag heter Digdir var et direktorat underlagt Kommunal- og moderniseringsdepartementet frem til 2019, som hadde ansvar for offentlig forvaltning og IKT (Digdir, 2023).

teknisk-økonomiske polen av maktfeltet, i tillegg til Leverandørutviklingsprogrammet som eies av både offentlige og private organ slik som Næringslivets hovedorganisasjon (NHO), KS, Innovasjon Norge og Forskningsrådet¹⁵⁵ (LUP, 2023b). I tillegg var Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ)¹⁵⁶, Husbanken og Norwegian Smart Care Cluster (NSCC) aktive posisjoner på den teknisk-økonomiske polen av produksjonsfeltet (jfr. avsnitt 5.7.1). Direktoratet for e-helse som ble etablert i 2016 overtok etter hvert ansvaret for styringen og utviklingen av de tekniske aspektene ved det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og øvrige nasjonale IKT-prosjekter.

Det at myndighetene hadde besluttet at velferdsteknologi skulle bli en sentral del av tjenestetilbudet i alle norske kommuner, først innen 2020, så noe senere justert til 2025 lå som en tydelig føring for samtlige norske kommuner (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013). Ambisjonen om at velferdsteknologi skulle være en integrert del av hjemmetjenestetilbudet innen 2020 var på mange måter ambisiøst for en sektor som i liten grad hadde tatt i bruk annet enn trygghetsalarmen på dette tidspunktet (Tangen og Hoem, 2011, referert til i NOU 2011:11, s. 109). Satsning på «trygghetspakker» der flere sensorer slik som fallalarmer, GPS og dørsensorer kunne kobles opp til trygghetsalarmsystemet ble i så måte foreslått som en første målsetting på veien mot mer teknologistøttet omsorg, underbygget av både Teknologirådet og Hagen-utvalget (Meld. St. (2012-2013), s. 115).

Av mer konkrete statlige praksisformer (andre del av staten som dobbelt sosial konstruktør) for å fremme de overnevnte politiske målsettingene var endring av lovverket i 2013 et sentralt tiltak, som muliggjorde bruk av mer inngripende velferdsteknologisk utstyr, også for personer med demens med manglende

¹⁵⁵ På tross av at Forskningsrådet forvalter statens bevilgninger til forskning vil jeg argumentere for at Forskningsrådets posisjoneringer til velferdsteknologi som næring i form av å bidra til å legitimere praktikken gjennom finansiering av følgeforskning, kan hevdes å bidra til å stimulere næringen (teknisk-økonomisk pol), snarere enn å innta en kritisk distanse og heterodox posisjon nærmere den kulturell pol.

¹⁵⁶ DFØ består av byråkrater på tvers av Finansdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2023b).

samtykkekompetanse¹⁵⁷ (Endringslov til pasient- og brukerrettighetsloven mv. (2013), § 4-6 a; Prop nr 90 L (2012-2013), s. 9). Videre var det i tidsperioden feltarbeid startet opp (2015-2016) blitt etablert flere statlige initiativ for å stimulere til økt bruk av velferdsteknologi i norske kommuner. Mens Nasjonalt velferdsteknologiprogram både ga finansiell og faglig støtte til et utvalg pilot-kommuner i Norge, arbeidet Leverandørutviklingsprogrammet på sin side med å veilede norske kommuner og bedrifter i å gjøre såkalte «innovative offentlige anskaffelser». Som vist i kapittel 5 hadde innovative anskaffelser som politisk-byråkratisk idé sin opprinnelse i mellomstatlige samarbeidsorganisasjoner slik som EU og OECD, for senere å bli tatt opp i nordiske og nasjonale statlige organer slik som Nordisk ministerråd og Norges forskningsråd (Forskningsrådet, 2012; Nordic Council of Ministers, 2011). Budskapet overføres riktignok ikke mekanisk til konkrete tjenesteorganisering og praktikker (Bourdieu, 2000/2005), men for hver sektor budskapet håndteres fremmes tilsynelatende nye diskusjoner, drakamper og omformuleringer, der ideene vandrer frem og tilbake mellom de sosiale rommene, mens ideenes oppkomst ikke nødvendigvis er like tydelige for de agerende lavere ned i makthierarkiet. For eksempel ble det ikke funnet referanser til mektige transnasjonale organisasjoner slik som OECD og EU i denne studiens case kommuners kommunalpolitiske strategirapporter om innovasjon/velferdsteknologi, på tross av – og som historiseringen har avdekket – at innovasjonsiveren hadde sin opprinnelse i de overnevnte internasjonale organisasjoner. I kommunale strateginotat og rapporter om innovasjon ble det derimot henvist direkte til de nyeste politiske føringer på nasjonalt departements- og direktoratsnivå.

I perioden feltarbeidet startet opp hadde i tillegg norske teleoperatører lenge vært i en overgang til mer IP-baserte¹⁵⁸ fremfor analoge kommunikasjonsformer

¹⁵⁷ Bruk av velferdsteknologi baserer seg på frivillighetsprinsippet, men i de tilfeller der en bruker uten samtykkekompetanse sine nærstående (helsepersonell og pårørende) vurderer bruken av teknologi som ønskelig basert på kjennskap til personen slik vedkommende var *før* demenssykdom – eller der mer inngripende tiltak må tas i bruk dersom man unngår å bruke teknologi – kan velferdsteknologi likevel kunne brukes uten personens samtykke. Dersom personen motsetter seg tiltaket kan det kreves tvangsvedtak hos statsforvalteren med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven §4A (Thygesen, 2019, s. 40-41).

¹⁵⁸ Telefoni via internett

(Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Majoriteten av trygghetsalarmene i norske kommuner var på tidspunktet studien startet koblet opp imot analoge kobbernett, som var ventet å bli faset ut i løpet av noen få år¹⁵⁹. Myndighetene kom derav også med en rekke tekniske anbefalinger, som både rettet seg mot teknologinæringen og kommunene i deres møte (anskaffelsesprosesser) med næringen (Direktoratet for e-helse, 2016; Helsedirektoratet, 2015a, 2016). For eksempel rådet myndighetene kommunene til å anskaffe digitale sensorer og responstjenester i målsettingen om mer utstrakt bruk av «velferdsteknologiske trygghetspakker» (Helsedirektoratet, 2012, s. 150; 2014, s. 8).

Det ble videre anbefalt at kommunene samarbeidet på tvers (regionalt og interkommunalt) om både anskaffelser av velferdsteknologisk utstyr og organisering av responstjenester, for å sikre effektiv ressursutnyttelse og gevinstrealisering (Helsedirektoratet, 2016). Kommunene ble derimot anbefalt å vente med å satse på helseteknologier og velværeteknologier (eks. teknologier for sosial kontakt) (Helsedirektoratet, 2014, s. 4). Det var i så måte visse kategorier av tjenestemottakere og sosiale problemer som ble gitt forrang over andre i den statlige satsningen. For eksempel kom det tydelig frem under observasjon på en fagkonferanse i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram at det var eldre brukere i hjemmetjenesten som hadde hovedprioritet i det nasjonale programmets prosjekttildelinger, mens andre brukergrupper slik som barn og unge med lærevansker eller prosjekter som fokuserte på motvirkning av sosial isolasjon og ensomhet kun hadde fått et fåtall tildelinger.

Oppsummert kan man konkludere med at det altså ikke lenger var spørsmål *om*, men *hvordan* velferdsteknologi skulle bli en del av tjenestetilbudet i hjemmetjenestene – der avhandlingens første analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) har pekt på hvordan staten, men også andre mektige felt slik som academia og næringslivet har bidratt til å skape et herskende doxa bestående av noen teser om velferdsteknologi som få stiller

¹⁵⁹ Telenor (tidl. den statseide monopolisten innen telefoni Televerket) varslet i 2018 at de ville fase ut kobbernett i løpet av få år (Telenor, 2018). Samme utvikling er beskrevet i eksempelvis britisk kontekst der British Telecom varsler en såkalt analog «switch-off» i betydningen av en permanent overgang fra analoge til digitale kommunikasjonsnettverk i 2025 (Stirling & Burgess, 2021, s. 67).

spørsmål til lenger. De statlige praksisformer (ulike former for styring) kan forstås som viktige både på et symbolsk og mer praktisk plan. På et symbolsk plan kan de rådende helsepolitiske føringer (doxaet) hevdes å materialisere seg nedover i tjenestehierarkiene ved å virke inn på praktikernes persepsjonskategorier, der man ifølge Bourdieu (1994, s. 4-5) som følge av å være statsborgere/vesener («state-beings») inkorporerer sosiale strukturer i de mentale strukturer, som igjen påvirker hvordan man anskuer verden og hva som tas for gitt. De agerende på myndighetsnivå, men også på lokalt (kommunalt) plan fremstod i så måte som «doxa-bærere» av det herskende doxaet skapt produksjonsfeltet. I tillegg kan strukturen i feltene som utsettes for makten (dominansen) også bidra til å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at politikken har møtt og fortsatt møter tilsynelatende lite motstand. Her referer jeg både til en asymmetri i maktforholdene mellom stat og kommune, men også innad hjemmetjenesten som felt. I bakgrunns- og kontekstualiseringsdelen om hjemmetjenesten som felt (kap. 4) har dette sosiale rommet blitt karakterisert som et kvinnedominert og et i utgangspunktet lavteknologisk subfelt av det medisinske felt (del av offentlig sektor) som relatert til den statlige velferdsteknologisatsningen gradvis ble tvunget til å forholde seg til en mannsdominert velferdsteknologinæring (jfr. punkt 4.1.3).

Den mer praktisk og konkrete delen av staten som dobbelt sosial konstruktør virket tilsynelatende ved at det rådende doxaet materialiserte seg i lovverk, anbefalinger, standarder, finansieringsordninger ol. Det er på den annen side ulik grad av styrke i statens virkemidler, samt lokale forskjeller i grad av kommunal autonomi. For eksempel kan lovverk og forskrifter anses å være øverst i makthierarkiets praksisformer (Hanssen et al., 2011, s. 248), der denne studiens case-kommunene blant annet var pålagt å følge det som står i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i utformingen av tjenestetilbudet. Lovverket danner i så måte grunnlaget for såkalte «skal-oppgaver», mens ikke lovpålagte oppgaver likevel kan tilbys av kommunene («kan-oppgaver») (Hanssen et al., 2011, s. 248-259). Statsbyråkratiet produserer også føringer/normer, anbefalinger og rammeverk (eksempelvis standarder), der kommunen

innehar et større rom for fortolkning i oversettelsen, til sammenligning med lovverk, forskrifter og standarder. Kommunene har i så måte en viss grad av autonomi, samtidig som de er ansvarlige for en integrasjon av nasjonal (statlig) politikk, der forholdet derav innehar en iboende maktasymmetri som er umulig å komme forbi (Hanssen et al. 2011, s. 266).

Eksempler på den statlig-kommunale maktasymmetrien har også kommet til syne i denne avhandlingens analyser av politiske kamper gjennom historien og konkrete eksempler på statlige virkemidler for å fremme bruk av velferdsteknologi i kommunene. I kapittel 5 har jeg for eksempel vist at de statlige myndighetene gjennom utarbeidelsen (produksjonen) av lovverk, anbefalinger, standarder ol. også var aktive i kampene relatert til «hvordan-delen» av velferdsteknologi som sosial praksis i hjemmetjenestene, for eksempel gjennom opprettelsen av Nasjonalt velferdsteknologiprogram som fremstod som veldig aktive inn mot kommunene. Kommunenes *relative autonomi* på iverksettende plan kom også tydelig frem på velferdsteknologiområdet i form av retten til å velge hvor omfattende deres satsning på velferdsteknologis skulle være, hvilke teknologier det burde satset på, hvordan de skulle organisere velferdsteknologi som tjeneste osv. På den annen side var det i perioden studien startet mye fokus fra myndighetshold på tekniske anbefalinger som kommunene ble oppfordret til å følge. Videre ble det fra myndighetshold fremmet et behov for å fastsette tekniske standarder og stille krav til leverandørene om åpen arkitektur¹⁶⁰, for å sikre at utstyr fra ulike teknologileverandører kunne kobles opp på samme kommunikasjonsplattform som tar imot og videreformidler data og varsler som utstyret til enhver tid genererer. Videre måtte såkalt førstegenerasjons velferdsteknologiske utstyr og programvare slik som elektronisk pasientjournal,

¹⁶⁰ Arkitektur-begrepet handler i denne sammenheng om hvordan informasjon fra det velferdsteknologiske utstyret hos brukeren kanaliseres gjennom en informasjonskjede (eks. personlig hub, it-system ved responscenter) og inn i et datalager som f.eks. elektronisk pasientjournal representerer (Helsedirektoratet, 2014, s. 20-21). Den personlig «huben», eller sentralenheten/hjemmesentralen som den i dagligtalen også ble kalt, var en liten boks som fungerte som et nettverksnav for det velferdsteknologiske utstyret i tjenestemottakers hjem (Helsedirektoratet, 2015a, s. 12). Signaler fra de velferdsteknologiske sensorerne ble av huben fortolket og videreformidlet til rette instanser. Boksen inneholdt også en høyttaler for toveis tale med responscenter eller andre respondenter, og ble derav plassert sentralt i tjenestemottakers bolig.

responstjenesteløsning, samt programmer på tvers av helsesektoren ideelt sett kunne innlemmes i den tekniske infrastrukturen og kobles sammen med dataene som de velferdsteknologiske sensorene genererte. Alle former for data måtte også kunne deles på en sikker måte i henhold til normer for datadeling og personvern hensyn. Det var også viktig at de tekniske anbefalingene/kravene fra myndighetshold var så tydelige at idealet om likeverdige tjenester på tvers av landet ble ivaretatt (Direktoratet for e-helse, 2016; Helsedirektoratet, 2014, 2015a). Argumentet for en åpen og leverandøruavhengig arkitektur handlet også (ifølge myndighetene) om å fremme innovasjon og unngå at kommunene skulle tvinges til å holde seg til en leverandør over lengre tid (Direktoratet for e-helse, 2016).

Myndighetene hadde videre besluttet at Norge skulle bli med i Continua-nettverket¹⁶¹ som var en industriallianse som arbeidet med å utvikle standarder og åpne grensesnitt. En observert byråkrat med ansvar for teknisk infrastruktur som holdt et innlegg på et av de observerte arrangementene i regi av Nasjonalt velferdsteknologi program posisjonerte Norge som tidlig ute på velferdsteknologiområdet, der ett av dilemmaene var at mye av teknologien ennå ikke var utviklet internasjonalt, noe som gjenspeilet seg i mangelen på standardisert teknisk infrastruktur. Helsedirektoratet hadde i den sammenheng besluttet å anbefale SCAIP, som var en standard for trykksalarmer som blant annet var brukt i Sverige og som dekket tekniske spesifikasjoner som ennå ikke var utviklet i Continua-rammeverket. Norge kunne ha ventet til andre land hadde «tråkket opp stien», men det var det ikke politisk mandat til ifølge byråkraten. I den sammenheng posisjonerte den tekniske-ansvarlige byråkraten norske kommuner som et slags «testmarked», der hvordan rådata fra sensorene skulle håndteres i responscenter eller tilsvarende løsninger ble posisjonert som en av de største utfordringene på dette tidspunktet (2016). Kommunene hadde også fra myndighetshold blitt rådet til å evaluere og eventuelt omorganisere responstjenester for velferdsteknologi, basert på en tese om økt alarmfrekvens og kompleksitet som

¹⁶¹ Continua-nettverket er et internasjonal bransjenettverk (Personal Connected Health Alliance) som tilpasser forskjellige eksisterende standarder til bruk på velferdsteknologiområdet (Helsedirektoratet, 2015a, s. 12)

følge av økt teknologibruk ville kreve andre former for organisering av responstjenester (Helsedirektoratet, 2016). Videre rådet Helsedirektoratet kommunene til å samarbeide om både anskaffelser av teknologisk utstyr og responstjenester, og det ble ikke ansett som bærekraftig at små kommuner organiserte drift av store alarmsentraler/responssentre (Helsedirektoratet, 2014, 2016).

Basert på den overnevnte gjennomgangen og eksemplifiseringen av statlige praksisformer kan det argumenteres for at omfanget og detaljnivået av myndighetenes anbefalinger, krav, standarder m.m. på velferdsteknologiområdet ga relativt lite rom for autonome vurderinger på kommunalt plan. I lys av nyinstitusjonell teori (jfr. punkt 2.5.7) kan man forstå presset som kommunene på dette punktet ble utsatt for som både tvingende og normativ isoformisme (formlikhet), som også potensielt kunne lede til mimetisk press/isoformisme der kommunene sammenligner seg med hverandre og tilpasser seg for å ikke være dårligere enn «de andre i klassen» (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 254-256).

I de påfølgende underkapitler vil statlige praksisformers symbolske og praktiske implikasjoner drøftes mer utdypende med henblikk på å forstå hva som reelt sett var mulighetsrommet på kommunalt plan. Statens påvirkningskraft i konstruksjonen av et velferdsteknologisk marked kom for eksempel til uttrykk på konferanser og fagarrangementer i regi av staten, samt de byråkratisk konstruerte sosiale praktikkene gevinstrealiseringsevalueringer og innovative offentlige anskaffelser. I de fire påfølgende underkapitler vil det følgelig gis flere empiriske eksempler på hvordan studiens to case-kommuner posisjonerte seg til produksjonsfeltets doxa og praksisformer, der det man innen nyinstitusjonell organisasjonsteori definerer som mimetisk press også var til stede, da særlig gjeldende for den andre case-kommunen som hadde lavere kapitalvolum på velferdsteknologiområdet. På den annen side er man i en Bourdieu-optikk mer opptatt av «rommet av forskjeller», der man uavhengig av press utenfra vil kunne finne lokale og individuelle forskjeller, som kan forklares i lys av felt- og praktikkteoriens habitusbegrep. Studiens forankring i en Bourdieu-optikk

vil videre kunne kaste lys på noen bakenforliggende makt- og dominansforhold som kan bidra til å forklare pressforholdene de nyinsitusjonelle teoretiske bidragene løfter frem. Her er særlig Bourdieus teorier om statens utøvelse av både symbolsk makt og vold og begrepet om «staten som dobbelt sosial konstruksjon eller konstruktør» av særlig relevans.

6.2.1 Fagarrangementer i regi av produksjonsfeltet: symbolske og praktiske implikasjoner

Observasjon på konferanser og fagarrangementer i regi av produksjonsfeltet (statsbyråkratiet, næringen og akademia), og omvendt kommunale arrangementer der agerende fra produksjonsfeltet var til stede, fremskaffet et datamateriale som kan peke på noen av makt- og dominansforholdene på det nasjonale velferdsteknologiområdet i Norge. På samtlige av konferanser og fagarrangementer forskeren var til stede på under feltarbeidsperioden var det en hierarkisk inndeling når det kom til hvem som fikk ordet først og hvilke agenter som fikk mest taletid, der høyt posisjonerte agenter høyt opp i maktfeltet (både høyre og venstre pol) kom først (og avslutningsvis) til ordet og fikk mest taletid, mens kommuner, brukerrepresentanter kom til orde senere på dagen og fikk mindre taletid.

Det var særlig pilot-kommuner innlemmet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som fikk oppfølging og oppmerksomhet fra agenter høyt oppe i makthierarkiet. For eksempel var representanter fra programledelsen representert på både et fagarrangement der Case-kommune 1 presenterte forskningsfunn og erfaringer fra første innovasjonsprosjekt (2012-2016) i regi av den lokale høyskole og kommunen. Et annet eksempel var en stor dialogkonferanse med næringslivet i forbindelse med den innovative anskaffelsesprosessen, der Case-kommune 1 fikk både finansiell og faglig støtte til arrangementet (også av symbolsk verdi) av både Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Leverandørutviklingsprogrammet. De øvrige tre kommunene som skulle komme til å samarbeide med Case-kommune 1 om anskaffelsen var til stede i selskap av til sammen elleve andre kommuner og 25 teknologileverandører. Ledelsen i både Nasjonalt velferdsteknologiprogram og

Leverandørutviklingsprogrammet innledet konferansen før kommunalpolitisk ledelse, prosjektledelse og senere utøvende helsepersonells erfaringer fikk plass. Interessant nok fikk ikke teknologifirmaene taletid, men ble derimot henvist til muligheten for «mingling» etter konferansens offisielle program. Alle agentene som innledet konferansen (med unntak av kommunalsjefen fra Case-kommune 1 som ønsket velkommen) var del av maktfeltet på velferdsteknologiområdet i Norge.

Det at posisjoner høyt oppe i makthierarkiene prioriterte slike kommunale arrangementer kan tolkes i retning av at denne tilstedeværelsen var symbolsk viktig i form av å være en arena der flere kommuner var til stede, der statsbyråkratiet og næringslivets budskap følgelig kunne spres til mange tilhørere. Den hierarkiske inndelingen av taletid og rekkefølge bidro til å tydeliggjøre hvem som hadde definisjonsmakten. I lys av Bourdieus (1996) teorier om symbolsk makt foregikk den formen for makt- og voldsutøvelse på slike arrangementer på et ikke-bevisst plan skjult for både maktutøver og mottaker (offer), der de ulike posisjonenes kapitalvolum og struktur (disposisjoner) derimot var det som muliggjorde urettferdigheten og attpåtil kunne få den til å fremstå som naturlig (Petersen, 1995a, s. 134). Staten er høyt i makthierarkiet ifølge Bourdieu (1994), og som følge av maktkonsentrasjonen har staten monopolet på legitim anvendelse av *symbolsk vold*. Med det henviser Bourdieu (1994) til at maktutøvelsen i autoritære stater gjennomføres med fysisk makt, mens det i tillegg finnes en mer subtil og symbolsk maktutøvelse som utøves av de agerende i maktelitens kretser (byråkratiske subfelter) også i demokratiske nasjonalstater. Staten (og dets agerende tjenestemenn av «kjøtt og blod») innehar i så måte definisjonsmakten, som følge av deres kapitalvolum og (makt)posisjon.

I denne studien posisjonerte maktposisjonene i det sosiale rommet fremdragende pilotkommuner slik som Case-kommune 1 høyt i rommet av aktive norske kommuner på velferdsteknologiområdet, og som «eksempler til etterfølgelse» for andre kommuner. Annerkjennelse på denne type arrangement der makteliten på området var til stede var i så måte symbolsk viktig for både den aktuelle kommunen som fikk anerkjennelse,

men også for produksjonsfeltets (staten og næringens) agenter. Ved å fremme et «stjerneeksempel» som Case-kommune 1 representerte ble standarden eller normen satt overfor andre kommuner, samtidig som det bidro til å underbygge den overordnede politiske retningen (doxaet i produksjonsfeltet), der velferdsteknologi nå hadde blitt posisjonert som et av de mest sentrale virkemidlene for å møte «fremtidens omsorgsutfordringer». Repertoaret av andre virkemidler og tiltak for å møte omsorgsutfordringene ble i så måte implisitt devaluert som både ortodokse (gammeldagse, bakstrevenske) og heterodokse (kjetterske, motstridende til doxa) ståsteder. Å fremme kommunale erfaringer og praktikker som var tro til det herskende doxa var derimot essensielt for å styrke den symbolske maktutøvelsen, der det herskende doxaet ble transformert til standarder eller normer på området, dog maskert som en vennlig erfaringsdeling til nytte for alle norske kommuner. I en feltoptikk kan slike eksempelkommuner derav forstås som symbolsk viktige for å legitimere politikken (produksjonsfeltets herskende doxa), samt bidra til at andre norske kommuner ble oppmerksomme på at vi nå på nasjonalt plan var inne i en periode med behov for innovasjon i offentlig sektor og særlig fokus på innføring av velferdsteknologi som virkemiddel, som også kan være uttrykk for det organisasjonsteorien definerer som normativt og mimetisk press (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 254-256). Som gjennomgangen i de innledende avsnitt i dette underkapittelet peker på, ble det tegnet et bilde fra både næringen og staten om at det hastet å komme i gang med velferdsteknologi, der pilot-kommuner som allerede var langtcommende i den sammenheng på symbolsk plan bidro til å underbygge behovet for handling.

Posisjoneringer på slike konferanser relaterer seg i så måte også til både den første og andre delen av hvordan staten virker som en «dobbel sosial konstruksjon», der både doxaet om saken gradvis omformes til å bli et premiss for velferdsstatens overlevelse, samtidig som det statlige virkemiddelapparatet bidro med et systematisk arbeid mot å stimulere et velferdsteknologisk marked – eksempelvis gjennom opprettelsen av et program for samarbeid mellom teknologileverandører og kommuner om innovasjon og

et statlig støtteapparat med både faglige og finansielle muskler som la til rette for at kommune-Norge kunne bli en testarena for markedskreftene (del av produksjonsfeltet).

Både statlige føringer i retning av mer bruk av velferdsteknologi, finansielle støtteordninger, juridiske tilpasninger, samt teknologinæringens varsler om endringer i den teknologiske infrastrukturen var forhold som kommunene måtte forholde seg til og som derav i stor grad var definerende for det kommunale mulighetsrommet. Videre vil jeg argumentere for at det å unnlate å forholde seg til velferdsteknologi som sosial praksis og politisk satsningsområde ikke var del av norske kommuners mulighetsrom på dette tidspunktet. Posisjoneringsene fra både det politiske felt og næringen som del av et produksjonsfelt som satt og fremdeles setter agendaen på velferdsteknologiområdet, kan i en feltoptikk forstås som *strukturerende strukturer*, og del av forklaringen på hvorfor velferdsteknologi fikk økt fokus i mine case-kommuner og mange andre norske kommuner i denne tidsperioden. Det var imidlertid forskjeller mellom mine case-kommuner, samt andre norske kommuner i hvordan de posisjonerte seg til de politiske føringene og styringssignaler fra myndighetshold, noe det påfølgende avsnittet vil belyse og drøfte i lys av Bourdieus feltteori.

6.2.2 Case-kommunene og prosjektgruppens posisjonerings til det rådende doxaet i produksjonsfeltet

Det lokale myndighetsnivået i form av både lokalpolitiske agenter innen helse- og omsorgspolitikk og forvaltning, samt hjemmetjenestens prosjektledelse i mine to case-kommuner kan på en side analyseres som del av et byråkratisk *produksjonsfelt*, ettersom de produserer kommunens offisielle posisjonering til velferdsteknologi i strategi- og plandokumenter¹⁶². På den annen side kan det lokale myndighetsnivået anses å være del av et *konsumpsjonsfelt* ettersom de agerende på dette nivået av makthierarkiet må oversette og transformere de statlige føringer til lokalpolitiske vedtak og planer med de ressurser og kompetanser som enhver tid er tilgjengelige i

¹⁶² Slike dokumenter ble tilgjengeliggjort for forskeren av de kommunale prosjektlederne og ble anvendt som et supplement til de bakgrunnsopplysningene om kommunene som ble tilgjengeliggjort via observasjons- og intervjuundersøkelser.

kommunene. Hjemmetjenestens prosjektmedarbeidere var underlagt den kommunale helse- og omsorgsfaglige etaten, med mandat om å iverksette lokalpolitiske strategier og visjoner. Dette «rommet av aktive agenter» eller «korpset av profesjonelle» om man taler med bourdieuske termer, var slik sett i større grad å regne som del av et *konsumpsjonsfelt*, der både statlige visjoner og kommunale strategidokumenter måtte transformeres til konkrete praktikker og tjenesteorganiseringer. Konsumpsjonsfeltet bestod i så måte av ulike former for iverksettere eller oversettere av politikken, som manøvrerte imellom statlige arenaer for velferdsteknologi, forhandlinger med teknologinæringen og «rigging» (organisatorisk og administrativt arbeid) av velferdsteknologi som del av det ordinære tjenestetilbudet i hjemmetjenestene.

Studiens to case-kommuner gir et godt bilde av to kommuner som posisjonerte seg relativt ulikt til de statlige føringene, og derav inntok en ulik posisjon på det nasjonale velferdsteknologiområdet tenkt som et sosialt rom. Kommunenes posisjoneringer kom for eksempel til uttrykk ved observasjon av deres deltagelse på konferanser eller andre fagarrangementer i regi av særlig statlige helse- og omsorgsbyråkratiske subfelter, men også næringspolitiske initiativer og subfelter. Kommunenes fortolkning av statlige føringer og anbefalinger på området, samt deres benyttelse av statlige støtteordninger eller fagverktøy, er andre eksempler på posisjoneringer til det statlige produksjonsfeltets teser og herskende doxa om saken. Kommunenes utfordringer med eller mulighet for å tenke utradisjonelt (innta en heterodox posisjon) i form av å gjøre noe annet enn de statlige anbefalingene, kan i en feltoptikk også relateres til kommunenes (og prosjektgruppens) disposisjoner.

Case-kommune 1 hadde for eksempel inntatt en teknologioptimistisk posisjon og engasjert seg på velferdsteknologiområdet i Norge over flere år. Kommunens prosjektledelse (og noen utvalgte medarbeidere) hadde eksempelvis engasjert seg i statlige forum slik som Nasjonalt velferdsteknologiprogram, der de både fikk faglig oppfølging og finansiering til videreutvikling av det velferdsteknologiske tilbudet i kommunen. Prosjektgruppen hadde også søkt Husbanken og andre statlige og regionale

fond, og fått innvilget økonomisk støtte til velferdsteknologiprojektet¹⁶³. Ved å delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet fikk de deltagende kommunene foruten økonomisk støtte også et sosialt nettverk bestående av andre kommuner med interesse (illusio) for tematikken (spillet) og en viss kapitalmengde (både kulturell, økonomisk og sosial) på velferdsteknologiområdet. For eksempel fikk de deltagende kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram direkte tilgang til en dialog med myndighetene som gjorde det lettere for dem å tilegne seg kunnskap om det gjeldende lovverk, samt føringer og tekniske anbefalinger på området. Det fulgte også med en viss finansiell støtte til kommunene som engasjerte seg (Breivik et al., 2019, s. 26).

Case-kommune 1 fremstod som lydige til produksjonsfeltets doxa og de krav og forventninger myndighetene stilte som følge av å være en pilot-kommune i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. For eksempel benyttet prosjektgruppen seg av de tilgjengeliggjorte verktøyene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, slik som Innovasjonsverktøyet *Samveis – veikart for tjenesteinnovasjon*, samt et gevinstrealiseringsverktøy utviklet av konsulentbransjen. Det ble i tillegg avholdt en workshops om gevinstrealisering i kommunen i regi av et konsulentfirma (innleid av Nasjonalt velferdsteknologiprogram). Videre var case-kommunen lydige når det kom til kravet om dokumentasjon av gevinster og positive erfaringer. Den kommunale prosjektgruppens tette bånd til en lokal høyskole hadde også åpnet dører for både samarbeid med næringslivet, studieturer til utlandet for å lære mer om andre (mer langtkommende) lands erfaringer med bruk av velferdsteknologiske «trygghetspakker»

¹⁶³ Kommunen fikk blant annet innvilget 450 000 fra et regionalt forskningsfond, som følge av å være med på et treparts innovasjon/FOU-prosjekt med teknologileverandør og akademia (Kommunal prosjektplan tilgjengeliggjort for forskeren). Under intervju og møtereferat fremkom det også at kommunen hadde fått økonomisk støtte fra Fylkeskommunen (500 000) og Husbanken (150 000). Videre oppga kommunen å ha fått 1,8 millioner fra NVP til opplæring og drift, ikke utstyr. Deltagelsen i det nordiske nettverket resulterte i en tildeling på 60 000 som ble viet en 25% stilling øremerket til arbeidet med velferdsteknologi. Drift av Responssenter utgjorde en 100 % stilling. Videre hadde kommunen funnet ressurser til fem 20% stillinger dedikert til arbeidet med å iverksette velferdsteknologi som sosial praksis. Drift av responssenteret og det andre arbeidet relatert til velferdsteknologi utført av spesialsykepleiere utgjorde til sammen to årsverk. I tillegg var det tre prosjektmedarbeidere som arbeidet på heltid med velferdsteknologiprojektet.

i boligen og organisering av responstjenester. I tillegg var kommunen med i et nordisk nettverk for velferdsteknologisk erfaringsdeling. På den annen side ble ofte myndighetene særlig Helsedirektoratet og KS av denne erfarne kommunen (med støtte av høyskolens ingeniører) posisjonert som for lite teknisk kompetente (observasjon på prosjektgruppemøte, april 2016).

Allerede ved første innovasjonsprosjekt der kommunen hadde hatt et trepartssamarbeid (akademia-kommune-næring), hadde både de samarbeidende teknologileverandørene og Case-kommune 1 foruten faglig støtte fått en rekke økonomiske fordeler. Kommunen fikk reduserte priser på utstyr og responstjenester, mens leverandørene ble gitt direkte innpass i kommunen som følge av at et unntak fra lov om offentlige anskaffelser (§2-5) kan gis ved FoU-prosjekter som innebærer utvikling av ny teknologi eller tjenester i samarbeid med forskningsinstitusjon (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2022).

Basert på erfaringene Case kommune 1 til nå hadde gjort seg med utstyret posisjonerte hjemmetjenestens prosjektledelse med støtte fra lokalpolitikerne seg dit hen at de ville satse videre på bruk av velferdsteknologiske sensorer. Det var stor intern tro på at velferdsteknologi ga besparelser for kommunen og bedre tjenester for brukerne. Troen var så sterk at denne kommunen definerte mye av det velferdsteknologiske tjenestetilbudet som helsehjelp og innkrevde derav minimalt med egenbetaling fra brukerne. Her var det på tidspunktet store forskjeller i praksis mellom kommuner både regionalt og nasjonalt (jfr. kap. 4), der måten kommunene orienterte seg heterodøxt til egenbetaling i så måte også peker i retning i en sterk tro (illusio) for produksjonsfeltets doxa. Med det mener jeg at kommunens vilje til å subsidiere teknologibruken for tjenestemottakerne vitnet om en tro på tesene som rådet i produksjonsfeltet om teknologiens iboende helsefremmende, forebyggende, tidsbesparende og til sist økonomisk besparende egenskaper (jfr. kapittel 5). Kommunens øvrige posisjoneringer til saken var også i stor grad i tråd med nasjonale politiske føringer i det aktuelle tidsrommet (2015-2017), som eksempelvis anbefalte en overgang fra analoge til

digitale kommunikasjonsformer og som følgelig krevde utskiftning av sensorene. På den annen side var det helt konkrete og praktiske årsaker til at kommunen nå måtte snu seg rundt etter en ny avtale om leveranser av velferdsteknologiske sensorer og responstjenester, ettersom FoU-kontraktene med teknologileverandørene i det første innovasjonsprosjektet de hadde vært en del av var i ferd med å utløpe.

To av de fire kommunene som deltok i den innovative anskaffelsen hadde hatt lite eller ingen form for interaksjon med de agerende i produksjonsfeltets maktelite (staten, næringen, academia), og derav heller ingen sosial posisjon av betydning på det velferdsteknologiske området i Norge som sosialt rom, mens to kommuner hadde mer slik erfaring og en reell posisjon i feltet. De to erfarne kommunene fremstod på de fleste områder tro til produksjonsfeltets doxa som materialiserte seg i statlige føringer og anbefalinger på det velferdsteknologiske området, dog med ett unntak. Begge de erfarne kommunene inntok interessant nok en heterodox posisjon i anskaffelsesprosessen der de ønsket å drifte et lokalt responscenter, med da også med litt ulike organiseringsmodeller disse kommunene imellom.

Case-kommune 1 var en av disse kommunene og på tross av at de statlige føringene pekte i retning av store regionale eller interkommunale responscenter for velferdsteknologi, ble det i samarbeid med en norsk høyskole søkt om midler til et nytt innovasjonsprosjekt med etablering av et lokalt responscenter. Både basert på forskningslitteratur og kommunens erfaringer ble en lokal forankring vurdert som en organiseringsmodell som kunne ha visse fordeler (jfr. kap. 1). For eksempel hadde kommunen erfart at et privat og geografisk eksternt responscenter for velferdsteknologi hadde begrenset informasjon om tjenestemottakerne. Det eksterne responscenteret hadde kun hatt erfaring med bruk av trygghetsalarmer, der kommunen følgelig hadde erfart at bruk av flere sensorer i boligen ble vanskeligere å tolke og agere adekvat på for et eksternt senter som hadde lite kjennskap til tjenestemottakerne, kommunens geografi, hjemmetjenesteorganiseringen og det tekniske utstyret. Det hadde vist seg vanskelig å tolke reelle responskrevende varsler fra utilsiktede alarmer, eller

rutinevarsler fra utstyret. I startfasen førte disse utfordringene til at de ansatte i enkelte tilfeller måtte kjøre lange avstander for å fysisk avklare om det var en utrykningskrevende alarm. Samarbeidet mellom kommunen og det eksterne responscenteret hadde bedret seg betydelig gjennom årenes løp, der begge parter hadde lært mye mer om hvordan utstyret kunne monteres og konfigureres for å unngå utilsiktede alarmer, men Case-kommune 1 mente likevel (med støtte av høyskolen) at det kunne være et potensiale i å organisere og drifte disse tjenestene lokalt.

En annen tese var at lokalt ansatte som var engasjert i velferdsteknologiprojektet i kommunen ville ha en særlig motivasjon til å avklare alarmene fra avstand og følgelig skåne hjemmetjenesten for unødvendige alarmutrykninger, mens en privat kommersiell leverandør på den annen side ikke ville genere noen økt profitt ved å skåne det utøvende tjenesteledet. Det var også en rådende formening om at lokal kjennskap til brukerne og deres situasjon, deriblant lettere tilgang på oppdatert brukerinformasjon ville kunne bidra positivt i arbeide med å «sile ut» utrykningskrevende alarmer fra de alarmer som var utilsiktede – der man eksempelvis gjennom dialog med bruker kunne vise til at hjemmesykepleieren hadde et planlagt besøk senere på dagen og derav avklare om alarm-forespørselen kunne vente til senere på dagen. Det var også viktig for kommunen at utstyret fra eventuelle leverandører kunne integreres inn i samme tekniske infrastruktur, såkalt teknisk integrasjon, slik at sensorer på tvers av firma kunne tas i bruk. Videre ønsket Case-kommune 1 å leie fremfor å kjøpe inn sensorene ettersom utviklingen gikk raskt og det var ønskelig med den nyeste og mest moderne teknologien som til enhver tid var tilgjengelig på den velferdsteknologiske markedsplassen. De to sistnevnte forhold var i tråd med statlige føringer og tekniske anbefalinger.

Kommunens tidvise heterodoxe posisjoneringer kan trolig også relateres til prosjektgruppens kollektive disposisjoner (habitus + kapitaler), som trolig disponerte dem til å gå «motstrøms» til sammenligning med majoriteten av norske kommuner og det herskende doxa i produksjonsfeltet (statlige føringer og anbefalinger) hva gjaldt

spesielt valg av en lokal responsenterløsning og ansvar for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden. Videre hadde kommunen som følge av de ansattes disposisjoner klart å generere økonomisk kapital som følge av søknader til statlige støtteordninger, samtidig som prosjektgruppen hadde klart å skaffe til veie midler til forsknings- og innovasjonsprosjekt fra et forskningsfond i samarbeid med høyskolen, og dessuten fikk fordeler i form av FoU-kontrakter med teknologileverandørene. Det å delta i et forskningsprosjekt ga som overnevnt adgang til økonomisk kapital i form av samarbeid med firmaer som kunne gi sterkt reduserte priser på utstyret, på bakgrunn av at det var forskning involvert. Ordningene jeg her henviser til kalles SkatteFunn og drives av det norske (statlige) forskningsråd. Skattefradragsordningen har til hensikt å stimulere til forskning og utvikling i næringslivet, der bedrifter som kan dokumentere FoU-prosjekter kan få deler av prosjektkostnadene trukket fra på skatten (Altinn, 2020). Samarbeid med en høyskole om forskning på implementeringsprosjektet var i seg selv noe man kan anta ga en viss status (symbolsk kapital) og anerkjennelse på området, og samtidig fungerte som en legitimeringsstrategi som indikerte utad at kommunens prosjekt var av høy kvalitet.

I en feltoptikk kan det ikke regnes som tilfeldig at Case-kommune 1 fikk disse tildelingene som genererte økonomisk, sosial og kulturell kapital, det må snarere forstås som *vilkårlig*. Det var noen sosiale vilkår i den aktuelle kontekst og tidsperiode som muliggjorde det. For det første var det en betydelig lokalpolitisk vilje til å satse på velferdsteknologiprojektet i denne kommunen, som det trolig var flere grunner til. Ikke bare hadde første innovasjonsprosjekt i samarbeid med høyskolen gitt kommunen mye positiv omtale og publisitet som ga kommunen et image som en fremoverlent og nytenkende. Kommunen hadde også arbeidet mye med effektivisering og reformarbeid på flere tjenesteområder over lang tid. På en konferanse i regi av kommunen, det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og Leverandørutviklingsprogrammet i 2016, der kommunedirektøren hadde innledende innlegg ble suksessen med det første velferdsteknologiprojektet løftet frem. Kommunedirektøren innrømmet riktignok at kommunens rike industri og næringsliv hadde gitt dem noen finansielle muskler til å

kunne ta de investeringskostnadene som kreves ved etablering av nye tjenester. Mye av den finansielle støtten til velferdsteknologiprojektet var derav fra lokale tildelinger, vedtatt høyere opp i det lokalpolitiske feltet, også med støtte fra det helse- og sosialfaglige forvaltningsnivået i kommunen.

Erfaringene kommunene hadde fra tidligere prosjektarbeid og forskningssamarbeid hadde også gitt Case-kommune 1 en betydelig kulturell kapital i form av økt i kunnskap om temaet, men også kunnskap om hvordan å navigere i de statlig-byråkratiske subfelter som iverksatte denne politikken. Både prosjektledelsen og majoriteten av sykepleierne som hadde en deltidsstilling i prosjektet, hadde videreutdanning innen e-helse og velferdsteknologi. På prosjektgruppenivå viste det seg at det å ha en velferdsteknologisk eller tilsvarende videreutdanning ikke bare ga status, men nærmest var et premiss for å få adgang til å arbeide i prosjektgruppen. Helsefaglige profesjonelle som hadde lavere utdanningskapital og manglet spesialkompetanse på velferdsteknologi, fikk liten eller ingen innflytelse på beslutningene som ble tatt omkring organisering, på tross av at de var tjenesteutøverne som måtte hankses med velferdsteknologien i hverdagen. For eksempel hadde en hjelpepleier i utøvende tjeneste i Case-kommune 1 en særlig interesse for velferdsteknologi og til og med formalkompetanse¹⁶⁴ på området, men på tross av det fikk hun ikke innpass i prosjektgruppen som bestod av erfarne ansatte med både relevant real- og formalkompetanse.

I autonome felter som for eksempel kunst eller litteraturfeltet kan kulturell kapital dreie seg om kjennskap til opera, kunstverk eller kjente litterære verk, og det som gir status kan anses å være «gangbar mynt» (feltspesifikk kapital) i det aktuelle feltet (Broady, 1991, s. 169). Den kulturelle kapitalen i det kommunale iverksetternivået som sosialt rom handlet både om en teknisk kyndighet, men også en evne til å manøvrere i det statlige produksjonsfeltet. Prosjektledelsen i Case-kommune 1 hadde tilsynelatende

¹⁶⁴ Hjelpepleieren oppga at hun hadde gjennomført og egenfinansiert et nettkurs om velferdsteknologi (intervju med hjelpepleier Elisabeth, desember 2018).

også opparbeidet seg en byråkratisk-administrativ kompetanse og omdømme (posisjon i et felt), som muligens hadde gitt dem konkurransefortrinn foran andre kommuner og for eksempel sikret dem en plass i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, tildeling av økonomiske midler med mer, som igjen kunne brukes til dedikerte ressurspersoner som arbeidet på hel- eller deltid med rigging av prosjektet. Denne byråkratisk-administrative kjennskapen og evnen til å navigere i maktfeltet kan på den ene siden forstås i lys av prosjektledelsens samlede kulturelle kapital, som følgelig ga dem muligheten til å innta denne posisjonen i det sosiale rommet. På den annen side ga selve tilgangen til en krets, eller sosialt rom av likesinnede agenter, tilgang til en sosial kapital som videre kunne gi visse fortrinn i det sosiale rommet «velferdsteknologiområdet i Norge». Som første analyse- og drøftingskapittel (kap. 5) har vist bestod dette sosiale rommet av relativt høyt posisjonerte posisjoner i maktfeltet, orientert mot både mot høyre (teknisk og økonomiske) pol og venstre (kulturelle, humanistiske) pol av samfunnet.

Prosjektgruppens erfaringsbaserte kompetanse, formelle utdanning, samarbeid med både forskningsmiljøer og byråkratiske fora for velferdsteknologi med mer, utgjorde korpset av profesjonelle sin samlede kulturelle kapital på området. Til sammenligning med den gjennomsnittlige prosjektgruppe i norske kommuner, samt de andre deltakende kommunene i den innovative anskaffelsesprosessen, fremstod prosjektgruppen i Case-kommune 1 sitt kapitalvolum og struktur som større og mer mangfoldig (både innen sosial, økonomisk og kulturell kapital) i form av eksempelvis kontakter i maktfeltet, finansielle ressurser og teknisk kunnen. Kommunen hadde også en høyere andel ansatte og årsverk avsatt til dedikert arbeid med velferdsteknologi.

De andre deltagende kommunene i den innovative anskaffelsen, deriblant Case-kommune 2 hadde tilsynelatende en lavere sosial posisjon i statlig-byråkratiske kretser med mangel av innpass i statlige arenaer slik som Nasjonalt velferdsteknologiprogram og sammenlignbare fora. Case-kommune 2 forsøkte i 2017 å søke midler hos Nasjonalt velferdsteknologiprogram etter den innovative anskaffelsesprosessen var gjennomført,

men fikk avslag. Tildelingen hadde gått til et større regionalt samarbeidsprosjekt der et stort antall kommuner (inkl. Case-kommune 1) deltok. Prosjektlederen Elise posisjonerte seg i den sammenheng kritisk til statens store fokus på kommunesamarbeid, noe hun relaterte til et pågående fokus på kommunesammenslåing fra myndighetshold i det aktuelle tidsrommet¹⁶⁵. I den sammenheng posisjonerte prosjektlederen seg også skuffet over mangelen på anerkjennelse over det komplekse og tidkrevende samarbeidet kommunen tross alt hadde gjennomført som følge av den felles innovative anskaffelsesprosessen med tre andre kommuner.

Case-kommune 2 sin relativt lave posisjon på det nasjonale velferdsteknologiområdet kan i en feltoptikk også være relatert til andre forhold, deriblant kommunenes volum av kulturell kapital i form av f.eks. erfaring med bruk av velferdsteknologi utover trykkelarmen, samt lavere grad av spesifikk utdanningskompetanse på området blant prosjektmedarbeiderne. Kommunen hadde videre kun inntil nylig fått innpass i et samarbeid med forskningsinstitusjon, som det kan argumenteres for at hadde potensialet til å kunne generere både sosial, kulturell, økonomisk og symbolsk kapital i fremtiden. På bakgrunn av prosjektgruppens individuelle disposisjoner, struktur og fordeling av kapital, samt korpsets samlede kapitalvolum posisjonerte de mindre erfarne kommunene som deltok i den innovative anskaffelsen seg følgelig annerledes til velferdsteknologi som satsningsområde generelt og mer spesifikt relatert til anskaffelsen. For eksempel hadde de ansatte også fokus på andre områder slik som transport, sosiale arenaer og aktivitetstilbud for eldre, bruk av frivillighet og pårønderressurser, samarbeid med lokalt næringsliv, andre former for reformering av

¹⁶⁵ Kommunereformen var en reformering av kommunestrukturen i Norge som ble igangsatt i 2014 av Erna Solbergs Høyre-regjering. Antall kommuner ble redusert fra 428-356 i perioden 2014-2017. På samme tid ble det i tillegg gjennomført en regionreform som reduserte antall fylker fra 19 til 11, som i dag er delvis reversert til 15 fylker i Norge (Vabo, 2022).

hjemmetjenestene (tillitsreform, styrking av korttidsavdeling, hverdagsrehabilitering¹⁶⁶ ol.).

Velferdsteknologi hadde tilsynelatende en mindre dominant posisjon blant disse kommunene og fremstod som et av flere fokusområder for å løse «fremtidens omsorgsutfordringer», men ikke det primære slik som i Case-kommune 1. Både prosjektlederen i Case-kommune 2 som ble gitt pseudonymet Elise og en av de fagansvarlige sykepleierne i prosjektgruppen som ble gitt pseudonymet Dagny, beskrev i den sammenheng kommunens posisjonering til velferdsteknologi som avventende. Dagny hadde sammen med noen kollegaer blitt sendt av kommunen på flere fagkonferanser og arrangementer i regi av både akademia, næringslivet og statlige organ, med henblikk på å orientere seg om nye føringer og anbefalinger, samt lære av andre kommuners erfaringer på området. Dagny fortalte at arbeidsgruppen (på tross av disse deltagelsene på arrangementer der man kan tenke seg at produksjonsfeltets teser og doxa ble viderefremmet), hadde konkludert med at kommunen ikke skulle være noen ledende aktør på området. Dagny uttrykket det slik:

«Vi [kommunens representanter] skulle holde oss litt i bakgrunnen og følge de andre prosjektene, Case-kommune 1 sitt prosjekt startet vel opp da eller var under «oppseiling». Så da var vi jo litt i gang på en måte, men vi konkluderte i arbeidsgruppen at vi skulle følge med på hva som foregikk og vi skulle delta på konferanser og vi skulle ha det [velferdsteknologi] litt i bakhodet» (intervju med Dagny, juni 2017).

Dagny viser her til perioden 2012-2015, der det mot slutten av 2015 kom et vendepunkt som fikk Case kommune 2 til å posisjonere seg noe mer offensivt til den statlige velferdsteknologisatsningen. Kommunen deltok på et møte i regi av Case-kommune 1 og Leverandørutviklingsprogrammet. Dagny beskrev denne deltakelsen som et vendepunkt for kommunen, der de fikk en invitasjon til å delta på en innovativ offentlig anskaffelsesprosess – en mulighet som det ble vanskelig å takke nei til. Case-kommune

¹⁶⁶ Case-kommune-1 hadde også tilbud om hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene, men der ble hverdagsrehabilitering i større grad relatert til velferdsteknologi som to tilbud som var komplementære og passet som «hånd i hanske» til hverandre.

2 var i likhet med mange andre norske kommuner i overgangen fra analoge til digitale sensorer og derav i en situasjon der noe uansett måtte gjøres relatert til kommunens velferdsteknologitilbud. Dagny beskrev møtet slik:

«Vi var på et slikt samarbeidsmøte eller informasjonsmøte med lederen av Leverandørutviklingsprogrammet og Case-kommune 1 der han [lederen fra programmet] informerte litt om hva dette med innovativ offentlig anskaffelse var for noe og så kom det spørsmål om hvem av kommunene som var interessert i å være med og da var det flere kommuner representert på det møtet, der jeg husker at vi gikk litt sånn i «tenkeboksen». Så tror jeg det var en konferanse og et møte til og da hadde vi bestemt oss for at vi ville være med» (intervju med Dagny, juni 2017).

De overnevnte empiriske eksemplene belyser Case-kommune 2 sin inngang til en mer omfattende satsning på velferdsteknologi, til sammenligning med hva de tidligere hadde hatt (eller i utgangpunktet så for seg at de skulle ha). Eksemplene viser det presset kommunene i denne tidsperioden ble utsatt for, der man tenke seg at det både i frykt for å være dårligere enn andre sammenlignbare kommuner i regionen (mimetisk press) og i frykt for å gå glipp av en mulighet til å bli mer fremoverlent på området, var vanskelig for kommunen å motstå tilbudet om å bli med i det overnevnte interkommunale samarbeidet om anskaffelse av velferdsteknologi.

Av andre strukturelle forhold som kan forklare en mer avventende posisjonering til velferdsteknologi, hadde Case-kommune 2 som nevnt innledningsvis en litt annen demografisk sammensetting enn flere av de andre kommunene som samarbeidet om den innovative anskaffelsen. Mens majoriteten av de andre kommunene var mindre og mer rurale distriktskommuner med en høyere andel eldre i kommunen, var Case-kommune 2 å regne som en stor kommune med større grad av sentralitet og en relativt ung befolkning. Både Dagny og Elise viste til at «eldrebølgen» ennå ikke hadde kommet til kommunen deres, men at de merket en viss økning i hjelpebehovet og forsøkte derav å planlegge for fremtiden (intervju med fagansvarlig sykepleier for velferdsteknologi Dagny og prosjektleder Elise, juni 2017). Videre posisjonerte de kommuneøkonomien som relativt svak sammenlignet med snittet av norske kommuner, noe som stemte overens med undersøkte KOSTRA-data (jfr. punkt 6.1.1).

I det store og det hele fremstod Case kommune 2 sin velferdsteknologisatsning på tross av deltagelsen i den innovative offentlige anskaffelsen, som noe mer avventende og sparsom enn Case-kommune 1 sin satsning. For eksempel ble det ikke satset på like mange ulike sensorer og produkttyper, og de sensorene som ble testet ut ble ikke «utrukket» til mange brukere i ordinær drift i første omgang, men fremstod mer som en pilotering i form av at noen få brukere testet ut utstyr som f.eks. mobile trygghetsalarmer med GPS ol. utstyr. Videre ønsket kommunen en teknologileverandør som kunne levere en totalløsning med leasing av utstyr og utkontraktering av respons- og andre teknisk relaterte tjenester, da kommunen hadde hatt god erfaring med den måten å organisere tjenestene på fra tidligere. Videre posisjonerte prosjektledelsen seg dit hen at det på dette tidspunktet ikke var ressurser eller politisk vilje til å satse på lokal forankring av hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden i case-kommunen.

Foruten å tenke bredere omkring tiltak for å møte en aldrende befolkning fremstod de andre deltagende kommunene i den innovative anskaffelsen til sammenligning med Case-kommune 1 som mer avventende, i form av å vente på tydeligere nasjonale føringer og anbefalinger. Samarbeidskommunene ville også vente og se hva som kom frem av erfaringer fra de deltagende pilot-kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det statlige produksjonsfeltets doxa om at velferdsteknologi måtte bli et sentralt satsningsområde i samtlige norske kommuner innen 2020 var et tydelig styringssignal fra myndighetene, men på den annen side fremstod ikke de teknologiske og organisatoriske anbefalingene helt avklarte og tydelige på dette tidspunktet, noe en forskningsrapport fra Nasjonalt senter for e-helseforskning også påpeker (Breivik et al., 2019). Det var noen føringer og tekniske krav til utstyr, standardisering, samt organisering og dimensjonering av responstjenester, men samtidig var det en «prøve og feile-innstilling» fra myndighetene, som trolig også var del av forklaringen på hvorfor en del kommuner vegret seg for å gjøre store investeringer på området i form av kostbar tilgjengeliggjøring av personell og innkjøp/leasing av utstyr og tjenester. På den annen side tvang en viss form for deltakelse i «spillet» seg frem ettersom styringssignalene

var så tydelige som de var, den tekniske infrastrukturen var i endring og mange kommuner var i sving med velferdsteknologiprojekter.

6.2.3 Gevinstrealisering som statlig legitimeringsstrategi og kommunenes posisjoneringer herav

Nasjonalt velferdsteknologiprogram som ble etablert i 2014 hadde en ledelse bestående av representanter fra både Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet, KS, Helse- og omsorgsdepartementet og representanter fra teknologinæringen. Programmet arbeidet systematisk med tjenesteinnovasjon, kompetansebygging, gevinstrealisering og teknisk infrastruktur inn mot kommunene, der KS hadde fått hovedansvaret for «spredningen» av erfaringene. I forkant av «spredningsfasen» hadde pilot-kommunene fått krav om erfaringsdeling til andre kommuner, samt å integrere det de hadde pilotert av teknisk utstyr inn i ordinær drift innen 2016. Ifølge Nasjonalt velferdsteknologiprogram var det en utfordring at mange kommuner aldri kom seg forbi piloteringsfasen (feltnotat fra fagkonferanse i regi av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, høsten 2016).

Spredningstankegangen som ble fremmet av myndighetene syntes også å spre seg til kommunalt prosjektgruppenivå, der særlig prosjektlederne var svært opptatt av lokal forankring av doxaet om velferdsteknologis suksess. Prosjektlederen Berit i Case-kommune 1 oversatte denne målsettingen om «spredning» til lokale forhold i form av å komme opp med ideen om at hver hjemmetjenesteavdeling burde ha en ressursperson som arbeidet dedikert (20%) med å forankre velferdsteknologi i sin avdeling. Denne organiseringen var i etter Berits mening tråd med hennes ledelsesfilosofi der man måtte bygge nedenifra og opp, hvorpå Berit mente at mye av prosjektets suksess var relatert til forankring i alle tjenesteledd. Ressurspersonene ble posisjonert som «pådriverne» eller «motorgruppa» som fikk informasjon ut til de ansatte og brukerne (nedover i tjenestehierarkiet) og opp (i tjenestehierarkiet) når det var noe som ikke fungerte.

Prosjektlederen Elise i Case-kommune 2 hadde tilsynelatende adoptert denne ledelsesfilosofien der de nå hadde ansvarlige «superbrukere» i så å si alle

tjenesteavdelinger, som hun posisjonerte som «spydspisser» i avdelingene med ansvar for opplæring, kontinuerlig holdningsarbeid relatert til velferdsteknologi (etablere et felles doxa), og på sikt kanskje oppgaver med administrative verktøy (konfigurerings) og brukerkartlegginger.

Det fremstod videre som et ufravikelig krav fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram at pilot-kommune deltok på et visst antall samlinger og delte sine erfaringer på nasjonalt plan. Det var i så måte også viktig å dokumentere det kommunale arbeidet med velferdsteknologi enten i form av egenproduserte rapporter, men aller helst gjennom å engasjere følgeforskere til å dokumentere resultatene og erfaringene. Hensikten var at myndighetene fikk mulighet til å spre kunnskapen videre til kommune-Norge som helhet (Breivik et al., 2019), og derav forankre de politisk dominante teser om velferdsteknologi til et rådende doxa nedover i makthierarkiene. Nasjonalt velferdsteknologiprogram hadde videre engasjert flere konsulentbyrå og kommersielle følgeforskningsfirma i arbeidet med å dokumentere både økonomiske og kvalitative effekter (gevinster) av velferdsteknologiske installasjoner i programmets pilot-kommuner. Konsulentfirmaer ga prosessveiledning til flere av pilot-kommunene i deres arbeid med gevinstrealiseringer (Paulsen, Vekve, Isaksen & Skarli, 2017).

Under observasjon av en slik workshop i Case-kommune 1 våren 2016, fremkom det at det på dette tidspunktet forelå et relativt stort press på de deltagende pilot-kommune i Nasjonalt velferdsteknologiprogram om å arbeide systematisk med å dokumentere gevinster. Under observasjon av prosjektmedarbeiderne under prosessveiledningen viste det seg at det utarbeidede gevinstrealiseringsverktøyet både var komplisert å forstå og tidkrevende å fylle ut, noe den overnevnte studien fra et tilsvarende iverksetternivå i en norsk kommune også peker på (Paulsen et al., 2017). De tre kategorier av gevinster de ansatte måtte fylle ut var: *unngåtte kostnader*, *spart tid* og *økt kvalitet*. Verktøyet var komplisert i form av å inneholde en rekke kolonner der tentative og kategoriserte gevinster ble listet opp i tillegg til tiltak for å realisere gevinsten, frist for tiltak, ansvarlig for tiltak, indikator på resultater, hvordan måle og

rapportere, tidspunkt for realisering, hvem som var ansvarlig for gevinsten, samt hva gevinsten skulle omsettes til (f.eks. betjene flere brukere på samme bemanningsnivå). De kommunale prosjektgruppedlemmene dokumenterte gevinster etter beste evne i skjemaet, men de beskrev det imidlertid som krevende å gjøre kalkuleringer av besparelser i «kroner og ører» på bakgrunn av skjemaet.

Skjemaet var analytisk interessant og relevant av en rekke grunner. Ikke bare var det et godt eksempel på den sosiale lidelsen de prosjektgruppeansatte ble utsatt for av staten i diskrepansen mellom politiske visjoner og kommunale realiteter, især når skjemaet ikke gikk opp matematisk. Ideen om å kvantifisere omorganisering av tjenester og kvalitative gevinster i gevinstrealiseringstabeller kan i lys av teorien om «benchmarking» forstås som en form for nyliberalistisk styring, der alt skal måles og telles, og organisasjoner skal sammenlignes opp mot «den beste i klassen» (Knutsson et al., 2012, s. 104). På et enda mer overordnet og symbolsk plan fremstod skjemaet som en materialisering av de fremanalyserte dominante teser (velferdsteknologi gir økt kvalitet og effektiviserer tjenestene) fremanalysert som et herskende doxa i produksjonsfeltet (jfr. kapittel 5), som det nå ble arbeidet systematisk med å overføre til kommunale konsumpsjonsfelt.

Det var nok ikke tilfeldig, men snarere vilkårlig at det akkurat i perioden 2016-2017 var mye fokus på gevinstrealisering i foregangskommunene som Nasjonalt velferdsteknologiprograms såkalte «pilot-kommuner» representerte. Rapporteringen fra kommunene ble i det aktuelle tidsrommet sammenfattet av Helsedirektoratet i gevinstrealiseringsrapporter (Helsedirektoratet, 2015b, 2017), som tilsynelatende ble brukt til å legitimere at satsningen på velferdsteknologi var noe som kunne anbefales på generelt grunnlag til alle norske kommuner. Her var det et særlig stort fokus på å legitimere den herskende tese nummer 2 i produksjonsfeltet (jfr. kap. 5, punkt 5.6) om at teknologi sparer tid, personellressurser og derav også penger. Helsedirektoratet uttrykket det på følgende måte i første gevinstrealiseringsrapport, basert på og derav legitimert av erfaringer fra pilot-kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram:

«Spart tid beskriver nettopp gevinsten av å innføre endringer som reduserer tidsbruk på å levere en tjeneste. Gevinsten av spart tid realiseres først når en tjeneste kan reduseres/fjernes helt eller at tiden benyttes til å gi tjenester til flere. Spart tid avdekkes med tidsmålinger av en arbeidsoppgave eller arbeidsprosess før og etter intervensjonen» (Helsedirektoratet, 2015b, s. 9).

Det at pilot-kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram selv hadde innhentet dokumentasjon på både kvalitative og økonomiske gevinster som følge av velferdsteknologiske prosjekter, kan i lys av teorien om staten som dobbelt sosial konstruksjon eller konstruktør, argumenteres for at genererte en særlig symbolsk makt. Kommunenes bidrag var på den annen side fremkommet under en viss form for strukturell tvang/tvingende isoformisme (krav fra myndighetshold om dokumentasjon av gevinster), ettersom doxaet om at velferdsteknologi gir bedre tjenestekvalitet og besparelser var et premiss som lå til grunn for selve evalueringen og lå innbakt i gevinstevalueringsskjemaet. Fra myndighetshold var bestillingen å svare på *hvordan* velferdsteknologi bidro til bedre tjenester og besparelser, ikke *om* velferdsteknologi i det hele tatt kan hevdes å generere slike effekter.

Oppsummert kan det pekes på at gevinstrealisering som statlig praksisform fremstod som symbolsk viktig, særlig i oppstarts- og spredningsfasen av Nasjonalt velferdsteknologiprograms arbeid med å revitalisere den statlige satsningen på velferdsteknologi (smarthuset versjon 2.0). Videre kan det argumenteres for at gevinstrealisering som byråkratisk initiert praktikk var symbolsk viktig relatert til å forme borgernes syn på verden og dets sammenhenger, som i siste rekke blir et naturalisert doxa. På den annen side fremstod det som et paradoks at økonomi var en så stor bekymring for de kommunale prosjektmedarbeiderne, om velferdsteknologi virkelig sparte så mye tid og penger som både statlige og lokale myndigheter hevdet. Gevinstrealisering som sosial praktikk og de logikker som var rådende for denne praktikken virket imidlertid å være så sterkt preget av det herskende doxaet skapt i produksjonsfeltet, hvorpå heterodoke posisjoneringer i liten grad var til stede eller mulig å frembringe. Det rådende doxaet i produksjonsfeltet materialiserte seg også i skriftlig materiale (statlige forfatterløse dokumenter) i form av innovasjonsverktøy og

annet materiell som kommunene ble rådet til å ta i bruk. På den måten var gevinstrealisering også et eksempel på den andre delen av staten som dobbelt sosial konstruktør i form av å regulere subfeltets mulighetsrom og konkrete praktikker herav.

6.2.4 Forståelsen av velferdsteknologi som ressursbesparende – et doxa under press?

Til nå har det blitt argumentert for at et herskende doxa omkring teknologi som et premiss for effektivisering av tjenestene har blitt aktivt formidlet fra myndighetshold, både i Norge og sammenlignbare vestlige kontekster, især siste par tiår (Lynch, 2015; Neven, 2015; Tøndel & Seibt, 2019). Det har også blitt vist til at det finnes lite dokumentasjon i forskningen på sammenhenger mellom velferdsteknologisatsninger og kvalitative eller økonomiske effekter (jfr. punkt 5.7 og 1.3). I lys av den tilgjengelige vitenskapelige kunnskapen fra både internasjonal og nasjonal kontekst fremstod det i så måte underlig at Helsedirektoratet på bakgrunn av gevinstkartlegginger fra et trettitalls pilot-kommuner kunne være så skråsikre i sine konklusjoner omkring velferdsteknologiens gevinster (Helsedirektoratet, 2015b, 2017). I en rapport fra nyere tid (2021) anerkjenner på den annen side de ansvarlige myndighetene på velferdsteknologiområdet at kommunene må regne med en betydelig investerings- og driftskostnad som følge av velferdsteknologitjenester, der interkommunale samarbeid ifølge myndighetene kan bøte på noen av ressursutgiftene (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 28-30).

Kostnader til drift av velferdsteknologi som en tjeneste etter endt prosjektperiode var altså et utfordringsbilde som muligens kan forklare hvorfor velferdsteknologiprojekter ikke alltid overlever piloteringsfasen. Thygesen og Moser (2014) omtaler utfordringen med manglende videreføring av prosjekter til ordinær drift som «prosjekteriets dilemma», der de peker på at kommunale velferdsteknologiprojekter ofte fokuserer på enkeltteknologier og i for liten grad på tjenesten (organisasjonen). Videre hevder Thygesen og Moser (2014) at bedriftshemmeligheter og patenter også bidrar til at pilotprosjekter ofte bærer preg av å være lukkede og interne. Thygesen og Moser (2014) drøfter imidlertid ikke de økonomiske (eller tekniske) utfordringene ved

prosjekteri-virksomheten som del av forklaringen. Både dette eksempelet fra faglitteraturen og de overnevnte myndighetsdokumentene om gevinster av velferdsteknologi rører begge ved kjernen av Bourdieus doxabegrep, som peker på at den herskende mening om saken blir så innvevd i de doxabærende agentenes (både myndighetspersoner og forskeres) måte å anskue verden på at visse spørsmål ikke blir stilt eller kan stilles. For hvordan kunne det egentlig ha seg at teknologien i så liten grad ble overført til ordinær drift om det var så tungtveiende evidens for både kvalitative og økonomiske effekter av praktikken?

Observasjon på en erfaringskonferanse i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram i 2016 ga ikke svar på dette spørsmålet, men viste derimot til at problemet med manglende overgang til ordinær drift snarere kunne tolkes som en form for kommunal motstand, som fra myndighetshold nå ville bli møtt med en strengere form for styring. En av programmets ledere forklarte at pilot-kommunene nå ville få formelle *krav* på seg om en overgang fra pilotering til ordinær drift innen 2016. Helsedirektoratets posisjonering belyser i så måte hvordan staten styrte pilot-kommunene med relativt hard hånd (tvingende press/isomorfisme), også utover formingen av doxa og andre mer symbolske forhold. På bakgrunn av dette empiriske funnet kan man spørre seg om den kommunale autonomien var under hardt press i velferdsteknologisatsningen og hvordan det i så tilfelle kunne forklares? En måte å forstå det på var at staten allerede hadde investert en hel del økonomi i å stimulere til bruk av velferdsteknologi i norske kommuner, der en videreføring av prosjektene til ordinær drift følgelig var viktig for myndighetenes legitimitet overfor velgere og andre agerende i det politisk-byråkratiske felt. Å sløse med statens midler i form av utallige pilot-prosjekter eller i form av teknologisk utstyr som ble liggende i en skuff kunne derimot anses som et nederlag for staten, men også de kommunale iverksetterne av statens politikk.

Case-kommune 1 posisjonerte seg lydlig til myndighetenes krav om at velferdsteknologi nå måtte bli en integrert del av det ordinære tjenestetilbudet. Studiens empiriske funn peker imidlertid på at det var mye mer midler og finansiell velvilje i

forkant av og i etableringsfasen av det lokale innovasjons/pilot-prosjektet, mens når den kommunale makteliten hadde forlatt scenen og scenelysene var slukket, måtte medarbeiderne være pragmatiske og bruke sin praktiske sans for å få ressursene til å strekke til. Under observasjon på det lokale responscenteret i Case-kommune 1 i overgangen fra analoge (første prosjekt) til digitale sensorer og ny teknologileverandør, samt ny tjenesteorganisering (andre prosjekt), viste det seg at de ansvarlige prosjektmedarbeiderne måtte være pragmatiske i form av å sikre brukerne tilgang til den mest nødvendige teknologien – slik som røykvarslere og trygghetsalarm – i det som skulle vise seg å bli en kaotisk overgangsfase.

Den assisterende prosjektlederen Anna oppga i denne sammenheng at hun tidvis hadde dårlig samvittighet for at ikke alle sensorene fra første prosjektperiode (som brukerne også hadde formelt vedtak på) ble videreført i denne overgangsfasen. I den forbindelse var Anna også tydelig på at det ikke var «dingsene», altså de velferdsteknologiske sensorene som kostet penger for kommunen. Ikke bare var de masseprodusert elektronikk fra Asia, men kommunen hadde dessuten valgt å lease utstyret. Det som derimot var kostnadskrevenne for kommunen var de personellressursene som krevdes relatert til brukerkartlegginger, samt programmering og konfigurering av utstyret og montering i boligen, foruten den daglige driften og oppfølgingen på det lokale responscenteret. Også i et møtereferat fra tidlig 2016 før utlysning av anbudskonkurranse fremgår det at Case-kommune 1 i andre prosjektperiode nå ville satse på de områdene som ga mest gevinst og følgelig færre teknologiområder enn første innovasjonsprosjektet. De overnevnte empiriske eksemplene gir et godt bilde av at det er enklere å innovere når det er et innovasjonsprosjekt gående med både finansielle midler, oppmerksomhet og prestisje inne i bildet, mens det i overgangen til ordinær drift både er mindre «drive» og midler til stede, mens arbeidet til gjengjeld kan være både mer komplisert og ressurskrevenne i overgangen til ordinær drift.

Om vi vender tilbake til tese 2 av produksjonsfeltets doxa, som handlet om en ubestridt forståelse av at velferdsteknologi sparer både tid, personellressurser og kommunal

økonomi – og som hadde materialisert seg i den statlige praksisformen gevinstrealisering – var case-kommunenes posisjoneringer til denne herskende tesen, noe forskjellig. Case-kommune 1 fremstod som svært lydige til myndighetenes krav og forventninger om å dokumentere besparelser og effekter, der prosjektmedarbeiderne fylte ut det omfattende skjemaet etter beste evne, og mye tid og personellressurser ble satt av til dette arbeidet. Case-kommune 2 var på sin side også opptatt av at velferdsteknologi måtte resultere i en viss grad av effektivisering, men prosjektgruppen hadde ikke på dette tidspunktet hatt særlig fokus på systematiske gevinstrealiseringskartlegginger i henhold til myndighetenes anvisninger. En måte å forstå denne avventende innstillingen på kan være relatert til at Case-kommune 2 ikke var tatt opp i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet der tett oppfølging og hjelp til gevinstrealiseringsrapporter var et av virkemidlene.

I den utfylte gevinstrealiseringsplanen (tilgjengeliggjort for forskeren) posisjonerte Case-kommune 1 seg dit hen at de har hatt en rekke kvalitative og økonomiske gevinster som følge av det første velferdsteknologiske innovasjonsprosjektet de hadde vært del av (2012-2016), der bruk av flere sensorer utover trygghetsalarmen ble prøvd ut i over 250 boliger. Under punktet *økt kvalitet* posisjonerte kommunen seg i retning av at brukerne nå var blitt tryggere og samtidig mindre avhengig av andres hjelp og derav opplevde mer mestring og frihet, samtidig som også pårørende opplevde økt trygghet. Denne posisjoneringer er i tråd med produksjonsfeltets første tese som jeg analytisk har definert som del av det overordnede og dominante doxaet om saken. Videre hevdet kommunen at de hadde hatt unngåtte kostnader på over 3 millioner norske kroner relatert til utsatt behov for institusjonsplass som følge av velferdsteknologi, samt at de hadde spart over 9 millioner kroner i driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2012-2015 – som ifølge kommunen med stor sannsynlighet kunne relateres til innføringen av velferdsteknologi i samme tidsperiode.

Det fremkommer imidlertid ikke i kommunens selvframstilling at det totale antallet hjemmetjenestebrukere økte¹⁶⁷ i det samme tidsrommet, trolig som følge av en utvidelse av et større omsorgsbolig-kompleks i kommunen. De nybygde leilighetene var et såkalt omsorgsbolig-pluss konsept som innebærer lettstelte og tilrettelagte leiligheter med mulighet for bistand ved behov døgnet rundt. Tjenestekonseptet krevde i så måte mer tilstedeværende personell enn ordinære omsorgsboliger, ettersom brukerne kunne ringe på pasientvarslingssystem eller trygghetsalarm ved behov for hjelp døgnekontinuerlig.

I Case-kommune 1 som de fleste andre norske kommuner er ansvaret for hjelpetrengende som bor i omsorgsboliger underlagt hjemmetjenesten, på linje med andre hjemmeboende (Fjørtoft, 2016, s. 19). Hjemmetjenestens tjenestemottakere i omsorgsboliger bor per definisjon i eget hjem, hvorpå utgifter til legebesøk, legemidler og medisinsk materiell i så måte gikk fra å være en kommunal til en statlig (fastlege og NAV) utgiftspost, ved satsningen på omsorgsbolig-pluss fremfor sykehjem. Når kommunen viste til kutt i antall sykehjemsplasser som følge av velferdsteknologi var kommunens satsning på omsorgsbolig-pluss konseptet tilsynelatende mindre fremme i dagen. Flere av de intervjuede ansatte i utøvende hjemmetjeneste uttrykket på den annen side misnøye med denne omorganiseringen, fordi de opplevde seg «snikansatt» på noe som i praksis minnet veldig om en sykehjemsinstitusjon i form av at det var mange krevende pleie- og omsorgstrengende beboere ved omsorgsbolig-pluss institusjonen, og der byggets arkitektur minnet mye om et sykehjem med relativt små rom med bad og kun et lite tekjøkken på rommet. De ansatte fra hjemmetjeneste kunne etter nybygget stod klart settes opp til å arbeide enten «inne» (betjent omsorgsbolig-pluss) eller «ute» (ordinær hjemmetjeneste). Andre deler av omsorgsbolig-pluss komplekset bestod av eldre enheter (ordinære omsorgsboliger), der beboerne også gjenspeilet konseptet

¹⁶⁷ Basert på KOSTRA-data fra årene før velferdsteknologiprojektet og etter. Økningen kan også være relatert til den demografiske utviklingen.

omsorgsbolig slik det i utgangspunktet var tiltenkt i form av å tildeles mer selvhjulpne tjenestemottakere.

De økonomiske konsekvensene av velferdsteknologisatsningen på både et kommunalt og samfunnsmessig plan var et tema som tilsynelatende opptok prosjektgruppemedarbeiderne i begge case-kommunene mye. For eksempel var prosjektlederen Berit i Case-kommune 1 opptatt av at kommunen tok alt arbeidet og kostnadene relatert til Samhandlingsreformen, der velferdsteknologi var et av tiltakene som hadde sikret at kommunen ikke lengre fikk dagbøter fra sykehusene om de ikke klarte å ta imot utskrivelsesklare pasienter, mens spesialisthelsetjenesten på sin side uten kostnader fikk mesteparten av besparelsene. På samme måte løftet prosjektlederen Elise i Case-kommune 2 frem at dersom kommunen valgte å ta et helhetlig ansvar for velferdsteknologi, kunne de risikere å overta kostnadene til staten relatert til at visse brukere opprinnelig hadde fått tildelt velferdsteknologisk utstyr fra NAV hjelpemiddelsentral.

Videre var det et dilemma i begge kommuner hvilke teknologier som kunne hevdes å defineres som helsetjeneste (dekkes av kommunen) og hva som kunne defineres som velferdstiltak/sosialt tiltak, som brukerne da helt eller delvis måtte dekke selv. Her ble særlig GPS og annen lokaliseringsteknologi posisjonert som en sosial/velferdstjeneste, der det dessuten hadde vokst frem et doxa som tilsa at pårørende kunne kreves mer involvert i oppfølgingen av denne type teknologier. Relatert til GPS/lokaliseringsteknologi kunne det også være aktuelt å gjøre individuelle vurderinger, der denne type teknologi kunne posisjoneres som en helsetjeneste for noen, men ikke alle. Under observasjon av prosjektgruppemøtene i 2018 fremstod egenbetaling fremdeles som noe uavklart, særlig i Case-kommune 2. I motsetning til Case-kommune 1 hadde de landet på å kreve egenbetaling for trygghetsalarm, mens velferdsteknologi utover trygghetsalarm ble kommunens utgift om det ble definert som en helsetjeneste. Case-kommune 1 hadde en iboende forståelse (tro på doxa) om at velferdsteknologi var så besparende og helsefremmende på individnivå at de mente det

kunne forsvares fra et kommune-økonomisk perspektiv å «sponse» alarmene og dertilhørende tjenester.

Under møteaktivitet i oppstartfasen av den andre prosjektperioden i Case-kommune 1 kom det imidlertid frem at det ble arbeidet for å forankre prosjektet politisk og administrativt i kommunen, hvorpå prosjektledelsen bekymret seg en god del for økonomien i velferdsteknologiprojektets andre fase. Under observasjon på et stort møte der høyt posisjonerte agenter både innen akademia, kommunepolitisk- og administrativ ledelse, samt representanter fra andre kommuner i tillegg til bruker- og ansattrepresentanter var til stede, ble økonomi problematisert av prosjektlederen Berit. Økonomi ble beskrevet som en «flaskehals» i prosjektet, der kommunen følgelig måtte se på ulike alternativer til å søke økonomisk støtte for å etablere og drifte det lokale responscenteret, samt kompetansehevingstiltak for ansatte både på responscenteret og ute i daglig drift. Videre fremgikk det i et plandokument (tilgjengeliggjort for forskeren) der prosjektmandatet ble redegjort for før kommunalpolitisk behandling, at prosjektgruppens risikovurderinger av prosjektet først og fremst relaterte seg til økonomiske problemstillinger, der en risiko som ble fremmet var at kommunen var for liten til å kunne forsvares økonomisk å drifte et lokalt responscenter. Denne bekymringen relaterte seg trolig også til to konsulentrapporter om responstjenester på bestilling fra Helsedirektoratet, som i stor grad problematiserte små lokale organiseringer av responscenter som lite lønnsomme fra et økonomisk ståsted (PA Consulting Group, 2014, 2016), som var et syn på saken som tilsynelatende hadde materialisert seg som en vedtatt sannhet i de observerte kommunale kretser.

For å forsvare valget om å gå «motstrøms» når det kom til organisering av responstjenester, argumenterte prosjektledelsen i Case-kommune 1 med en økonomisk logikk, der det ble vist til potensielle besparelser ved lokal forankring knyttet en tese om økt silingsgrad og reduksjon i utrykningskrevende oppdrag ved lokal forankring. Videre foreslo prosjektgruppen at andre oppgaver kunne legges til responscenteret ved

perioder med lite alarmaktivitet, samt at andre kommuner kunne inviteres til å koble sine alarmer opp mot responscenteret.

Case-kommune 2 som ikke hadde hatt særlig fokus på implementering av velferdsteknologi fra før hadde naturlig nok ikke store tall og økonomiske besparelser å vise til overfor myndigheter, lokalpolitikere eller befolkningen for øvrig. Det herskende doxaet om saken (tese 2) virket imidlertid å være tilstedeværende også i denne kommunen, der de kommunalt ansatte virket å være i liten tvil om at velferdsteknologi kunne gi besparelser for kommunen. Prosjektledelsen i Case-kommunen 2 posisjonerte seg derimot dit hen at hun ikke hadde tro på at Case-kommune 1 sitt valg om lokal forankring av responstjenester ville svare seg hverken relatert til økonomi eller kvalitet.

Oppsummert kan man argumentere for at et betydelig fokus på økonomiske effekter av velferdsteknologi var til stede på kommunalt plan. Gevinstrealiseringsevalueringer fremstod som en praktisk materialisering av det herskende doxaet om saken, som samtidig fungerte som en legitimeringsstrategi fra myndighetshold, men også for de lokale iverksetterne inn mot kommunale myndigheter. Paradoksalt nok ble det observert å være knyttet mye økonomisk bekymring til velferdsteknologiprojektene, særlig i overgangen til ordinær drift etter prosjektperioden.

6.2.5 Innovativ offentlige anskaffelser som statlig styringsform og kommunenes posisjoneringer herav

I norsk kontekst er det Leverandørutviklingsprogrammet som har tatt rollen som iverksetter av «innovative offentlige anskaffelser» i ulike deler av offentlige tjenestenivå, slik som kommuner og fylkeskommuner, men også statlige organisasjoner og institusjoner. Det er ikke bare på velferdsteknologiområdet metoden er blitt fremmet, men Leverandørutviklingsprogrammet presenterer så mye som 15 «innovative offentlige anskaffelser» på velferdsteknologiområdet på sine nettsider (LUP, 2023a).

Kjernen i denne dels statsbyråkratiske og dels næringslivsinitierte praktikken relaterer seg til et syn om at offentlige organisasjoner og institusjoner anses å ha et behov for innovasjon, hvorpå disse organisasjonene nå blir gitt muligheten til å fremlegges sine behov til næringslivets entreprenører og innovatører med henblikk på å skape «fremtidsrettede løsninger» (LUP, 2021).

Før den innovative anskaffelsesprosessen jeg observerte under feltarbeidet startet opp, hadde de ansatte i hjemmetjenesten i Case-kommune 1 deltatt på en workshop for å få frem tjenestens behov, som deretter skulle videreformidles av prosjektgruppa til leverandørene som «hjemmetjenestens behov». Det hadde også blitt også gjennomført brukerundersøkelser som ble lagt til grunn for å skrive fram noen «bruker-case» som skulle formidles til leverandørene i anbudskonkurransen. Om man som forsker med en kritisk refleksiv optikk skal bryte den overnevnte kommunale selvfremstilling kan to viktige moment trekkes frem. For det første ble tilsynelatende produksjonsfeltets doxa om saken lagt til grunn for både temaene som ble drøftet på workshopen og spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen, dvs. det var ikke spørsmål *om*, men *hvordan/hvilke* typer velferdsteknologi som skulle bli en del av hjemmetjenestens fremtidige organisering. De ansatte i utøvende tjeneste, tjenestemottakerne og deres pårørende hadde i så måte en kun en relativ medvirkningsevne. De eksakte valg av teknologileverandør(er) og organiseringsmodell for den velferdsteknologiske tjenestekjeden ble avgjort av de agerende prosjektmedarbeiderne, som innehadde høyere kapitalvolum både på generelt grunnlag og mer feltspesifikk (teknisk) kulturell kapital. Observasjonsstudiene av utøvende hjemmetjenestearbeid bekreftet denne tesen, der utøvende helsepersonell og tjenestemottakere hadde liten innsikt i detaljene omkring at kommunen nå hadde valgt en ny teknologileverandør og en lokal forankring av responscenter (Case-kommune 1).

Selve grunnpremisset for satsningen på innovative anskaffelser gjenspeilet også en grunnleggende asymmetri i maktbalansen og en utøvelse av symbolsk vold, der offentlig sektor fremstilles som en gammeldags, ineffektiv sektor med en rekke behov

for innovasjon, mens næringslivet er de som kommer med de innovative løsningene. Foruten å vise til potensialet for å innovere offentlige tjenester, brukes økt brukerinvolvering som argument for praktikken, der anskaffelser nå skal bygges på grundigere dialog mellom konsumenter og produsenter. Argumentet er at grundig avklaring av bruker- og tjenestebehov underveis i anskaffelsesprosessen vil kunne gi bestiller et bedre sluttprodukt i form at leverandørene får bedre mulighet til å tilpasse sine produkter til brukerens behov, samt at kommunene blir sikret de nyeste og beste produktene på markedet. Videre tegnes det et bilde av virkeligheten der kommunens tilbakemeldinger om behov kan føre til innovasjon og produktutvikling ved at leverandørene vil tilby kontinuerlig tilpasninger av utstyr og tjenester (LUP, 2021), noe denne studiens empiriske analyser vil vise at langt ifra var tilfellet og i alle fall ikke representerte noen «quick fix».

Det at de ansvarlige myndighetene på velferdsteknologiområdet (Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet og KS) anbefalte innovative anskaffelser (og fremdeles gjør det) kan også relatere seg til at det er ressurskrevende arbeid for kommunene å gjøre anskaffelser. På den annen side kunne det synes som at innovative anskaffelser i størst grad ble fremmet av hensyn til det velferdsteknologiske markedet, ettersom særlig leverandørene kunne gagne av å få tilgang til flere kommuner samtidig i anbudsprosesser:

«En status i markedet viser også at de fleste kommunene i Norge representerer hver for seg små markeder (94 % av norske kommuner har i dag færre enn 500 trygghetsalarmer). Mange små anskaffelser med noe ulike spesifikasjoner gir ikke et godt grunnlag for et bærekraftig leverandørmarked (Direktoratet for e-helse, 2016, s. 1).

Den relativt nyoppståtte sosiale praktikken «innovative offentlig anskaffelser» (etablert i 2010) ble tatt i bruk da denne ph.d.-studiens case-kommuner skulle gå til innkjøp av responstjenester og velferdsteknologiske løsninger i perioden 2015-2017, med en dialogkonferanse med næringslivslivets teknologibedrifter høsten 2015 som startskudd. Som nevnt innledningsvis var det Case-kommune 1 som var initiativtakere til å gjennomføre den innovativ offentlige anskaffelsen, hvorpå de fikk med seg tre

samarbeidende kommuner i regionen på prosessen. Denne case-kommunen fremstod på den måten særlig tro til produksjonsfeltets doxa omkring hva innovative offentlige anskaffelser var godt for, som eksempelvis kom til uttrykk i prosjektlederen Berits posisjoneringer om bakgrunnen for valget om denne type anskaffelsesprosess. Etter Berits syn (tro til myndighetenes forklaringer) var hensikten med innovative anskaffelser å sikre at kommunen fikk *«morgendagens løsninger i stedet for gårsdagens»*, videre ble valget begrunnet med følgende sitat:

«Vi var jo blitt anbefalt fra både Leverandørutviklingsprogrammet og Nasjonalt velferdsteknologprogram om å gå flere kommuner sammen i en sånn innovativ anskaffelse pga. det at du får jo òg større nedslagsfelt og det er større interesse og mer interessant for leverandører, samtidig får du jo òg utviklet et felles grunnlag, for behovet er ikke så ulikt og vi står sterkere og kan komme med innspill» (intervju med prosjektleder Berit i Case-kommune 1, juni 2017).

Det at det var Case-kommune 1 som tok initiativ til å gjøre en innovativ anskaffelse kan i en Bourdieu-optikk ikke anses å være tilfeldig, men snarere vilkårlig og relatert til denne kommunens disposisjoner i form av relativt lang erfaring med velferdsteknologi utover ordinær trygghetsalarm, samt finansielle og faglige ressurser lokalt som i en feltoptikk kan analyseres frem som indikatorer på sosial, kulturell og økonomisk kapital innenfor et felt (jfr. punkt. 6.2.2). Hvordan kommunene posisjonerte seg til produksjonsfeltets doxa mer overordnet, og på et mer konkret og praktisk plan forholdt seg til de overnevnte praksisformene i regi av produksjonsfeltet, kan på lik linje være uttrykk for deres disposisjoner.

Prosjektlederen Elise i Case-kommune 2 stilte seg på sin side noe tvilende til de påståtte gevinstene fra myndighetshold relatert til å gjøre en innovativ anskaffelsesprosess sammen med flere andre kommuner, hvorpå hun snarere relaterte praktikken til en pågående kommunesammenslåingsprosess i Norge:

«Selv om vi gikk sammen om anskaffelsen og det arbeidet der og den felles utlysningen, så endte vi jo opp med tre-fire forskjellige kontrakter, sant...for hver kommune er jo på ulikt ståsted og så synes jeg jo at staten, hvis jeg kan få bruke den fellesbetegnelsen...har altfor stort fokus på dette her med

kommunesammenslåing og kommunesamarbeid» (sitat fra prosjektleder Elise under observasjon på prosjektgruppemøte, juni 2018).

Under feltarbeidet ble storparten av den innovative anskaffelsesprosessen fulgt. Prosessen innebar at mange kommunale ansatte fra både helsefaglig og teknisk (IKT-avd., montører ol.) side, samt forvaltningsmedarbeidere og innkjøpsrådgivere og rådgivere fra ingeniørmiljøet ved den lokale høyskolen måtte samarbeide. Forhandlingene strakk seg over en lang periode med første behovsbeskrivelser og dialog med leverandører på konferansen i november 2015, samt utforming av behov- og kravspesifikasjoner til anbudskonferansen våren 2016. I juni 2016 ble anbudskonkurransen utlyst på Doffin (Den nasjonale kunngjøringsdatabasen for offentlige anskaffelser), der kommunene ved fristen i september hadde fått inn seks anbud.

Feltobservasjonene viser i så måte at den stats- og næringslivsinitierte praktikken «innovative offentlige anskaffelser» var en tidkrevende og kompleks metodikk, ettersom fire kommuner samarbeidet med flere ulike teknologileverandører, der hver kommune hadde egne ønsker og behov som måtte medtenkes og formidles i prosessen. For teknologileverandørene medførte metodikken færre møter med tilgang til flere kunder gjennom prosessen enn en ordinær anskaffelsesprosess ville gitt tilgang til, mens kommunene på sin side hadde mange møter for å samordne deres interne behov i et felles dokument, hvorpå det ble observert på hele 15 møter i en periode på over et år som omhandlet den innovative anskaffelsen. I kommunenes retrospektive selvframstillinger i media, på nettsider og en rapport om prosessen¹⁶⁸ fremstilles den innovative offentlige anskaffelsesprosessen som en suksesshistorie, som på tross av å være mer tid- og ressurskrevende enn først antatt hadde vært en svært lærerik og nyttig prosess, ifølge kommunene.

Den statlige anbefalingen om at flere kommuner burde gå sammen og gjøre innovative offentlige anskaffelser, viste seg på den annen side å komplisere prosessen for de fire

¹⁶⁸ Av konfidensialitetshensyn vil det ikke henvises direkte til medieoppslag, nettsider og spesifikke rapporter.

deltagende kommunene mye, ettersom de på bakgrunn av sine strukturelle mulighetsvilkår og disposisjoner posisjonerte seg helt ulikt omkring sine ønsker og mål til teknologileverandørene. Der Case-kommune 1 ønsket å ta ansvar for store deler av den velferdsteknologiske tjenestekjeden, ønsket Case-kommune 2 en leverandør som kunne ta ansvar for både utstyrets (hardwaren) tekniske funksjon, samt drift og respondering på alarmer som utstyret genererte (teknisk infrastruktur/software + responstjenester). De to andre kommunene ønsket på sin side å satse på direkte respons til smarttelefoner i helsepersonells lommer med backup i en alarmsentral på et lokalt helsehus som var under bygging. Å utforme en behovs- og kravspesifikasjon som både rommet statlige anbefalinger på området, de ulike kommunenes særegne behov og ønsker, samt tekniske krav og spesifikasjoner, skulle vise seg å bli både tidkrevende, personellintensivt, men som nevnt også en prosess som ble posisjonert som lærerik av de samarbeidende kommunene. Det viste seg imidlertid vanskelig å oppfylle produksjonsfeltets visjoner om at samarbeid mellom flere kommuner i anskaffelse av velferdsteknologisk utstyr og tjenester sparte tid og ressurser. Det at Case-kommune 1 hadde et høyt kapitalvolum på området med både samarbeid med en lokal høyskole (symbolsk og kulturell kapital), finansielle muskler og betydelig erfaringskompetanse og teknisk kyndighet (kulturell kapital) på området, var på den annen side noe de samarbeidende kommunene fikk mye nytte av. Under intervju fremkom det at prosjektgruppemedlemmene hadde litt ulikt syn på de samarbeidende kommunenes bidrag til prosessen. Case-kommune 2 hadde på sin side bidratt med en innkjøpsrådgiver og en IKT-ansatt, som begge hadde mye erfaring og kom med nyttige innspill.

I framdriftsplanen til kommunen var målsettingen at utstyret skulle være på plass november 2016, senere justert til januar 2017, deretter september 2017. Opplæring skulle da være gitt og kommunalt responscenter skulle være på plass, men under feltarbeid høsten 2017 var hverken utstyret kommet eller den tekniske infrastrukturen helt på plass. Det var hovedsakelig tekniske utfordringer som førte til forsinkelsene, der den valgte hovedleverandøren som hadde fremstilt seg selv som en

systemintegrator som kunne binde sammen teknisk utstyr fra mange underleverandører og i prinsippet levere alt hva kommunene måtte ønske seg av velferdsteknologisk utstyr – ikke klarte å holde det den hadde lovet i anbudsprosessen.

Prosjektlederen Berit i Case-kommune 1 posisjonerte seg motstridende når det kom til gevinstene av samarbeidsprosessen. På den ene siden uttrykket hun takknemlighet over en lærerik prosess sammen med de andre kommunene, men posisjonerte seg dit hen at avstanden mellom kommunene både i erfaring og fremtidige ønsker på velferdsteknologiområdet trolig hadde vært litt for stor, som derav hadde bidratt til å forsinke prosessen. På den andre siden posisjonerte Berit denne ulikheten som en «vinn-vinn situasjon» som gjorde at hennes egen kommune ikke fikk «tunnelsyn» i sitt ståsted til saken. Prosjektmedarbeider Dagny i Case-kommune 2 opplevde i større grad at samarbeidet bar preg av en likeverdighet og gjensidig nytte på tross av ulikhet når det kom til erfaringer og ønsker for kommunal organisering. Videre uttrykket Dagny takknemlighet over å (via Case-kommune 1) få nyttiggjøre seg av samarbeidet med høyskolens ingeniørmiljø. På den annen side posisjonerte hun seg dit hen at hun selv og de andre prosjektgruppedarbeiderne i Case-kommune 2 hadde hatt en bratt læringskurve, men nå var på nivå med de andre deltagerne i den innovative anskaffelsen, selv om kommunen ikke hadde hatt noe særlig erfaring med velferdsteknologi utover trygghetsalarmen fra før.

Prosjektleder Berit fra Case-kommune 1 og den assisterende prosjektlederen Anna i samme kommune, kunne i likhet med prosjektmedarbeiderne i Case-kommune 2 ikke få rost høyskolens ingeniørers bistand i prosessen nok. Begge posisjonerte seg dit hen at ingeniørene var uvurderlige i prosessen, der de på tross av relativ god intern teknisk kyndighet (mange med videreutdanning og mye erfaring på området) fremdeles hadde utfordringer med å skrive frem de tekniske kravene til leverandørene, i tillegg til at de opplevde det som utfordrende å forstå alle finurligheter og tekniske spesifikasjoner som fremkom i anbudssvarene/tilbudene fra leverandørene. I den sammenheng er det tankevekkende at det på velferdsteknologiområdet i Norge aller helst kreves

prosessveiledning fra en akademisk institusjon for å kunne manøvrere på den velferdsteknologiske markedsplassen, hvorpå man kan tenke seg at kun et privilegert fåtall av norske kommuner har en slik tilgang (kulturell og sosial kapital).

Allerede i den første behovsbeskrivelsen til dialogkonferansen med leverandørene i 2015 viste Case-kommune 1 til sine erfaringer med velferdsteknologiske sensorer utover ordinær trygghetsalarm fra første innovasjonsprosjekt. De kunne videre peke på konkrete bruker- og tjenestebehov som de ønsket at teknologien skulle løse, samt tekniske krav til teknologien relatert til interoperabilitet (utveksling av informasjon med andre systemer i kommunen), om teknologien møtte juridiske krav til informasjonssikkerhet og personvern hensyn, samt myndighetenes krav til bruk av tekniske standarder. I kravspesifikasjonen ble det vist til myndighetenes tekniske standarder i Helsedirektoratets (2014, s. 25) anbefalinger på det velferdsteknologiske området, med bruk av følgende sitat fra dette myndighetsdokumentet:

«For kommunikasjon mellom trygghetspakken og alarmmottaket anbefales at Continua rammeverket følges i størst mulig grad. I praksis vil det si IHE PCD-01 profilen av HL7 v2.6 som overføres over SOAP/http og benytter 11073 nomenclature. For trygghetsalarm dekker ikke 11073 posisjonering og talekanaler og Helsedirektoratet anbefaler derfor at den svenske SCAIP standarden også kan benyttes»

Sitatet gir ingen mening for en utenforstående som står på siden av det norske velferdsteknologiområdet som sosialt rom. Det at Case-kommune 1 brukte dette kompliserte sitatet med den største selvfølgelighet og innsikt viste hvilket nivå av teknisk kyndighet og språkforståelse prosjektgruppedarbeiderne måtte inneha i deres manøvrering på den velferdsteknologiske markedsplassen. På tross av at de hadde god teknisk støtte fra både høyskolen og lokalt teknisk personell, hadde de helsefaglige prosjektmedarbeiderne tilsynelatende også høy grad av teknisk innsikt og forståelse.

Oppsummert viste det seg at den «innovative offentlige anskaffelsesprosessen» som effektiviseringsstrategi, kanskje først og fremst virket effektiviserende og

tidsbesparende for teknologifirmaene, som følge av å samle mange kommuner til felles dialogkonferanse og anbudssprosess. På den annen side krevde prosessen også mye for «rommet av produsenter» i form av lange anbudssvar og mange møter med kommunene i anbudssprosessen. På den måten led både produsenter og konsumenter av den statlige visjonen om innovative offentlige anskaffelser. Den største lidelsen var tilsynelatende knyttet til statens visjoner om smarthuset versjon 2.0, som la opp til mer utstrakt bruk av digitaliserte velferdsteknologiske sensorer («trygghetspakker») i boligen, mens markedet for denne type teknologiske oppsett fremstod som umodent, noe myndighetene til dels har vedgått retrospektivt (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 51).

6.2.6 Oppsummerende drøftelser av case-kommunenes posisjoneringer på det velferdsteknologiske området

«For å innta en posisjon i et felt kreves det at man har inkorporert denne posisjonens disposisjoner, som i sin tur orienterer posisjoneringene som tilhører posisjonen». Dette sitatet utgjør ifølge Callewaert og Petersen (2010, s. 23) kjernen i Bourdieus habitusteori. Som det fremgår av de foregående avsnitts redegjørelser hadde kommunene tenkt som en posisjon i et sosialt rom på bakgrunn av forskjellige disposisjoner, følgelig ulike posisjoneringer til saken. Som gjennomgangen av den innovative anskaffelsesprosessen til nå har vist måtte politiske føringer, anbefalinger og standarder refortolkes og redefineres av byråkratiske agenter på lokalt plan, noe Bourdieu (2000/2005, s. 120-130) understreker at er vanlig praksis. Et annet sentralt poeng hos Bourdieu er at det foreligger et tydelig skille mellom teori og praktikk, der det som er politisk bestemt eller faglig anbefalt, kun er en referanse blant flere når sykepleiere eller andre helseprofesjonelle utfører sine konkrete praktikker (Petersen, 2013, s. 770-771). De aktive agentenes habitus utfyller følgelig «hullene» som statlige føringer etterlater seg, ettersom statlige føringer ikke er i stand til å ta høyde for og redegjøre for hver minste praktiske eventualitet på lokale plan, som dessuten varierer kontekstuellt (Bourdieu, 2000/2005, s. 134). Videre påvirkes både det statlige makthierarkiet og de lokale maktkamper av de agerende i feltets subjektive

disposisjoner (kapital+habitus). Bourdieu (2000/2005, s. 130) argumenterer i så måte for at både statlige og lokale byråkratier fungerer som små sosiale mikrokosmos der det utspiller seg kamper, men der noen på bakgrunn av deres disposisjoner og kapitalvolum har større definisjonsmakt enn andre.

Case-kommune 1 inntok på bakgrunn av sitt samlede kapitalvolum en lederrolle overfor de andre kommunene som deltok i den innovative anskaffelsesprosessen. Foruten kommunale forskjeller relatert til kapitalvolum og struktur, har studien også avdekket en asymmetri i maktbalansen mellom et statlig og næringslivstyrt produksjonsfelt og det lokale planet tenkt som et konsumpsjonsfelt. Med det mener jeg at posisjoner innen det byråkratiske felt og næringslivsinitiativ slik som Leverandørutviklingsprogrammet representerte, hadde stor definisjonsmakt og påvirket hvordan anbudsprosessen ble gjennomført, men også valg av teknologisk utstyr og responstjenester. Selv om det ble fremstilt som at kommunene stod helt fritt til å velge hvordan deres velferdsteknologisatsning skulle se ut, hadde kommunene i realiteten kun en relativ råderett over disse veivalgene. Den innovative anskaffelsesprosessen fremstod også som komplisert å gjennomføre, blant annet som følge av mange samarbeidende kommuner med ulike behov. Denne kompleksiteten var nok medvirkende til at det ble valgt kun én primær teknogileverandør med mange underleverandører, som fremstilte seg som en systemintegrator som kunne binde sammen et konglomerat av teknisk utstyr og programflater. Denne teknogileverandøren fikk følgelig innpass i alle de deltagende kommunene, mens omfanget av teknologisatsningen (antall sensorer osv.) og responstjenesteløsning varierte internt. Utfallet av anbudsprosessen kan også relateres til at ulike kulturer (kapitalstruktur) og ulik grad av definisjonsmakt (kapitalvolum) var tilstedeværende når de helseprofesjonelle iverksetterne og teknologinæringen møttes, hvorpå kommunenes mulighet til å fremme behov og få «skreddersydde» løsninger fremstod som en illusjon.

Foruten forskjeller i de ulike profesjonelles kapitalvolum og struktur, og tilsvarende forskjeller mellom kommunene og maktfeltet, var det også ulike strukturelle mulighetsvilkår på kommunalt nivå relatert til demografi, økonomi og geografi, som også må medtenkes for å forstå forskjellene. For eksempel var Case-kommune 1 en distriktskommune med noe høyere aldersgjennomsnitt, lengre kjøreavstander og lavere befolkningstall, som følgelig satte de i en enda mer presset situasjon enn Case-kommune 2 som på sin side hadde en yngre og større befolkning, samt nærhet til en større by. På den annen side posisjonerte begge kommuner seg som relativt presset økonomisk og personellmessig, men der Case-kommune 1 ut ifra forbruk per innbygger og totalutgifter til helse- og omsorgstjenester kunne synes å prioritere hjemmetjenesteområdet høyere enn Case-kommune 2. Eller det kan, slik gjennomgangen har vist være relatert til en omstrukturering av tjenestene og utbygging av omsorgsbolig-pluss konseptet i kommunen, som kan ha vært en medvirkende årsak til en økning i antall hjemmetjenestebrukere i perioden. Den relativt høye prioriteringen av helse- og omsorgstjenester (dog lavere enn landssnittet) kunne også forklare bakgrunnen for at Case-kommune 1 hadde relativt betydelige økonomiske og personellmessige ressurser tilgjengelig til velferdsteknologiprojektet (jfr. punkt 6.1.1) til sammenligning med Case-kommune 2. Det kunne også tenkes at det store personellmessige forbruket på velferdsteknologiområdet i Case-kommune 1 måtte tas fra noen andre budsjettposter, slik som personell i utøvende tjeneste, noe denne studien derimot ikke har undersøkt empirisk.

At spesielt Case-kommune 2 endret strategi underveis og ble mer engasjert i velferdsteknologi som satsning og styringsform, kan også henge sammen med at kommunene sammenligner seg med både nabokommuner og kommuner i nærregioner, men også på tvers av landet. I organisasjonsteorien drøftes institusjonell sammenligning både med bruk av begrepet «benchmarking» og mimetisk press (jfr. punkt 2.5.7), som blant annet relaterer seg til en økt grad av evaluering av kommunal måloppnåelse fra statlig hold (standarder, normer, føringer ol.) på den ene siden og

press som oppstår som følge av sammenligning kommuner imellom der ingen vil fremstå å ha lavere kvalitet enn sammenlignbare organisasjoner i organisasjonsfeltet.

Både teorien om normsammenligning og mimetisk press fremstår som særlig relevant og gjeldende for velferdsteknologi som politisk satsningsområde, men også sosial praktikk på kommunalt plan, der samtidens teknologioptimisme preger feltet mye (Haukelien, 2020; Tøndel & Seibt, 2019; Tøndel & Søraa, 2021). Det store fokuset og håpet om at velferdsteknologi skal føre til innovasjon i hjemmetjenester kan også forstås som en *teknologisk determinisme*, der teknologi per se anses å være det primære middelet for endring, mens samspillet med mennesket, organisasjonsendringer og andre former for institusjonalisering av teknologien tillegges mindre eller liten vekt (Kleiven, 2017, s. 86-87). Som analysekapittelet til nå har drøftet var det også et stort fokus fra myndighetshold på at kommunene skulle telle og måle både kvalitative og kvantitative gevinster av velferdsteknologi, som både kan tolkes i retning av en nyliberalistisk styringslogikk og en form for legitimeringsstrategi/normendring.

Tvingende press eller isomorfisme handler om enda tydeligere former for styring slik som krav i lover, reguleringer, statlige bestemmer ol., som følgelig gir gjenklang til både de overnevnte empiriske eksempler og avhandlingens første analyse- og drøftingskapittel (kap 5), der det kontinuerlig argumenteres for at staten med dets statsbyråkratier, statlig finansierte organisasjoner og byråkratiske subfelter (eks. KS, Husbanken, Innovasjon Norge, Forskningsrådet mfl.), samt teknologinæringen innehar den symbolske makten og dominansen som kreves for å skape og opprettholde det herskende doxa om saken (eldre og andre hjelpetrengende skal nå ivaretas ved hjelp av teknologi), der mange norske kommuner følgelig har kjent på press og forpliktelse til agere de siste par tiår. Kartlegginger gjort på oppdrag fra myndighetene peker også på en reell økning i satsningen på velferdsteknologi i norske kommuner etter den mer målrettede styringen fra staten ble iverksatt gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram i 2014 (Breivik et al., 2019; Knarvik, Rotvold, Bjørvig & Bakkevold, 2017), der særlig denne studiens andre case-kommune utgjør et eksempel på en «etternøler» som muligens kjente på ulike former for press og raskt fikk stablet

sammen en relativt omfattende velferdsteknologisatsning (i alle fall til sammenligning med deres opprinnelige satsning) på relativt kort tid.

På den annen side viser det seg at det i realiteten fortsatt er store forskjeller omkring omfanget av velferdsteknologisatsningene (eks. i form av antall brukere og antall implementerte teknologiområder) i dagens kommune-Norge (Breivik et al., 2019; Helsedirektoratet et al., 2021), noe case-kommunene i denne studien også er gode eksempler på. Den reelle teknologibruken kan også avvike mye fra andelen installasjoner, noe som har vist seg særlig gjeldende for teknologier som krever brukeraktivering (eks. trygghetsalarm), som i særlig grad har vist seg å være en utfordring blant personer med demens (Puaschitz et al., 2023). Videre har forskning (lenge før den nasjonale satsningen) pekt på både tekniske og organisatoriske barrierer for suksessfull implementering av velferdsteknologi i tjenestene (jfr. punkt 1.3), men dette kunnskapsgrunnlaget har ikke sett ut til å innvirke på hverken staten, næringens eller de kommunale organisasjonenes iver etter å satse på velferdsteknologi. Kanskje relaterer dette seg til det man i nyinstitusjonell teori omtaler som *normativt press/isoformisme*, som handler om forventninger til hva en organisasjon bør ha/gjøre, som særlig påvirkes av profesjonsnormer som spres gjennom faglige nettverk? Det at både organisasjoner og ulike bransjer i økende grad besittes av arbeidstakere med profesjonsutdanning bidrar i den sammenheng til en økt profesjonalisering, men også formlighet i form av at mange med lik bakgrunn utgjør arbeidsfellesskapene. Det som fremmes av normer ved utdanningsinstitusjoner kan videre spres som en udiskutabel sannhet eller en norm på arbeidsplassen og videre (ofte via mediene) på samfunnsplan/til opinionen (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 255).

I denne studien var faglige nettverk i regi produksjonsfeltets iverksettere, særlig i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet og KS), Leverandørutviklingsprogrammet, samt profesjonsrettede utdanningsinstitusjoner, typiske arenaer der et profesjonsfaglig ethos om velferdsteknologi kunne vokse frem og i siste instans spres som et normativt press inn mot egen og andre organisasjoner (særlig kommuner). På samme måte har dette ph.d-prosjektet sin opprinnelse i et

profesjonsfaglig (helse- og ingeniør) miljø som tilsynelatende hadde tatt opp i seg produksjonsfeltets doxa om velferdsteknologi, helseinformatikk, e-helse osv. i sine virksomheter (både innen utdannings- og forskningsmiljøene).

Nøkkelinformantene i denne studien hadde foruten høy grad av feltspesifikk kulturell kapital hadde samtlige en profesjonsfaglig helseutdanning «i bunn». Prosjektgruppemedarbeiderne deltok ofte på velferdsteknologiske arrangementer i både egen og regi av profesjonsfaglige deler av det akademiske felt. Det kan i så måte ikke regnes som tilfeldig, men snarere *vilkårlig* hvem som satt i disse gruppene, der denne høyt profesjonaliserte gruppen i lys av sin homogenitet og konsensus omkring det rådende doxa, trolig også bidro til å skape normativt press om at velferdsteknologi var en tjeneste alle kommuner burde ha som del av tjenestetilbudet, både innad i egen kommune og uttad i rommet av kommuner engasjert på området. Teorien om normativt press og dannelsen av et profesjonsfaglig ethos peker også i retning av Bourdieus teori om staten som dobbelt sosial konstruktør, der det herskende doxaet skapt i produksjonsfeltet sprer seg nedover i makthierarkiene og tas opp av både byråkrater, forskere, profesjonelle og lekfolk i både tankemåter og perspesjonskategorier, som videre materialiseres i føringer, planer, strategier osv. (Bourdieu, 1989-1991/2014, 1997/2002). Bourdieu var kanskje mer opptatt av hvordan makteliten i statsbyråkratiene kunne sies å inneha den symbolske makten som krevdes for å endre doxa. Da ikke nødvendigvis med et bevisst mål om å skape en eksplisitt (uttalt) konsensus om saken, men derimot på et enda dypere, ikke-bevisst plan og i lys av den symbolske makten de besitter. Makteliten evner i så måte å mobilisere på en slik måte at utsagn fra denne gruppen fungerer som fyndord som bidrar til å omforme en beskrivelse av saken til en *norm* om saken, som derav beveger hele feltet fra et deskriptivt til et normativt nivå (Bourdieu, 1989-1991/2014, s. 34).

Som analyse- og drøftingskapittel 5 også har pekt på dreide kampene i det politisk-byråkratiske felt seg lenge om velferdsteknologi i det hele tatt var en forsvarlig praksis og noe det var verdt å satse på, hvorpå doxaet om saken gradvis beveget seg fra *om* til *hvordan*. Velferdsteknologi ble etter historiens mange kamper en norm fra statens side

der spørsmålene nå kretset mer rundt hva man må gjøre for å få til en varig implementering, samt få teknologien til å fungere i helse- og omsorgstjenestene. De empiriske eksemplene i dette andre analysekapittelet har i den sammenheng pekt på hvordan staten gradvis dreide sitt fokus over på praktiske verktøy for å gjennomføre vellykket teknologiimplementering (Samveis, Velferdsteknologiens ABC, gevinstrealiseringsmetodikk og innovativ offentlig anskaffelsesmetodikk), dvs. den andre delen av staten som dobbelt sosial konstruktør. Tiltakene som ble fremstilt som praktiske og «matnyttige» verktøy til kommunenes beste, bidro i all sin enkelhet til å bekrefte og legitimere det herskende doxaet om saken skapt i produksjonsfeltet. Med det mener jeg at ved å fokusere på praktiske problemstillinger og oppskriftsmessige manualer, ble grunnleggende spørsmål om saken (eks. er velferdsteknologi egentlig den beste løsningen på de demografiske utfordringer) skjøvet til side og ikke lenger mulige å stille.

Begrepet organisasjonsfelt viser til at alle organisasjoner hører til i et sosialt rom, eller felt der de både er med på å skape feltet, men også utsettes for press som følge av å være en del av feltet eller det sosiale rommet. I likhet med Bourdieus feltteoretiske perspektiv og teorier om staten og det økonomiske felt (maktfeltet/produksjonsfeltet), ligger det i teorien om organisasjonsfelt også en forståelse av at det i den vestlige verden er noen dominerende institusjoner slik som offentlig forvaltning og private markedskrefter, som lager føringer for organisasjonsfeltet som helhet (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 253). Analysene har imidlertid også vist at det kreves en betydelig oversettelsesevne for å manøvrere i det nasjonale velferdsteknologiområdet som sosialt rom, noe det neste underkapittelet vil forsøke å belyse ytterligere. Prosjektmedarbeidernes kompensatoriske praktikk som bindeledd mellom statlige visjoner og praktiske realiteter kom til uttrykk i form av case-kommunenes og prosjektgruppens kollektive posisjoneringer i både ord og handlinger, noe en utdypende analyse av den lokale anskaffelsesprosessen som uttrykk for et møte mellom produsenter (teknologileverandører) og konsumenter (kommunale iverksettere) fremstår som et relevant eksempel på.

6.3 Den lokale anskaffelsesprosessen: møtet mellom produsenter og konsumenter

Å tenkte med begrepet staten som dobbelt sosial konstruksjon eller konstruktør innebærer en tese om at de valg man tar – det være seg i privat eller profesjonell sammenheng – ikke alene er styrt av rasjonelle kalkuleringer, men snarere av en praktisk sans som er guidet av både en kollektiv og individuell historie. I en Bourdieu-optikk er det først og fremst denne historikken som danner grunnlaget for en habituell orientering og en praktisk sans i møte med feltet man agerer i og det overordnede maktfeltet. Vurderingene og valgene er i så måte snarere situasjonsadekvate, enn rasjonelle (Bourdieu, 2000/2005, s. 8-13). Da de kommunale iverksetterne skulle ta valg omkring både overordnede strategier og organiseringsmodeller, samt mer konkret teknisk utstyr og leverandører, kan man tenke seg at disse valgene både var basert på helse- og omsorgspolitiske styringssignaler, men også de agerende i feltet sin habitus og deres kollektive historie. På den måten skjedde det ikke en mekanisk overføring av anvisninger fra det helse- og omsorgsbyråkratiske felt til hjemmetjenestene, en slik detaljstyring er ikke mulig ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 126). Det er snarere tale om nye kamper som finner sted lengre ned i tjenestehierarkiene, fra nasjonalpolitikken, via byråkatiene, lokalpolitikken og til de de kommunale byråkrater og etatsledere (Bourdieu, 2000/2005, s. 126-141).

Relatert til anskaffelsen krevdes det også (som til nå vist) et tett samarbeid med kommersielle aktører som solgte utstyret og dertilhørende IKT-tjenester, hvorpå det er blitt argumentert for at næringen til dels var med på å skape doxaet om velferdsteknologiens plass i (eldre)omsorgen. På den annen side har det blitt drøftet at også næringen i stor grad måtte forholde seg til statlige føringer og regelverk og derav på et praktisk plan også kunne sies å være del av konsumpsjonsfeltet. Den statlige styringen av markedet dannet i så måte rammene for hva som ble mulig å byde inn på den velferdsteknologiske markedsplassen, der det følgelig vil argumenteres for at teknologileverandørene også led under statens uoppnåelige visjoner om det smarte hus versjon 2.0 og ideen om en teknologistøttet alderdom i eget hjem.

6.3.1 Rommet av konsumenter og deres disposisjoner

På tross av at teknisk side kom med viktige faglige innspill, ble prosjektgruppene ledet og driftet av helsefaglige profesjonelle i begge kommuner. Denne gruppen ansatte hadde det siste ordet og stod som de ansvarlige når kommunenes velferdsteknologiske tjenesteorganisering, valg av responstjenesteløsning, samt valg av teknologileverandør og teknologisk utstyr skulle besluttes og iverksettes. Denne gruppen informanter fikk derav analytisk tittelen «rommet av konsumenter». Begrepet konsumpsjonsfelt impliserer også mer enn det den konkrete anskaffelsesprosessen (kjøp og salg av teknologisk utstyr) omhandlet. Med konsumenter refereres det til at denne gruppen på et symbolsk og ikke-bevisst plan «konsumerte» produksjonsfeltets teser og det overordnede doxa om saken. Med det mener jeg at det var denne gruppen som hadde fått i ansvar å transformere visjoner, anbefalinger, føringer osv. til konkrete tjenesteorganiseringer og praktikker. Hvordan denne fortolkningen og reforhandlingene herav endte opp må i en Bourdieu-optikk også tolkes i lys av de agerendes disposisjoner.

Bakgrunnsopplysninger om de observerte prosjektgruppemedlemmene, samt dedikerte ressurspersonell på velferdsteknologiområdet ble, slik det også fremgår av kapittel 3, innhentet med henblikk på å kunne drøfte de agerendes posisjoneringer i lys av deres disposisjoner og gjøre habituskonstruksjoner. Hensikten var å få frem noen objektive forhold som kunne forklare makt- og dominansforholdene på både iverksetternivået, men også til sammenligning med de agerende i den utøvende helsetjenesten. I de påfølgende avsnitt vil det derav gis en mer utfyllende presentasjon av informantene på iverksetternivået av de to case-kommunene. De utfyllende analysetabellene der kapitalvolum og struktur er blitt beregnet på bakgrunn av de forhåndsdefinerte indikatorer på kapital (jfr. punkt 3.4.1 og 3.4.2) er lagt ved (vedlegg nr. 10 og nr. 11).

Om vi begynner med den kommunen jeg til nå har argumentert for at hadde en dominant posisjon på det norske velferdsteknologiområdet (Case-kommune 1), og denne kommunens prosjektleder *Berit*, kan det argumenteres for at denne informanten

hadde det høyeste totale kapitalvolumet innen samtlige kapitalformer. Berit hadde for eksempel både høyt volum av formell utdanning (bla. videreutdanning i innovasjon, endringsledelse og velferdsteknologi) og mye erfaringskompetanse (realkompetanse) med arbeidserfaring som sykepleier fra både klinisk virksomhet, enhetsledelse og de seneste årene prosjektledelse innen hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi m.m. Videre hadde Berit opparbeidet seg en betydelig kompetanse på velferdsteknologiområdet og var en ettertraktet foredragsholder som var blitt kjent innen dette fagområdets kretser. For eksempel brukte Berit mye tid på å presentere på konferanser og andre faglige fora for velferdsteknologi, og fremstod som å ha en betydelig sosial og kulturell kapital på området, samt *illusio* for saken. Berit oppga for eksempel at hun arbeidet langt ut over den stillingsprosenten som hun ble lønnet for og tok på seg oppdrag om velferdsteknologi, slik som f.eks. foredragsholding og faglige verv på fritiden. Arbeidet med velferdsteknologiprojektet var ifølge Berit mer tidkrevende enn hennes heltidsstilling tilsa, hvorpå hun etter hvert måtte gi fra seg ledelsesstillingen i hjemmetjenesten for å kunne fokusere fullt ut på velferdsteknologiprojektet.

Som prosjektleder hadde Berit bidratt til at kommunen hadde fått innpass i både statlige og internasjonale fora som arbeidet med tematikken, foruten å ha etablert samarbeid med en lokal høyskole om to forskningsprosjekt. Selv om Berit ikke var helt alene om denne suksessen er det rimelig å peke på at hennes betydelige sosiale og kulturelle kapital på velferdsteknologiområdet hadde bidratt til at prosjektet hadde innhentet økonomisk kapital, på bakgrunn av den symbolske kapitalen som krevdes for å generere ulike former for statlig støtte til prosjektet (jfr. punkt 6.1.2). Som privatperson hadde Berit, som både var gift, hadde egen bolig og fritidseiendom og en lederstilling i kommunen, tilsynelatende et relativt høyt økonomisk kapitalvolum. Hun hadde også familie, venner og slekt som indikerte høyt sosialt kapitalvolum. Hun skåret også høyt på det som hadde blitt konstruert frem som indikatorer på feltspesifikk sosial, kulturell og økonomisk kapital (jfr. punkt 3.4.1, tabell nr. 1). Hennes høye feltspesifikke kapitalvolum kom for eksempel til uttrykk i form av samarbeid med politikere og andre

personer med definisjonsmakt i feltet både nasjonalt og lokalt, samarbeid og kjennskap til teknologileverandører og produkter, relevant videreutdanning og kursing innen velferdsteknologi og tildeling av økonomiske midler til prosjektet. Berit vektla ikke i samhandlingen som jeg observerte, det som Bourdieu omtaler som finkultur (f.eks. klassisk musikk, litteratur ol.) som Bourdieu videre argumenterer for at eliten av samfunnet har kjennskap til og interesserer seg for (Bourdieu, 1995, s. 73-89). Berit var i likhet med sine i kollegaer i prosjektgruppen interessert i hus, hjem, hytte (natur og friluftsliv) og familien, men arbeidet mer enn de andre på fritiden (feltspesifikk kulturell og sosial kapital), som kunne sies å genere symbolsk kapital i det aktuelle sosiale rommet. I motsetning å gi uttrykk for kjennskap til opera, klassisk musikk og andre former for høykultur som regnes som viktig i et kulturelt felt (Bourdieu, 1995; Broady, 1998), var høykulturelle referanser og kyndighet tilsynelatende et ikke-eksisterende tema i dette observerte subfeltet eller sosiale mikrokosmoset. Både teknisk og klinisk (medisinsk) kyndighet, et teknisk vokabular med kjennskap til velferdsteknologiske merkevarenavn og selskaper, bruk av fagtekniske begreper slik som «software», «gateway», «hardware», «hub», «konfigurering» osv. fremstod derimot som «gangbar mynt» og en kompetanse som genererte en særlig status og symbolverdi blant prosjektgrupped medlemmene.

Prosjektmedarbeideren *Anna* var den personen som skåret nest høyest på kapitalvolum i Case-kommune 1, som følge av både høyt utdanningsnivå og relevant type utdanning (kulturell kapital) som spesialergoterapeut fra før og nå også med videreutdanning i velferdsteknologi. Før Anna ble med i velferdsteknologisatsningen hadde hun arbeidet med et annet fagområde, samt et utviklingsprosjekt innen hverdagsrehabilitering. Anna hadde de siste par årene steget raskt i gradene og fått mye ansvar i velferdsteknologiprojektet på relativt kort tid, noe som kan vitne om at hun hadde den relevante feltspesifikke (symbolske) kapitalen som trengtes for å innta denne posisjonen. Videreutdannelsen innen velferdsteknologi hadde Anna fått dekket av kommunen, selv om hun selv egentlig hadde sett for seg en videreutdanning innen psykologifaget som var hennes opprinnelige interesse og et område hun hadde mye

arbeidserfaring fra. Det at Anna fikk dekket videreutdanning i velferdsteknologi, men ikke psykologifag kan vitne om den andre delen av staten som dobbelt sosial konstruktør, der hva det gis tildeling til ikke kan regnes som tilfeldig, men snarere preget av strukturene og mulighetsbetingelsene i det sosiale rommet. I det aktuelle tidsrommet var for eksempel velferdsteknologi og eldreomsorg høyere oppe på den helse- og omsorgspolitiske dagsordenen, enn psykososiale behov og kampen mot isolasjon og ensomhet (jfr. kap. 6.2.), som tilsynelatende også hadde materialisert seg i kommunale prioriteringer i deres støtte til videreutdanning.

Anna mente derimot at det var tilfeldig at det var velferdsteknologi og i hovedsak eldre hun hadde endt opp med å arbeide med, men tenker man med Bourdieus feltoptikk er ikke dette utfallet å regne som tilfeldig, men snarere vilkårlig og relatert til både tvingende strukturer nasjonalt og lokalt, samt individets disposisjoner. For eksempel viste det seg at Anna også hadde erfaring fra arbeid innen geriatri under studietiden. At Anna arbeidet med å tilpasse tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi til eldre hjemmeboende var i så måte både i lys av Annes habitus, fagfeltets kollektive historie og hjemmetjenestefeltets historikk snarere en naturlig konsekvens av det Bourdieu (1980/2007, s. 92) ville omtalt som *strukturerende strukturer*.

Anna hadde videre en teknisk språkføring og kyndighet som så ut for å overgå de fleste andre i gruppen. Når både arbeidet relatert anskaffelsen og det øvrige prosjektarbeidet økte i omfang inntok Anna etter hvert rollen som en slags assisterende prosjektleder, og var derav også å regne som relativt høyt plassert i det lokale makthierarkiet i Case-kommune 1. Hun deltok ikke i like mange møter med politikere og administrative ledere i kommunen som Berit, men hadde fått en viktig posisjon i forhandlingene med teknologileverandørene, samt i ledelsen av de øvrige prosjektgruppedlemmenes arbeid med iverksetting av velferdsteknologi som tjeneste, inklusivt lokalt kommunalt responscenter. Hun var i likhet med Berit tro til produksjonsfeltets doxa og hadde en iboende forståelse av at noe måtte gjøres annerledes enn før, men til forskjell fra Berit hadde hun tilsynelatende et noe mer klinisk og brukerrettet fokus med seg i bagasjen,

kanskje som følge av å være ergoterapeut. At de agerende lavere nedover i makthierarkiet hadde en mer brukerrettet og klinisk tilnærming var felles for de øvrige prosjektmedarbeiderne, som alle fremstod som mer praktisk orienterte og derav noe mer fokusert på bruker-, ansatte- og pårørendebehov, samt mindre opptatt av kommunale økonomiske hensyn og reformarbeid.

Anna hadde på den annen side en del kontakter i faglige fora i regi av myndighetshold eller andre deler av produksjonsfeltet slik som academia og interesseorganisasjoner, og hun ble tidvis spurt om å holde innlegg for aktuelle organisasjoner, noe som kan tyde på at hun hadde et visst renommé og kjennskap til det nasjonale velferdsteknologiområdet som sosialt rom (sosial kapital). Anna var imidlertid ikke like involvert og engasjert i de økonomiske aspektene ved prosjektet relatert til å skaffe til veie midler, men fikk for eksempel ansvar for å gjennomføre gevinstkartleggingsprosessen, samt rapportere til forvaltningssjef om antall brukere med teknologi og de ulike prismodellene kommunen hadde på utstyret. Som privatperson skåret hun også relativt høyt på de forhåndsdefinerte indikatorene på sosial, kulturell og økonomisk kapital. Hun bodde i eiet bolig i mer urbane strøk og hennes ektemann hadde høy utdanningsrelatert kulturell kapital, mens Anna selv hadde mastergrad og hadde studert utenlands i tillegg til å ha videreutdanning. I likhet med sine kollegaer oppga hun å interessere seg for friluftsliv, hage, familieliv, men også trening, noe som indikerte middels grad av kulturell kapital tilsvarende middelklassen som sosial gruppe – og ga ikke eksplisitt uttrykk for interesser som tilsvarende hverken det kultureliten eller den økonomiske elite av samfunnet er opptatt av, men der småborgerskapet tidvis forsøker å etterligne og mestre dominante klassers smak og interesser (Bourdieu, 1995, s. 160-213).

Prosjektmedarbeideren *Katrin* hadde arbeidet mange år som sykepleier både i hjemmetjenesten, på sykehus og sykehjem (høyt skår på realkompetanse) og hadde en videreutdanning i geriatri med fokus på helsefremming og forebygging (relevant kulturell kapital med symbolsk verdi i feltet), men hun oppga ikke å ha videreutdanning

i velferdsteknologi slik som sine kollegaer hadde. Katrin hadde gradvis opparbeidet seg en større stillingsprosent innen velferdsteknologi og hadde ansvar for den daglige driften av tjenesten sammen med Anna, men arbeidet noe mer utadrettet mot utøvende tjeneste og tjenestemottakerne. Katrin hadde for eksempel ikke vært like involvert i statlige fora som Anna og Berit, og hun hadde heller ikke vært like ofte med på samarbeidsmøter med den akademiske institusjonen, internasjonale samarbeidsfora eller studieturer til utlandet (besøk av langtkommede land på velferdsteknologiområdet). Selv om Katrin skåret relativt høyt på totalt kapitalvolum var nok hennes rolle og arbeidsoppgaver, samt lave grad av involvering i maktelitens fora vilkårlig, ikke tilfeldig. Katrin skåret for eksempel noe lavere på både de generelle og feltspesifikke indikatorene på kapital, og som privatperson var hun mer orientert mot hus og hjem, familie og fritid, til sammenligning med Anna og Berit som også gjorde velferdsteknologirelatert arbeid på fritiden og tilsynelatende hadde en større *illusio* og kapasitet for spillet.

Både Katrin, Emma og Lisa skåret noe lavere på mer generelle indikator på sosial, økonomisk og kulturell kapital som var nærmere knyttet opp mot deres posisjon (stilling), private forhold (sosio-økonomiske parameter) og fritidsinteresser (kulturell kapital). Emma og Lisa var begge ressursnyttende i prosjektet som hadde relevant utdanning og derav skåret relativt høyt på feltspesifikk kulturell kapital. Begge hadde lang arbeidserfaring i feltet, men til sammenligning med de øvrige prosjektgruppedarbeiderne skåret de likevel noe lavere på totalt kapitalvolum. Emma og Lisa fremstod også som mindre involvert i «styr og stell» høyere oppe i makthierarkiet innen både statlige fora og på lokalpolitisk nivå. Videre var de mindre involvert i de økonomiske aspektene i prosjektet (skaffe til veie økonomisk kapital og rapportere på pengebruk osv.). På fritiden var de i likhet med gruppen som helhet orientert mot det man kan omtale som en middelklasse «husmor/omsorgshabitus», der hagearbeid, dyrehold, ungestell, vedlikehold av hus og hytte, turer i skog og mark osv. var de rådende interessene – tilsvarende Bourdieus (1995, s. 175) analyser av småborgerskapets kvinner som var opptatt av og predisponert for å reprodusere

familiens verdier, på tross av ambisjoner om likestilling og sosial mobilitet. Denne kollektive habituelle orienteringen gir også gjenklang til historiens analyser av hvem som til enhver tid har tatt på seg omsorgsoppgaver i både privat og offentlig regi (jfr. punkt 4.1), samt andre praxeologiske studiers konstruksjoner av individuelle og kollektive habituser blant ansatte i hjemmetjenesten og tilsvarende subfelt av det medisinske felt (se f.eks. Engström, 2012; Horne, 2016; Pawlica, 2018).

Engström (2012, s. 141-143) fant for eksempel i sin studie av palliative hjemmesykepleiere i svensk kontekst, at mange av utvalgets sykepleiere kom fra middel- eller arbeiderklasse (småborgerskapet), der far ofte hadde arbeidet nær naturen eller med mennesker, mens deres mødre ofte var hjemmeværende husmødre eller arbeidet med omsorgsarbeid utenfor hjemmet. Selv om mor og fars utdanningsbakgrunn ikke ble kartlagt i *min* ph.d.-studie om velferdsteknologi som sosial praksis i hjemmetjenestefeltet, fremgikk det under mer uformelle samtaler at flere av særlig sykepleierne hadde familiemedlemmer eller ektefeller som arbeidet innen helse- og omsorgssektoren eller andre deler av det reproduktive felt (inkludert forskeren selv). For eksempel viste Katrin til at ektemannen arbeidet som helseprofesjonell og at det var fint for henne å nå arbeide på dagtid for å få «kabal» på hjemmebane til å gå opp (intervju med Katrin, juli 2017).

Engströms (2012) utvalg var i likhet med denne studiens prosjektgruppe en gruppe spesialiserte sykepleiere med høy grad av både formal- og realkompetanse, der mange var relativt høyt utdannede med lang arbeidserfaring og flere hadde vokst opp på landet. Selv om deler av *min* studies prosjektgruppe arbeidet relativt langt fra pasientenes kropp (pasientnært pleie- og omsorgsarbeid), posisjonerte flere av dem pasientnært/klinisk arbeid som det viktigste, i likhet med Engströms utvalg. Som tidligere argumentert for kan disse posisjoneringene også tolkes i lys av det flere praxeologiske forskere har pekt på som uttrykk for det medisinske felts doxa, som handler om en forståelse av at alt man gjør gjøres for å forebygge eller kurere sykdom til pasientens beste (Larsen, 2009, s. 43), der syke og friske kropp måles opp mot

«normale» friske kropp og der en diagnoseorientert logikk er rådende (Horne, 2016). Det biomedisinske doxaet er nok særlig gjeldende for den (i denne sammenheng) dominante spesialisthelsetjenesten, som i lys av sin dominans trolig får ringvirkninger nedover i tjenestehierarkiene, til for eksempel hjemmetjenesten som del av primærhelsetjenesten. Det medisinske felts doxa kan følgelig ha relevans for å forklare hvorfor mange av sykepleierne trakk fram kliniske og brukernære problemstillinger som «det sentrale», på tross av at de for det meste arbeidet organisatorisk- og administrativt på et kontor, med møtevirksomhet eller med tekniske problemstillinger på et respsnsenter. Som følge av å ha arbeidet mange år i feltet er det rimelig å anta at de ansattes habitus også var formet av det medisinske felts logikker, der både kliniske problemstillinger, men også en omsorgsideologi har dominans (Petersen, 1995b, 2013). Videre posisjonerte sykepleierne i Engströms (2012) studie sykepleie- og omsorgsarbeid som et *naturlig* yrkesvalg, mens der valget om å arbeide med palliasjon derimot i deres selvforståelse ble fremstilt som en tilfeldighet. Dette var også gjennomgående for mange av min ph.d.-studies informanter sin selvforståelse, som kom til uttrykk gjennom utsagn som «*det var tilfeldig at det ble videreutdanning i velferdsteknologi*», eller «*jeg ble spurt om jeg ville engasjere meg*».

Halskov (2013) argumenterer på sin side for at de «selvfølgelig tilpassede» sykepleierne som opplevde sykepleieutdanning som et «naturlig» og riktig valg, kom fra middelklassen der moren i familien ofte kom fra mellomlagets omsorgsprofesjoner (sykepleie, lærer ol.), mens fedrene ofte hadde noe høyere kulturell kapital (høyere funksjonær, akademiker ol.). At det er forskjell mellom Engström (2012) og Halskovs (2013) funn når det kommer til familiær utdanningsbakgrunn kan nok være relatert til et generasjonsskille der utdanningsnivået gjennom historien har økt (Slagstad, 2014, s. 25-27). Det kan også være forskjell i kulturell kapital mellom hele populasjonen på sykepleiestudiet og de som hadde habituelle orienteringer som guidet dem i retning av å jobbe i hjemmesykepleien.

I denne studiens andre case-kommune var det prosjektleder *Elise* og prosjektmedarbeider *Dagny* som skåret høyest på kapitalvolum. Videre var det disse to informantene som kunne sies å være en del av de kretser som hadde definisjonsmakt i kommunen på velferdsteknologiområdet. De øvrige ressurspersonene (stasjonert i hjemmetjenesteavdelingen), slik som denne case-kommunens tredje nøkkelinformant *Louise*, var for eksempel sjeldent eller aldri representert på de observerte prosjektgruppemøtene der beslutninger ble tatt. Dagny og Elise som tilhørte «ledelses- og iverksettelsesnivået» i kommunen hadde derimot et kapitalvolum på nivå med ressursnykepleierne i Case-kommune 1, riktignok ikke helt på linje med *ledelsen* i Case-kommune 1, som hadde enda høyere kapitalvolum og bredere kapitalstruktur (høyt skår på enda flere områder). At det var en viss distinksjon i kapitalvolum mellom de kommunale prosjektgruppene gir mening i lys av at Case-kommune 1 hadde lengre fartstid på det nasjonale velferdsteknologiområdet som sosialt rom og et høyere kollektivt kapitalvolum (jfr. punkt 6.1.1 og 6.2.2).

Om vi retter fokuset til prosjektlederen Elise hadde denne informanten en lang og relativ bred arbeidserfaring. Hun var opprinnelig utdannet vernepleier og hadde arbeidserfaring fra ulike deler av kommunehelsetjenesten, men hadde i likhet med Berit i Case-kommune 1 hatt lederposisjoner siden 1990-tallet i tillegg til å ha en videreutdanning i ledelse (høy skår på både formal og realkompetanse). Elise hadde derimot ikke en videreutdanning som rettet seg spesifikt inn mot tekniske tematikker (feltspesifikk kulturell kapital). Videre hadde hun tilsynelatende mindre feltspesifikk kulturell kapital innen teknisk språkføring, kjennskap til teknologisk utstyr og leverandører, samt manglende innpass i statlige fora på området, men den feltspesifikke kulturelle kapitalen virket å være stigende hos både Elise og Dagny. De fikk etter hvert som prosjektet skred frem bedre kjennskap til grunnleggende tekniske termer og teknologileverandører. Videre hadde samarbeidet med de ansatte i Case-kommune 1, samt agerende fra andre fagområder i kommunene (IKT, forvaltning, innkjøp ol.) under den innovative anskaffelsen bidratt til å øke den feltspesifikke sosiale og kulturelle kapitalen.

Elise hadde imidlertid ledet flere søknader om eksterne finansieringsmidler til velferdsteknologiprojektet uten å få tilslag, som i en feltoptikk også kan relateres til kapitalvolum og struktur på både individ- og gruppenivå, heller enn tilfeldigheter. Privat og under mer generelle indikator på kapital skåret Elise middels på sosial, økonomisk og kulturell kapital, og befant seg godt tilpasset som vernepleier av bakgrunn blant de øvrige prosjektgruppedlemmenes omsorgs- og brukerorienterte, velferdsprofesjonelle middelklasseposisjon. Dagny skåret på sin side noe lavere på kulturell kapital ettersom hun ennå ikke hadde fullført videreutdanning eller mastergrad, men var under slik utdanning og dermed på en stigende kurve hva gjaldt utdanning (en indikator på kulturell kapital), mens hun sosioøkonomisk plasserte seg på linje med Elise eller noe lavere som følge av lavere lønnsansiennitet.

Louise som var i slutten av tyveårene hadde til sammenligning med Dagny og Elise et lavere totalt kapitalvolum. Den feltspesifikke kapitalen som dannet grunnlaget for analysetabellen¹⁶⁹ der kapitalvolum ble beregnet var imidlertid basert på hva som kunne sies å generere symbolsk kapital på det kommunale iverksetternivået og innad i prosjektgruppene. I den sammenheng kan man tenke seg at det innen utøvende hjemmetjeneste kan være andre kapitalformer som genererer symbolsk kapital, slik som praktiske ferdigheter og klinisk relevant kunnskap i tråd med det medisinske felts dominante logikker. På iverksettelsesnivået kan det derimot argumenteres for at et teknisk-økonomisk rasjonale var rådende, der fokus på innovasjon, endringsledelse, effektivisering, men også teknisk innsikt og kyndighet hadde status (jfr. punkt 3.4.1). Louise som hadde fått ansvaret for å være en pådriver for «utrulling» av velferdsteknologi i sin avdeling skåret lavt på de fleste kapitalformer unntatt kulturell kapital i det utviklete habitusskjemaet, ettersom dette skjemaet som nevnt la den feltspesifikke kapitalen (det som genererte symbolsk kapital) på ledelses- og iverksettelsesnivået i kommunen til grunn.

¹⁶⁹ Tabell nr. 1

Det kan imidlertid være slik at Louise i det sosiale rommet hun til daglig agerte (lokal hjemmetjenesteavdeling) hadde en høyere sosial posisjon i relasjon til sine sammenlignbare kollegaer. For eksempel fortalte hun at hun var blitt «headhuntet» til å ta ansvar for velferdsteknologi i avdelingen, noe hun relaterte både til en personlig interesse for at «*folk har best mulig hjelpemidler*», men også til at mange av hennes kollegaer var nærmere pensjonsalder og «*kanskje ikke hadde den samme interessen for teknologi*», der det etter Louises syn var bra at en yngre ansatt som skulle være lengre i avdelingen tok dette ansvaret. Louise hadde på tross av sin relativt unge alder arbeidet ti år i avdelingen, der hun de fem siste hadde økt sitt kulturelle kapitalvolum gjennom utdannelse fra assistent, til helsefagarbeider og til å nå ha inntatt en posisjon som sykepleier. Hun holdt for tiden på med en videreutdanning innen palliasjon og hun hadde tatt et kurs om velferdsteknologi utarbeidet av myndighetene (i regi av kommunens prosjektgruppe), noe som kan peke i retning av et relativt høyt kulturelt kapitalvolum og en økning i økonomisk kapital i vente. På den annen side var Louise enslig og bodde i en leiet bolig, noe som trakk ned på totalvolumet av både sosial og økonomisk kapital. Det som i hovedsak gjorde at hun skåret lavt på det utviklede habitusskjemaet var imidlertid relatert til at Louise var lite involvert på et beslutningsnivå i kommunen i form av å delta på nasjonale eller lokale fagfora eller møtevirksomhet, delta i dialogen med teknologileverandører eller ha noen innflytelse på økonomiske, tekniske eller organisatoriske forhold i prosjektet. Louise kunne ta direkte kontakt med prosjektgruppen om hun hadde funnet noen kandidater for ulike former for teknologisk utstyr, eller om hun hadde noen spørsmål eller tilbakemeldinger, men påvirkningskraften inn mot organiseringsmodeller, valg av teknologileverandør eller teknologiske satsningsområder når det gjaldt utstyrstyper fremstod derimot som liten.

De ulike agentenes posisjon og disposisjoner virket tilsynelatende også inn på hvordan de posisjonerte seg mer generelt til velferdsteknologi som politisk satsningsområde, og mer spesifikt til organiseringsmodell og valg av teknologileverandør (for de som hadde denne definisjonsmakten), noe det påfølgende underkapitlet vil drøfte.

6.3.2 Prosjektgruppedarbeiderne i Case-kommune 1 sine posisjoner til velferdsteknologi som politisk satsningsområde

Majoriteten av de ansatte i prosjektgruppene i begge case-kommuner fremstod offisielt sett tro til doxaet i produksjonsfeltet og den dominante tesen om velferdsteknologi som et trygghetsskapende element som muliggjør at eldre og andre syke og svekkede tjenestemottakere kan bli boende så lenge som mulig i eget hjem. Det var også tilsynelatende bred enighet blant prosjektgruppens iverksettere omkring den andre sentrale tesen i produksjonsfeltet om at teknologi sparer hjemmetjenestene for unødige og kostnadskrevenende tilsyn, riktignok noe refortolket i retning av at ressursene ikke skulle forminskes, men snarere prioriteres på en slik måte at de ble brukt der de trengtes mest, og nærmest de brukerne som trengte mye oppfølging. Det var imidlertid noen distinksjoner i posisjoningene også innad i prosjektgruppene som sosialt rom, der agentene som var høyere oppe i makthierarkiet kommunalt – og som i mange tilfeller hadde mer kontakt med produksjonsfeltet (maktposisjoner innen teknologinæringen og statsbyråkratiet) – fremstod som enda mer *teknologioptimistiske* til sammenligning med prosjektgruppens øvrige medlemmer som hadde i oppgave å iverksette de politiske visjonene til konkrete praktikker og tjenesteorganiseringer.

Berit (prosjektlederen i Case-kommune 1) var et eksempel på en agent som var svært aktiv i statlig initierte for om velferdsteknologi og samarbeidet tett med næringen i prosjektarbeidet. Det fremstod som at Berit hadde inkorporert en særlig teknologioptimistisk posisjon, som kom til uttrykk i følgende posisjoning:

«Teknologi er sektorovergripende og virker jo ikke bare i forhold til eldre, men innenfor alle brukergrupper. Vi ser det i forhold til nyfødte som blir født altfor tidlig, nå overlever tidligere som følge av teknologi, vi ser at andre involvert i bilulykker overlever ved hjelp av teknologi. Kronikere kan benytte seg av avstandsoppfølging(...)På en konferanse jeg nettopp deltok på sa de at det som skjer de neste 5-10 årene er mer enn det som har skjedd de siste 30 årene innen teknologi, dette nå med kunstig intelligens og tale, det ligger så masse der som er i utvikling(...)kommunene må henge med på utviklingen og være en part i

forskning, for vi skal jo faktisk gi tjenester til brukere og vi er en stor sektor»
(Intervju med prosjektleder Berit, juni 2017).

Prosjektgruppens inkorporering av produksjonsfeltets teser og doxa kom videre til uttrykk ved at eksempelvis en rekke ord og setninger – og til og med lengre sitat fra sentrale politiske føringer – ble observert reproduisert og uttalt blant de kommunale iverksetterne. For eksempel var begrepet «*fremtidens/morgendagens omsorgsutfordringer*» tilsynelatende blitt en integrert del av språket som alle visste hva dreide seg om. Den ordrette reproduksjonen av statlig fyndord og sitater, men også en lydighet i forhold til å følge statlige føringer fremstod som særlig uttalt blant de agerende høyt oppe i det lokale makthierarkiet. Bourdieu (2000/2005, s. 136) argumenterer for at både disposisjonene og posisjonen i feltet (lokalt og i relasjon til maktfeltet) avgjør i hvilken grad agentene fremstår som «regelryttere» eller kapable til å ilegge føringene en visst tolkningsrom. Både det å fremstå som fleksibel (karismatisk) eller motsatt en mer rigid byråkrat som arbeider for å iverksette statlige reguleringer «etter boka», kan ifølge Bourdieu (2000/2005, s. 132-133) generere symbolsk kapital, personlig makt og få personen til å fremstå som «den myndige». En byråkrat kan også opparbeide seg sosial kapital i form av å gjøre tjenester og få tjenester, der kjennskap til mektige personer og en anseelse som en velvillig og fleksibel karakter også kan generere kapital i møte med maktens kretser (Bourdieu, 2000/2005, s. 132-133).

Berit fremstod som et godt eksempel på en kommunal prosjektleder og iverksetter av statlige føringer som var veldig tro til produksjonsfeltets doxa, samtidig som hun var veldig karismatisk og hadde opparbeidet seg et kapitalvolum på området som gjorde henne kapabel til å tenke nytt (heterodox) og tenke utradisjonelt vedrørende noen av de statlige føringene. På den annen side var hun en aktiv (videre)formidler av både statens og næringens fremstillinger av velferdsteknologiens siktemål. Hun var som nevnt blitt en ettertraktet foredragsholder som tok på seg mange oppdrag på ulike arrangementer om velferdsteknologi. I likhet med produksjonsfeltets doxa fremstilte prosjektleder Berit omstilling som en premiss for velferdsstatens overlevelse, der

teknologi er et sentralt virkemiddel for at eldre og andre hjelpetrequende kan bli boende lengre hjemme:

«Vi står ovenfor et paradigmeskifte der vi er nødt til å ta inn over oss at fremtiden endrer seg (...) og folk lever jo lenger og vi vet jo det at til høyere alder til flere sykdommer og funksjonstap kan en få som gjør at en får hjelpebehov. Det som da blir utfordringen som er påpekt fra nasjonalt [myndighets] hold er jo det at vi må prioritere annerledes og vi må tenke nytt hvis vi skal klare å opprettholde en velferdsstat og det tjenestebehovet brukerne har behov for (...) vi kan ikke bygge oss ut av dette her inn i fremtiden, vi må lage alternative løsninger slik som teknologi og finne nye måter for at folk kan bo lengst mulig hjemme» (Intervju med prosjektleder Berit, juni 2017).

Prosjektmedarbeideren Anna hadde tilsynelatende en mer pragmatisk innstilling til teknologiens potensiale hvorpå hun posisjonerte velferdsteknologi som et hjelpemiddel på lik linje med andre tiltak for hjemlig aldring, noe hun uttrykket på følgende måte:

«Både hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og hjelpemidler er tilpasning av miljøet rundt for å kunne mestre og kunne være trygg og tørre å gjøre aktiviteter (Intervju med prosjektmedarbeider Anna, juni 2017).

Anna inntok i så måte og i likhet med majoriteten av de øvrige prosjektgruppedeltakerne en mer *teknologipragmatisk* posisjon, der teknologi ble ansett å være et av flere verktøy og virkemidler i tjenestene, men ikke løsningen alene. For å være en del av prosjektgruppene lå det imidlertid som en implisitt forutsetning at man hadde en eller annen form for engasjement for saken – det man i en feltoptikk kan kalle en *illusio* for spillet – som i dette caset handlet om å definere *hvordan* velferdsteknologi skulle anvendes som del av hjemmetjenesten ordinære tjenestetilbud. Videre posisjonerte Anna kartlegging av brukere og tilpasning av utstyr, som noe som var kjent for henne og en relativt lite utfordrende del av ergoterapeutisk arbeid. Det Anna beskrev som en mer utfordrende del av jobben var relatert til det administrative, det å arbeide med anskaffelser, utarbeidelse av kontrakter og forhandlinger med næringslivet og andre teknisk kyndig personell. Anna posisjonerte seg selv og stillingen hun nå hadde som *«å være en mellommann mellom to aktører med tekniske*

oppgaver» (intervju med Anna, juni 2017). De to aktørene hun her refererte til var lokal IKT-avdeling og teknologileverandørene som leverte utstyr og tjenester til kommunen.

Sykepleieren og prosjektgruppedarbeideren Katrin hadde også en relativt høy posisjon i prosjektgruppen ettersom hun hadde lang erfaring fra hjemmetjenesten og arbeidet med velferdsteknologiprojektet på heltid, og følgelig var mye med på møter med prosjektledelsen. Hun inntok på lik linje med Anna en mer klinisk og brukerrettet innstilling til velferdsteknologi, der hovedmålet var selvstendighet og mestring, og der teknologien kun ble fremstilt som et middel på vei til dette målet. Katrin posisjonerte seg dit hen at hun brant for å legge til rette for at bruker og familien skulle kunne være mest mulig uavhengig av hjelp fra andre bl.a. ved hjelp av velferdsteknologi. Helsefremming og forebygging var det som lå hennes hjerte nærmest.

Katrin fremstod på den måten som veldig tro til produksjonsfeltets doxa, men uten at hun i særlig stor grad henviste direkte til politiske føringer for å underbygge sitt ståsted. Hun begrunnet derimot sine posisjoneringer med argumenter forankret i det medisinske felts doxa, som det i punkt 4.1.2 argumenteres for at gradvis har dreiet mot at helsefremming, forebygging, selvstendighet og mestring er målet, der teknologi følgelig er veien mot målet, eller det som skal kunne gjøre målene som «empowerment-bevegelsen» predikerer, trygt. Katrin viste for eksempel til at både tjenestemottakerne, pårørende og de ansatte hadde vært noe skeptiske og bekymret for teknologiens potensielt overvåkende sider i starten, mens de nå kjente på tryggheten utstyret kan gi i. For eksempel relatert til at brukerne nå ikke lenger ble liggende på gulvet, ettersom det går en alarm om noe unormalt skjer. Katrin trakk i den sammenheng frem begrepet «våke over», fremfor å overvåke, som det i kapittel 1 og 5 har blitt påpekt at oppstod i forskningslitteraturen, særlig fra forskere med ergoterapeutisk profesjonsbakgrunn (se f.eks. Laberg, 2011; Thygesen, 2011), som et motargument mot de pågående personvernsdiskusjonene (kamp i feltet). Katrin viste videre til den friheten til og med digital videoovervåking kunne gi brukere med demens i form av muligheten til å bli boende hjemme i stedet for institusjon. Institusjonsomsorg ble på sin side devaluert

som en pasifiserende boform, der brukerne etter kort tid tapte mye av sitt opprinnelige funksjonsnivå (intervju med Katrin, juli 2017).

Som det har blitt argumentert for i innledningsvis i avhandlingen medfører det medisinske felts tette bånd til staten at det kan være vanskelig å skille hvilke posisjoneringer som har sitt opphav i en medisinsk logikk og hva som har sitt opphav i statsbyråkratiene. De helse- og omsorgsfaglige departementer og direktorater bygger på sin side også på uttalelser fra spesialister og interne fagfolk som ofte kan være innvidd i det medisinske felts logikk. Videre har studien vist at ledere i det medisinske felt og subfelter – slik som Berit er et eksempel på – henviser mye til de helse- og omsorgsfaglige statsbyråkratiers posisjoneringer. Uavhengig av hvilket felt posisjoneringene og doxaet om saken har sitt opphav fra, er det tilsynelatende noen fellestrekk i meningsinnholdet. Likhetstrekkene kan være relatert til at en neoliberal styringslogikk har vært dominant i flere felter av samfunnet, der effektivisering av offentlige tjenester lenge har vært en prioritet fra statens side (jfr. punkt 2.5.4).

De øvrige observerte prosjektgrupped medlemmene i Case-kommune 1 som kun arbeidet 20 % med velferdsteknologiprojektet, og i størst grad var iverksettere i lokale hjemmetjenesteavdelinger (Lisa og Emma), fremmet også statlige visjoner tilslørt av fokuset på brukernes ve og vel, men hadde kanskje i noe større grad enn Anna og Katrin fokus på konsekvenser av velferdsteknologi for de utøvende ansatte. Spesialsykepleieren Lisa, som hadde flere videreutdanninger, deriblant innen velferdsteknologi, fremstod som svært engasjert i det kommunale velferdsteknologiprojektet. Hun posisjonerte seg dit hen at hun på et tidspunkt hadde innsett at velferdsteknologi kom til å bli en del av hjemmetjenesten i fremtiden – hvorpå hun i samme åndedrag refererte til at dette målet dessuten var et krav fra myndighetshold innen 2020. Lisa posisjonerte seg dit hen at ingeniørene ikke måtte få definisjonsmakten alene i utformingen av velferdsteknologi som tjeneste. Lisa var av en klar oppfatning om at helsepersonell burde engasjere seg for å få være med å påvirke, noe hun begrunnet som årsaken til at hun meldte seg på videreutdanning i

velferdsteknologi og sa seg villig til å være en ressursperson på dette området (intervju med spesialsykepleier Lisa, november 2018).

I en feltoptikk kan disse overnevnte posisjoneringene i både ord og handling også tolkes i retning av at Lisa på bakgrunn av sin habitus hadde det Bourdieu & Wacquant (1996, s. 101) omtaler som en *illusio* for spillet eller kampen. Lisa hadde på et ikke-bevisst plan en formening, eller det man på folkemunne kaller «en magefølelse» om at det med den statlige velferdsteknologisatsningen var noe på spill for henne som sykepleier, for brukerne og for hjemmetjenesten som felt, som følgelig også kan forklare hvorfor hun engasjerte seg. Lisa posisjonerte seg videre som «*positivt avventende*», en innstilling hun etter hennes syn delte med mange av sine helsefaglige kollegaer under kommunens første velferdsteknologiprojekt (2012-2016). I løpet av årenes løp hadde det ifølge Lisa vært mye prøving og feiling, tekniske utfordringer og det Lisa omtalte som «*barnesykdommer*», som gjorde at de ansatte tidvis hadde vært svært frustrerte og lei av utilsiktede alarmer ol., men at både de ansatte og pårørende nå hadde fått det teknologiske mer «inn under huden» og eksempelvis kom med forslag til sensorer og løsninger for brukerne.

En av de andre ressurspsykepleierne, Emma bekreftet Lisas ståsted til saken. Emma hadde på sin side blitt spurt av prosjektlederen Berit om hun kunne tenke seg å ta ansvar for velferdsteknologi i sin avdeling, allerede tilbake til planleggingsfasen av det første prosjektet i 2011. Etter en stund ble det videreutdanning i velferdsteknologi også for Emmas vedkommende. I den første prosjektperioden var det store målsettinger fra den samarbeidende høyskolens side om at det *måtte* være over 250 brukere av velferdsteknologi for at det skulle gå an å forske på pilot-prosjektet, ifølge Emma. I denne perioden følte ressurspsykepleierne at de nærmest tvang teknologi på folk, noe sitatet under belyser:

«Noen var positive, andre var ikke positive og hos de ansatte var det jo en del som var veldig negative lenge, men kommunen har vært flinke til å dra de med på kurs og vi [ressurspsykepleierne] har snakket om teknologien i avdelingene og etter hvert som vi tok teknologien i bruk, så de [ansatte] at det fungerte og

så har flere av de ansatte i avdelingene kommet på banen og bare 'den trenger kanskje en fallsensor og den trenger sengesensor og(...)'. Det har en sett hos brukere og pårørende at de har blitt mer og mer positive etter hvert som tiden gikk. Og vi har jo hatt ganske mye fortvilelse blant ressursykepleierne, herlighet vi kan ikke gå og tvinge på de denne teknologien(...). Lisa sa på et tidspunkt at: 'jeg føler meg som en støvsugerselger med denne trillekofferten full i teknologi jeg skal prøve å selge'» (intervju med spesialsykepleier Emma, juli 2018).

Lisa og Emmas beskrivelser av motstanden mot velferdsteknologi som hadde vært til stede blant helsepersonell i utøvende hjemmetjeneste, samt tjenestemottakerne i starten av velferdsteknologisatsningen i Case-kommune 1, og som senere hadde snudd til at majoriteten av de ansatte nå stilte seg positive til saken, kan vitne om at prosjektgruppen har hatt den symbolske makten og myndigheten som har trengtes for å forankre et felles doxa (tilsvarende doxaet i produksjonsfeltet), gradvis over tid. «*Symbolsk makt er makt til å konstituere det gitte gjennom utsagn om det*» sier Bourdieu (1996, s. 45). Som både Lisa og Emma trekker frem hadde det vært en radikal holdningsendring blant de ansatte, tjenestemottakerne og pårørende, fra stor skepsis og motvilje til at sluttbrukerne nå selv tok initiativ til å ta i bruk velferdsteknologi. Den symbolske makten prosjektgruppemedlemmene besatt som følge av sitt relativt høye kapitalvolum var trolig utslagsgivende for at deres kollegaer begynte å tro på prosjektgruppens «verdensoppfatning», som derav også forandret deres egen. Ved å forandre verdensoppfatningen forandres også hva som blir mulig av handling i verden, og dermed verden selv, sier Bourdieu (1996, s. 45).

Et sitat fra Katrin viser hvordan det de prosjektgruppeansatte omtalte som «forankring» av velferdsteknologisatsningen i tjenestene, også kan tolkes som denne overnevnte formen for symbolsk makt i aksjon ved at et felles doxa om saken ble fremmet som sentralt for velferdsteknologitjenestens suksess:

«De som møter brukerne er de som må kunne dette og være trygge på det [velferdsteknologi]. For hvis en hjemmehjelp som er hos en bruker en time, eller halvannen sier at 'nei dette [velferdsteknologi] vil ikke jeg ha noe med' eller 'dette der er så forferdelig, vanskelig og umulig så jeg vil ikke', så har du på en

måte laget en utrygghet hos bruker» (intervju med spesialsykepleier Katrin, juli 2017).

Videre forklarte Katrin at når det ble ansatt nye personer i hjemmetjenesten, så var en viktig rolle for prosjektmedarbeiderne å lære de opp fort, hvorpå de fleste etter hennes erfaring «*aksepterer en del ting*». Videre viste Katrin til at prosjektgruppen til enhver tid er avhengig av støtte fra toppledelsen i kommunen. Får man en kommunalsjef som ikke ser nytten, så skal du være god på argumentasjonen for å få snudd vedkommende, ifølge Katrin. Katrin posisjonerte seg følgelig dit hen at prosjektet var avhengig av å ha med både toppledelsen og «*bunnen*» med for å få det til. Hvem Katrin eksplisitt henviste til med begrepet «*bunnen*» fremkom ikke, men på bakgrunn av de forgående uttalelsene om forankring av prosjektet blant ansatte, brukere og pårørende er det rimelig å anta at Katrin tenker i baner av tradisjonell hierarkisk inndeling, der toppledelsen er på topp og det utøvende helsepersonellet «*på gulvet*» er på bunn i hennes verdensbilde. I lys av Bourdieus feltteori er ikke Katrins syn på verden så langt unna verden slik den objektivt sett fremstår, der det er noen som på bakgrunn av sitt kapitalvolum og struktur er på toppen av makthierarkiet, samtidig som det er noen med lavere kapitalvolum som har lavere grad av definisjonsmakt i feltet (Bourdieu, 1995, s. 31-37).

Oppsummert kan man peke på at samtlige av prosjektgruppemedlemmene i Case kommune-1 offisielt posisjonerte seg tro til både produksjonsfeltets doxa og kommunens relativt offensive innstilling til velferdsteknologi, som innebar at prosjektgruppen i enda større grad enn tidligere tok ansvar for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden fra dialog med teknologifirma til kartlegging av brukerbehov, koordinering av montering (noen enkle monteringer ble gjort av iverksetterne selv), bestilling og tilpasning av utstyr, samt alarmrespondering. På den annen side kom heterodoxe posisjoneringer til syne når det oppstod «*kamper i feltet*» i form av utfordrende samarbeid med teknologileverandøren og teknisk svikt, som rammet både prosjektgruppens ansatte, utøvende helsepersonell i hjemmetjenesten og tjenestemottakerne. Motstanden kom særlig til syne når teknologileverandørene ikke

klarte å levere på kommunens ønsker og forestillinger om et relativt avansert system av velferdsteknologiske sensorer i boligen (analytisk definert som visjonene om det smarte hus versjon 2.0), som vil drøftes nærmere i avhandlingens tredje analyse- og drøftingskapittel (kap. 7). For å forstå kampene i feltet må man imidlertid først forstå hvem det var som kjempet, hvilke disposisjoner de hadde og hva det ble kjempet om, der følgelig prosjektgruppen i Case-kommune 2 sine individuelle posisjoneringer, samt prosjektgruppens samarbeid i forbindelse med den innovative anskaffelsen vil skrives frem i de påfølgende underkapitler.

6.3.3 Prosjektgruppemedarbeiderne i Case-kommune 2 sine posisjoneringer til velferdsteknologi som politisk satsningsområde

I likhet med prosjektlederen i Case-kommune 1 Berit, fremstod prosjektlederen i Case-kommune 2 Elise (i ord) også tro til doxaet og de to fremanalyserte dominante teser¹⁷⁰ om velferdsteknologi skapt i produksjonsfeltet (jfr. punkt 5.6), da hun under intervjuet leste opp i fra kommunens helse- og omsorgsfaglige plandokument:

«Hovedmålet er jo at man skal legge til rette for å mestre egen livssituasjon og bo lengst mulig i egen bolig og ta i bruk ny teknologi for å møte morgendagens utfordringer. Ja så det blir jo en omstilling i tjenestene og vi skal ha en bedre fordeling av tjenestene i omsorgstrappen der vi har mer vekt på forebygging og tidlig innsats enn med institusjon og omsorgsboliger, altså de tyngste tjenestene. Vi skal ha (...) større grad av innsats og ressurser tidlig i pasientforløpet med fokus på forebyggende tiltak og optimalisering av pasientflyt og vi skal også effektivisere og optimalisere arbeidsprosesser Og forhåpentligvis også da få tilpasset økonomien bedre til de rammene som vi har» (Intervju med Elise juni 2017).

På den annen side fremstod Elise sine posisjoneringer i handlinger (hennes posisjoneringer og beslutninger som prosjektleder) som motsetningsfulle. Hennes

¹⁷⁰ 1. Velferdsteknologi gir økt trygghet og sikkerhet som fremmer selvstendighet, mestring og deltakelse/aktivitet, som derav bidrar til at eldre og andre hjelpetrevende kan bli boende lengre hjemme og ta større egenansvar for alder- og/eller sykdomsrelaterte svekkelser.
2. Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i eldreomsorgen.

posisjoneringer i handlinger – som for øvrig var i tråd med kommunens posisjonering til velferdsteknologi i foregående år – var mer avventende og nyansert. Elise posisjonerte seg dit hen at kommunen hadde «is i magen» og til nå kun hadde tilbudt trygghetsalarmer med røykvarslere, mens bevegelsessensorer, sengesensorer ol. hadde vært lite utprøvd. Hun forklarte at ettersom kommunen nå ble «tvunget» til å skifte leverandør som følge av en nasjonal digitaliseringstrend, ville kommunen nå i fase to av prosjektet også forsøke å prøve ut noen flere velferdsteknologiske sensorer. Noe av bakgrunnen for å gå inn i et FOU-samarbeid med akademia og den valgte teknologileverandør knyttet seg ifølge Elise til et kommunalt ønske om å få integrert dataene fra sensorene inn i den elektroniske pasientjournalen (EPJ), samt muligheten for å få testet ut ulike sensorer til en rabattert pris.

Dagny posisjonerte seg i lys av sine disposisjoner og posisjon i feltet også tro til statlige føringer og produksjonsfeltets doxa om saken, der et budskap om at en krise i velferdsstaten er på trappene (og der endring følgelig er påkrevd) kom frem med følgende sitat:

«Vi ser at tjenestene er i en presset situasjon. Vi har stort påtrykk av brukere på alle tjenester og det er klart at det er i forbindelse med Samhandlingsreformen, der kommunene har fått en annen rolle enn tidligere. Vi får pasientene tidligere hjem og de er dårligere, krever mer oppfølging og krever andre tjenester enn det som har vært tidligere(...)Og så ser vi at vi ikke får søkere på ledige stillinger» (intervju med Dagny juni 2017).

På samme måte som prosjektmedarbeiderne i Case-kommune 1 som hadde en iverksettende og praktisk rolle til sammenligning med prosjektledelsen og lokalpolitikerne/administrativ ledelse, posisjonerte Dagny seg tydelig nær brukerne og deres pårørende sine behov og at det var det som var i sentrum for arbeidet etter hennes syn. For eksempel anså ikke Dagny (i likhet med Katrin) det som et uttalt mål å få implementert flest mulig sensorer om det ikke var behov for det. Det måtte alltid være behovet hos tjenestemottaker som avgjorde prosjektmedarbeidernes teknologifokus, etter Dagnys mening.

6.3.4 Teknologioptimisten, pragmatikeren og skeptikeren – homologi mellom posisjon, disposisjon og posisjoneringer

På bakgrunn av de overnevnte beskrivelser av de agerendes posisjoneringer til velferdsteknologi i ord og handlinger, samt mine analyser av disposisjonene som forklaring på de individuelle og kollektive habituelle orienteringer, kan det argumenteres for at tre til dels motstridende posisjoner i feltet var tilstedeværende: *teknologioptimisten, pragmatikeren og teknologiskeptikeren/den avventende.*

Teknologioptimisten var en posisjon som bestod av agerende med høyt kapitalvolum innenfor alle de tre kapitalformene sosial, kulturell og økonomisk kapital, samt feltspesifikke kapitaler som kunne genere symbolsk kapital innenfor velferdsteknologiområdet i Norge, tenkt som et overordnet sosialt rom. Motsatt fremstod *teknologiskeptikeren* som mer tilstedeværende lavere ned i tjenestehierarkiet blant de agerende som arbeidet brukernært ute i hjemmetjenestene og hadde lavere totalt kapitalvolum og en annen kapitalstruktur (drøftes nærmere i kap. 7). Den teknologioptimistiske posisjonens agerende som ofte besatt yrkestitler slik som ledere, rådgivere eller fagutviklere, posisjonerte seg svært tro til produksjonsfeltets doxa og hadde få eller ingen kritiske innvendinger til teknologien som problemløser. Av denne posisjonen ble teknologi beskrevet som løsningen på de fleste problemområder relatert til «fremtidens omsorgsutfordringer». Teknologioptimistens posisjoneringer kan også tolkes som uttrykk for at en *teknologisk determinisme* hadde oppstått i feltet, som det også har blitt argumentert for i andre empiriske studier på lignende ledelses- og iverksettelsesnivå i norske kommunale hjemmetjenester (Kleiven, 2017, s. 86-87; Tøndel & Seibt, 2019 s. 246).

I lys av den statlige satsningen på velferdsteknologi med bruk av en rekke virkemidler inn mot norske kommuner vokste det for eksempel ifølge Tøndel og Seibt (2019, s. 245) frem en ny teknologideterministisk yrkesgruppe bestående av sterke og teknisk kyndige helseprofesjonelle som besatt titler som velferdsteknologiske «superbrukere», «teknologirådgivere» ol. – homologt med min ph.d.-studies «ressurssykepleiere for velferdsteknologi» og «velferdsteknologiske ressurspersoner». Denne rollen ble av

studiens prosjektledere omtalt som «pådrivere» eller «spydspisser» for prosjektet med en særlig viktig rolle i å forankre satsningen nedover i tjenestehierarkiet. Basert på mine empiriske observasjoner kunne det imidlertid synes som at det var en særlig teknologioptimistisk ledelse som var høyest posisjonert i det sosiale rommet og hadde definisjonsmakten, mens ressurspersonene kunne sies å tilhøre en mer *pragmatisk* posisjon der hverken rendyrket teknologioptimisme eller skeptisisme var karakteriserende.

Teknologipragsmatikerens ulike profesjonsutdannede agerende ivaretok mer praktiske arbeidsoppgaver relatert til velferdsteknologiprojektet på en lojal og flittig måte. Denne gruppens agerende var mest opptatt av praktiske og brukernære perspektiver, dvs. hvordan hjemmetjenestene med bruk av teknologi kunne rigges på en slik måte at satsningen ble meningsfull og ga fordeler for både tjenestemottakerne, deres pårørende og ansatte. At mange av de prosjektgruppeansatte medarbeidere inntok en pragmatisk mellomposisjon kan på samme måte være relatert til deres middels skår på totalt kapitalvolum og en kapitalstruktur som var annerledes sammensatt enn teknologioptimistens. For eksempel var denne gruppens videreutdannelser (kulturell kapital) i sjeldnere grad orientert mot økonomi, ledelse og innovering/endring av hjemmetjenestefeltet, men derimot mer orientert mot konkrete brukergrupper eller sykdommer (geriatri, palliasjon, kreft, diabetes, demens etc.) eller praktisk kunnskap i relasjon til teknologisatsningen (kurs/videreutdanning innen velferdsteknologi). Videre hadde færre i denne posisjonen mer enn én videreutdanning (kulturell kapital) til sammenligning med de agerende som kunne plasseres i den teknologioptimistiske posisjonen. Realkompetansen på området i form av praktisk-teknisk kyndighet og språkføring var tilsynelatende høyere i den pragmatiske posisjonen, som til daglig arbeidet med konkrete tekniske og helsefaglige problemstillinger.

Den pragmatiske mellomposisjonen mellom utelukkende optimisme og rendyrket skeptisisme kan også være relatert til sykepleie- og andre velferdsstatlige semi-profesjoners posisjon i det medisinske felt, der disse praktikerne er de som gjør det

politiske prosjektet velferdsstaten mulig (jfr. kap. 4). Med det mener jeg at den pragmatiske posisjons praktisk rettede fagpersoner var både habituellt disponerte og sosialt strukturerte til (uten å stille for mange spørsmål) iverksette den vedtatte politikken med de ressurser og mulighetsbetingelser som til enhver tid forelå. Når det var mange utfordringer i prosjektet som medførte utrygghet for tjenestemottakerne og merarbeid for de ansatte tæret dette derimot mer på pragmatikeren, som da i noen tilfeller kunne helle mot en mer skeptisk eller avventende posisjon.

På tross av at teknologiskeptisisme ikke var tilstedeværende i pragmatikerens eksplisitte posisjoneringer – som også kan forstås i retning av at denne type meningsinnhold ikke var mulig å ytre i dette sosiale rommet ettersom det bestod av agerende som alle hadde en *illusio* for spillet – kan det på den annen side argumenteres for at en viss skepsis eller motstand var mulig å spore også blant pragmatikerne. Denne typen implisitt eller skjult motstand og/eller skepsis kom til uttrykk i form av motstridende posisjoneringer i ord og handlinger. For eksempel kunne en prosjektmedarbeider posisjonere seg tro til staten og kommunens visjoner om bruk av multiple sensorer i boligen, mens når sensorene skulle utskiftes til digitale sensorer ble ikke alltid det store omfanget av sensorer (i tråd med visjonene) videreført. Videre kunne det synes som at skepsis og motstand i særlig grad oppstod som følge av den sosiale lidelsen de ansvarlige prosjektansatte kunne kjenne på når de opplevde å ikke kunne stole på teknologien eller oppfylle de statlige visjonene relatert til hva teknologien i utgangspunktet var tenkt å løse. Videre har jeg vist at prosjektgruppedarbeiderne i særlig Case-kommune 2 offisielt sett inntok en posisjon tro til produksjonsfeltets doxa, samtidig som disse medarbeiderne både implisitt og eksplisitt posisjonerte seg som mer avventende. Denne case-kommunens prosjektgruppe ville både vente å se om det kom tydeligere styringssignaler fra myndighetshold, samt lære av andre mer langkommede kommuners erfaringer.

En annen motstridende posisjonering – eller kanskje snarere en refortolkning av de statlige føringene på området blant de mer pragmatiske iverksetterne – var relatert til

en målsetting om at teknologien ikke kun skulle *reducere* personellressurser ved hjelp av reduksjon i tilsyn, økt egenomsorg osv. De kommunale iverksetterne var derimot opptatt av at eventuelle besparelser relatert til satsningen på velferdsteknologi måtte komme de mest sårbare og pleie- og omsorgstrengende brukerne til gode, gjennom en *omfordeling* av personellressurser, ikke et kutt i andelen ansatte i tjenestene. Denne refortolkningen kan i et feltperspektiv tolkes i lys av korpset av profesjonelles både individuelle og kollektive habituelle orienteringer, der en lojalitet til egen profesjon og kollegaer i utøvende tjeneste kan være del av forklaringen. Stirling og Burgess (2021, s. 67) viser med referanse til Pols & Willems (2011) til at det ofte kan være store forskjeller mellom målsettingen for velferdsteknologi slik de er beskrevet i politiske føringer (eks. redusere menneskelige tilsyn for å effektivisere tjenestene) og hva lokale iverksettere, tjenestemottakere og deres pårørende definerer som velferdsteknologiens primære siktemål (f.eks. forebygge sosial isolasjon via digitale løsninger).

Oppsummert kan det pekes på at både den *teknologioptimistiske*, *den pragmatiske* og den mer *skeptiske/avventede posisjonen* i feltet kan forklares ut ifra de agerende som inntar posisjonen sine disposisjoner (kapitalvolum og struktur på området). Det aller tydeligste funnet i denne sammenheng var en homologi mellom totalt kapitalvolum og makt og innflytelse i feltet, der agerende i prosjektledelsen særlig i Case-kommune 1 som hadde investert betydelig i saken over mange år (både individuelt og kollektivt) fremstod som særlig teknologioptimistiske i sine posisjoneringer. Denne posisjonens totale kapitalvolum var høyt hva gjaldt både økonomisk, sosial og kulturell kapital, samt de mer feltspesifikke kapitalformer (det som genererte symbolsk kapital) og strukturen på den tilgjengelige kapitalen. Kapitalstruktur handler om hvilke kapitalformer som var særlig høye eller lave i de ulike gruppene, der de agerende som kunne plasseres innen posisjonen teknologioptimisten hadde høye skår innen samtlige kapitalformer som følgelig kunne generere en særlig *symbolsk makt* i feltet. For eksempel var kjennskap til høytstående posisjoner innen produksjonsfeltet (sosial kapital), videreutdanning innen ledelse, innovasjon, endringsledelse, kommuneplanlegging, økonomi og teknisk rettede utdannelse og kurs, samt teknisk

kunnen og språkbeherskelse (kulturell kapital) tilstedeværende i denne gruppen. Teknologioptimistens sosiale og kulturelle kapitalvolum bidro til at økonomisk kapital ble generert i form av å inneha den rette feltspesifikke kapitalen symbolsk sett, som ga posisjonens agerende synlighet og prestisje i møte med statlige fora.

Pragmatikeren var på sin side mindre opptatt av økonomiske forhold relatert til velferdsteknologisatsningen og eksempelvis lite involvert i å skaffe til veie eksterne midler til drift av prosjektet. Denne habituell orienterte mangelen av interesse og ansvar for effektivisering av tjenestene kan forklare hvorfor denne gruppen var mindre involvert i «networking» innen det nasjonale velferdsteknologiområdet i form av å holde foredrag, være med i faglige nettverk, delta på konferanser, reiser osv. der man kunne stifte bekjentskap med betydningsfulle personer på området slik som politikere og beslutningstakere, byråkrater og næringslivsledere. Pragmatikerens kapitalstruktur var sammensatt på den måten at posisjonens agerende hadde relativt høyt volum av feltrelevant kulturell kapital, men mindre grad av kunnskap (kulturell kapital) og kjennskap til de rette personene (sosial kapital) som følgelig gjorde de mindre egnet til å manøvrere på produksjonsfeltets maktarenaer.

Den avventende posisjonen på det iverksettende nivået av kommunen tenkt som et sosialt rom hadde på sin side både lavere kapitalvolum og en annen kapitalstruktur enn både teknologioptimistene og pragmatikerne, som derimot var mer homologt med utøvende helsepersonell i hjemmetjenestens disposisjoner og posisjoneringer. For eksempel vektla både den teknologiskeptiske/avventende og pragmatiske posisjonen et mer pasient-, bruker- og pårønderrelatert fokus i tillegg til å ivareta ansattes rettigheter og behov, fremfor å først og fremst arbeide for effektivisering av tjenestene og annet som ga prestisje høyere opp i makthierarkiet.

Pragmatikeren og skeptikeren/den avventende gikk i så måte igjen på ulike nivå av tjenestehierarkiet, mens teknologioptimisten var mer fremtredende høyere opp i makthierarkiet. At lignende posisjoner gikk igjen på tvers av tjenestehierarkiet kan vitne om en homologi mellom felt og posisjon, dvs. en liket i den rådende logikk på

tvers av det sosiale rommet (kommunale hjemmetjenester som helhet), relatert til en likhet i både sosiale/romlige strukturer og individuelle (kroppsliggjorte) disposisjoner. Med det mener jeg at på tross av at det ble identifisert en teknologiskeptisk posisjon i det sosiale rommet var denne posisjonen likevel innvevd og påvirket av de andre og mer «policy-tro» posisjonene (med høyere grad av definisjonsmakt), som følge av å være en del av det samme feltet. Som nevnt i bakgrunns- og kontekstualiseringskapittelet kan man tenke på de ulike sosiale rommene innen hjemmetjenestefeltet som «kinesiske esker» som er innvevd i hverandre som følge av samme omliggende strukturer og logikker (Broady og Heyman, 1998, referert til i Pawlica, 2017, s. 32), dvs. del av det statlig influerte medisinske felt med en relativ autonomi og egenlogikk. Det herskende doxaet i produksjonsfeltet om saken (velferdsteknologi bidrar til trygghet, sikkerhet og mestring, samt sparer tid og økonomiske ressurser) fremstod i så måte som et doxa som alle de ”kinesiske eskene” (sosiale rommene) og dets posisjoner måtte forholde seg til og ikke kunne inta en ortodox eller heterodox stilling til.

6.3.5 Rommet av produsenter og deres disposjoner

Som det fremgår av både studiens empiriske undersøkelser i to kommunale hjemmesykepleieavdelinger, samt andre studier fra norsk kontekst (se f.eks. Berge, 2017; Karlsen, 2019; R. Stokke, 2018), klarer ikke hjemmesykepleien å stå alene med det faglige ansvaret for velferdsteknologisatsningen, men samarbeider derimot tett med andre fagavdelinger i kommunene slik som fysio- og ergoterapitjenestene, kommunale IKT-ansvarlige og kommunens forvaltning (jurister og saksbehandlere). I tillegg kreves et tett samarbeid mellom kommunene og det private næringslivet som leverer utstyret som tas i bruk. Posisjonerer fra den velferdsteknologiske industrien eller feltet av teknologileverandører, kan i så måte sies å bevege på tvers av produksjons- og konsumpsjonsfeltet, ved både å bidra til å produsere forestillinger (representasjoner) om bruk av teknologi i hjemmet, for eksempel gjennom reklame og markedsføringsstrategier, samtidig som firmaenes ansatte må hankses med konkrete praktiske problemstillinger når teknologien skal implementeres i hjemmetjenestene.

Inspirert av Bourdieus (2000/2005) analyser av boligprodusenter i *The Social Structures of the Economy* vil jeg forsøke å konstruere frem «rommet av produsenter» på den velferdsteknologiske markedsplassen, avgrenset til de leverandørene som i denne studiens case-kommuner ble valgt ut til å levere det velferdsteknologiske utstyret og dertilhørende IKT- og responstjenester. På linje med alle andre valg og preferanser i ethvert marked argumenterte Bourdieu (2000/2005, s. 71-72) for at det er noen distinksjoner – basert på firmaenes kapitaler – som disponerer dem til å bli valgt eller bortvalgt fra markedsplassen. Videre tenker man seg i en feltoptikk at det er en homologi mellom firmaene (produsenter) og firmaets kunder (konsumenter). Først vil følgelig prosjektgruppens (konsumentenes) krav til det tekniske utstyret og dertilhørende IKT-tjenester og programvare beskrives, før de valgte teknologifirmaene vil analyseres, der grad av homologi mellom produsentene og konsumentene avslutningsvis vil drøftes.

6.3.6 Prosjektgruppens krav til teknisk utstyr og tjenester under anskaffelsesprosessen

Som det fremgår i underkapittel 6.2.5 fremstod de deltagende kommunene i den observerte innovative anskaffelsesprosessen i stor grad tro til de statlige føringer hva gjaldt tekniske anbefalinger og standarder, anbefalingen om interkommunale samarbeid og statlige krav og anbefalinger til responsentertjenester. Case-kommune 1 inntok på den annen side (på bakgrunn av sine disposisjoner) en heterodox posisjon i form av å ville organisere og drifte et lokalt responsentertjenester og ta ansvar for storparten av den velferdsteknologiske tjenestekjeden lokalt (jfr. punkt 6.1.2). De fire ulike kommunenes kravspesifikasjoner (både bør- og må-krav) til det velferdsteknologiske utstyret, både hva gjaldt teknologisk sikkerhet, funksjon, samt dataoverføring og teknisk arkitektur var i så måte noe ulik. I tillegg var det ulike lokale ønsker omkring den overordnede organiseringen av velferdsteknologi i tjenesten, deriblant responstjenester (lokalt og offentlig ansvar, eksternt og privat ansvar eller en mellomløsning mellom disse).

Når det gjaldt den innovative anskaffelsen, valg av teknologileverandører og organiseringsmodell (responstjenesteløsning) fremstod Case-kommune 1 som nevnt som en dominant posisjon i det sosiale rommet, med stor grad av illusio for saken og som følgelig hadde investert mye tid og ressurser i å forme prosjektet. For eksempel var Berit (prosjektlederen i Case-kommune 1) den fremste pådriveren bak en stor dialogkonferanse i forbindelse med den innovative offentlige anskaffelsen, der kommunenes behov ble presentert for at teknologileverandørene i neste rekke kunne finne gode løsninger. Berit fremstod også som den øverste leder av den videre innovative anskaffelsesprosessen der fire kommuner samarbeidet, og var tydelig i sitt ståsted overfor leverandørene om hva som var viktig for kommunen. Foruten å vise til ansvarlige direktorats tekniske krav og spesifikasjoner, fremstod også prosjektgruppen i Case-kommune 1 som tydelig på at de erfaringene som kommunen hadde opparbeidet seg i det første prosjektet måtte komme til nytte i neste prosjektperiode, for eksempel hva gjaldt kunnskap om tilpasning av sensorene etter brukerbehov og kravet om integrasjon mellom sensorene og responstjenesteløsningene (programflatene som mottok og videreformidlet varsler fra sensorene). Det var i så måte ønskelig fra kommunens side (og i den grad det var teknisk mulig) å kunne ta i bruk flere sensorer fra ulike teknologileverandører uten å måtte ha en programvare for hver «dings».

Videre var kommunen utad (representert av prosjektgruppen) av en klar formening om at en lokal forankring av responstjenester ville være ressursbesparende, både som følge av tilgang til oppdaterte opplysninger om tjenestemottakerne i den elektroniske pasientjournalen, og at man da slapp dobbel journalføring ved å ha tilgang til alle datasystemene på en plass. Det var også viktig at kommunen kunne lease sensorene til en god pris som følge av FOU-samarbeid med akademia og teknologileverandørene, og at kommunens responscenteroperatører kunne gjøre fjernkonfigureringer på utstyret i den aktuelle programvaren (eks. tidsinnstillinger) for å få velferdsteknologi som tjeneste til å fungere optimalt. Kommunenes kravspesifikasjoner som helhet fikk frem det relativt høye tekniske nivået og kompetansekravene som var rådende for

prosjektgrupped medlemmene for å i det hele tatt kunne klare å manøvrere på den velferdsteknologiske markedsplassen.

Visjonen til Case-kommune-1 var «skreddersydde tjenester» i henhold til ideer skapt i produksjonsfeltet, som handlet om en revitalisering av smarthuset fra midten av 1990-tallet/begynnelsen av 2000-tallet, der boligen og dets (eldre) beboere nå (2010-tallet) skulle sikres ved hjelp av digitale «trygghetspakker», dvs. en utvidelse av trygghetsalarmer ved å bruke f.eks. dør-, seng-, bevegelses- eller oversvømmelsessensorer (jfr. punkt 5.7). Med posisjoneringen «skreddersydde tjenester» henviste case-kommunene ordrett til visjoner skapt i produksjonsfeltet (både av staten, næringen og akademia) om at teknologien måtte tilpasses brukernes behov og ikke omvendt at brukerne måtte tilpasse seg teknologiske målsettinger, noe som så ut til å ha blitt adoptert i prosjektmedarbeider Dagny fra Case-kommune 2 sine posisjoneringer til saken:

«Kommunen har jo forholdsvis liten erfaring med å bruke andre typ, altså ulike sensorer knyttet til trygghetsalarm, altså hvis en kan si det på den måten tenker jeg at det er jo hele tiden brukernes behov som skal styre utrullingene av utstyr og sånt, det er jo ikke sånn at nå skal vi ha ut 50 sengesensorer og så begynner vi å lete etter de 50 [brukerne], men det er jo etter hvert som behovene kommer at vi ruller ut dette [velferdsteknologiske sensorer utover trygghetsalarm] sakte, men sikkert» (sitat nedskrevet under observert prosjektgruppemøte i Case-kommune 2, juni 2018).

Sitatet viser hvordan det herskende doxaet om saken gradvis ble inkorporert blant de agerende faglige iverksetterne (også i den i utgangspunktet mer avventende andre case-kommunen), samtidig som kommunens mer pragmatiske og forsiktige posisjon fremdeles fremstod som tilstedeværende. Sitatet kan også tolkes i retning av å være preget av det medisinske felts dominans og rådende doxa om helsefremming og forebygging. Videre var begge prosjektgruppene opptatt av at det var viktig at teknologien fungerte og var til å stole på med hensyn til både ansatte, brukere og pårørendes trygghet og sikkerhet. Herav ble det fremmet krav til leverandørene om å svare på hvordan de ville sikre robuste tjenester, oppetid, nødstrøm og andre viktige

tekniske forhold for forsvarlig drift. Strøm og telenett var kommunens ansvar, mens programvare og utstyr skulle være leverandørenes ansvar.

Fokuset på forsvarlige tjenester til det beste for både brukeren (kvalitet) og kommunen (økonomi), representerte i så måte ulike logikker eller et rasjonale man kan gjenkjenne fra både samfunnsøkonomi-, medisin- og jussfaget, noe mye av kravspesifikasjonene til anbudskonkurransen også bar preg av. I begrepet «skreddersydd teknologi» lå det en målsetting om at teknologien måtte tilpasses den enkeltes behov og livsrytme (medisinsk logikk), der eksempelvis alarmeringen fra en dørsensor kunne aktiviseres i et tidsrom der det ikke var ønskelig at bruker skulle gå ut (eks. 00-06), som også bar preg av en form for sikring og overvåking fra kommunens side (juridiske hensyn, krav om forsvarlige tjenester). Samtidig svarte målsettingen om «skreddersydd teknologi» på statens revitalisering av smarthuset gjennom målsettingen om å ta i bruk digitaliserte velferdsteknologiske «trygghetspakker».

Med digitaliseringen av sensorene fikk helsepersonell nå en ny mulighet til å gjøre tilpasninger av utstyret fra avstand (kommunalt responscenter), som gikk under betegnelsen «fjernkonfigurering». Denne nye muligheten ble av både staten, forskningen og næringen posisjonert som en ny mulighet som ville kunne realisere idealet om «skreddersydde og sømløse tjenester», der man følgelig kunne gjøre fortløpende endringer på utstyret i takt med endringer i brukerbehovene. At denne nye teknologiske muligheten genererte en hel rekke nye arbeidsoppgaver og merarbeid for hjemmetjenestens profesjonelle ble imidlertid lite problematisert i produksjonsfeltet. I konsumpsjonsfeltet virket det som at fjernkonfigurering var et av de områdene de ansatte mente var mest positivt med digitaliseringsstrategien på velferdsteknologiområdet, noe som kom til uttrykk i følgende sitat fra ergoterapeuten og prosjektmedarbeideren Anna i Case-kommune 1:

«Hvis vi ser at det kommer en døralarm hver kveld kl. 22 eller et eller annet, så kan vi gå inn å gjøre noe med det. Vi kan flytte den alarmen da til kl. 23 og kan vi gjøre det der [på responscenteret] i stedet for da å slippe den montøren da. I mange tilfeller kan vi bare sitte på kontoret og fjernkonfigurere og det vil være

mye mindre arbeidskrevende(...).Fordelen med å sitte her [på responscenteret] selv om en ikke tar så masse alarmer blir å kunne administrere denne [program]flaten, det tenker jeg er kjempelurt» (intervju med Anna, juli 2018).

Anna viser her til at de ansatte potensielt sett kunne gjøre mye mer selv og slippe å gå via et mellomledd (ekstern responscenter) om utstyr skulle fjernes, legges til eller justeres på (konfigureres). Videre måtte opplysninger om tjenestemottakerne endres via dialog på telefon før, mens nå kunne de ansatte på responscenteret/prosjektgruppen gjøre det på direkten. Anna mente i den sammenheng at det viktigste i effektivitetshensyn var tilgang til dataprogrammene, ikke nødvendigvis at kommunens ansatte selv måtte svare på alarmene.

De fire samarbeidende kommunene kom under den innovative anskaffelsesprosessen med en behovsbeskrivelse til aktuelle teknologileverandører der både tekniske «måkrav» og «bør-krav» til det velferdsteknologiske utstyret og dertilhørende responstjenester ble beskrevet. Kommunene fremstod i behovsbeskrivelsen¹⁷¹ tro til Helsedirektoratets tekniske og organisatoriske anbefalinger på velferdsteknologiområdet, noe som også ble gjort et eksplisitt poeng av på dokumentets første side: *«behov og opsjoner er beskrevet med bakgrunn i Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området»* (Behovsbeskrivelse, 2016, s. 1). For eksempel var varslings- og sikkerhetsteknologier som kunne fange opp brann, fall eller andre farer eller ulykker i hjemmet det som ble først nevnt i kommunens behovsbeskrivelse. Deretter ble andre former for trygghets- og mestringsteknologier slik som utvidelse av trygghetsalarmer i form av «trygghetspakker» i boligen med passive sensorer, samt løsninger for mobile trygghetsalarmer (rekkevidde utenfor hjemmet) nevnt, i tillegg til lokaliseringsteknologier (GPS ol.) og elektroniske pilledispensere. Den overnevnte rekkefølgen på prioriteringene var i tråd med myndighetenes anbefalinger (Helsedirektoratet, 2014, 2015a, 2015b, 2016).

¹⁷¹ Tilgjengeliggjort for forskeren og offentliggjort på Doffin.

Helseteknologier for hjemmemonitorering av kronisk sykdom eller teknologier for sosial kontakt, som jeg til nå har argumentert for at i mindre grad ble vektlagt av myndighetene (jfr. punkt 6.2.1), ble på lik linje ikke nevnt i behovsbeskrivelsene til de fire observerte kommunene i den innovative anskaffelsesprosessen. Til sist fremstod de kravene som ble fremmet vedrørende responstjenester også i stor grad tråd med Helsedirektoratets (2016) anbefalinger på området, for eksempel hva gjaldt krav til svartid, kompetansekrav for operatørene på responscenteret, krav til datasikkerhet¹⁷², loggføring og datalagring (Behovsbeskrivelse, 2016). På bakgrunn av Case-kommune 1 sin erfaring med pilotering av flere (passive) velferdsteknologiske sensorer i boligen ble ønsket om integrasjon mellom programflater for velferdsteknologiske data og elektronisk pasientjournal fremmet som viktig, men da også med referanse til Helsedirektoratets (2016) anbefaling om at kommuner og teknologileverandører burde samarbeide om å utvikle slike systemer. Videre vektla kommunene (trolig også basert på Case-kommune 1 sine erfaringer) at fjernkonfigurering av utstyret (slik som justering av tidsintervaller for alarmutløsning) var viktig å få på plass, der det igjen ble vist til at Helsedirektoratets (2016) tekniske anbefalinger foreløpig manglet konkrete tekniske anbefalinger på dette området.

Som nevnt under punkt 6.2.5 om den innovative anskaffelsesprosessen endte Case-kommune 1 på bakgrunn av denne prosjektgruppens kapitalvolum og struktur (disposisjoner) opp med å velge en teknologileverandør som posisjonerte seg selv som en «systemintegrator». Denne teknologileverandøren hadde avtaler med mange subleverandører av ulikt velferdsteknologiske sensorer og teknisk infrastruktur, som derav fremstod som det rette valget for målsettingen om det som analytisk har blitt definert som statens visjon om det smarte hus, versjon 2.0.

For Case-kommune 2 var det viktig at leverandøren tok mye ansvar for de tekniske tilpasningene og alarmresponderingen, dvs. storparten av den velferdsteknologiske

¹⁷² Viser til «Veileder i personvern og informasjonssikkerhet ved bruk av velferdsteknologi» utgitt og «Norm for informasjonssikkerhet Helse- og omsorgstjenesten», begge dokument utgitt av Helsedirektoratet i 2015.

tjenestekjeden. Prosjektlederen Elise posisjonerte seg dit hen at hun mente at kommunene i Norge generelt sett stilte for få krav til teknologifirmaenes agering i feltet særlig med henblikk på hva som til nå hadde blitt oppnådd hva gjaldt integrasjonen mellom sensorene og særlig elektronisk pasientjournal (EPJ):

«Vår [kommunens]interesse gikk veldig på det at vi ønsket å få prøvd ut dette med integrasjon med EPJ (...) «pushe» litt den teknologiske verden og disse leverandørene, både av responscenterløsninger, av EPJ-løsninger at de er nødt til å komme ut av «skallene» sine nå og begynne å samarbeide om å få til denne type løsningen for det er fremtiden. Vi kan ikke holde på med at du skal ha så mye utbygget velferdsteknologi og ikke klare å knytte det opp mot EPJ. Disse tingene må vi se som en helhet ellers tror jeg det blir kvalitetsmessig for dårlig og sikkerhetsmessig for dårlig for pasientene. Det var greit nok når du bare har trygghetsalarmer, men når du skal ha flere ting som går på helsetjenester og det er helsetjenestene vi skal dokumentere i journalsystemene, så jeg tenker det er kjempeviktig at det kommer»
(intervju med Elise, juni 2017).

Case-kommune 2 som hadde et lavere kapitalvolum og en annen kapitalstruktur på velferdsteknologiområdet endte også opp med «systemintegratoren» (Teknologileverandør 2) for å levere utstyret, mens et stort og delvis statseid firma med lang fartstid i bransjen (Teknologifirma 3) ble valgt for å sy sammen teknologien og IKT-systemene med særlig fokus på integrasjon i EPJ som var viktig for denne prosjektgruppens ledelse. Kommunen hadde dessuten hatt god erfaring fra tidligere med at en privat kommersiell tilbyder tok ansvaret for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden (i samarbeid med lokalt IKT-personell og «superbrukere»). Videre opplevde kommunen å ikke ha hverken kompetansen eller ressursene som krevdes for å ta hele ansvaret for det tekniske lokalt.

6.3.7 De valgte velferdsteknologifirmaenes plassering i rommet av produsenter

Firmaene sine posisjoneringer ble observert under dialogkonferansen relatert til den innovative anskaffelsesprosessen høsten 2015, under møter med firmaene i forbindelse med anskaffelsesprosessen og samarbeidsmøter mellom leverandørene og prosjektgruppene i løpet av prosjektperioden. Det ble ikke innhentet opplysninger om firmaenes ansatte på individnivå, men opplysninger fra firmaenes nettsider, flyers,

brosjyrer ol. markedsføringsmateriell, ble analysert som uttrykk for posisjoneringer i et felt/rom av produsenter. Analysene baserer seg videre på offentlig tilgjengelige opplysninger om firmaene på nett¹⁷³, de kommunalt ansattes beskrivelser av firmaene, observasjoner av prosjektmedarbeiderne i dialog med firmaene under etableringsfasen, samt dialogen kommunen hadde med den lokale høyskolen når tekniske utfordringer ble økende i løpet av prosjektperioden.

I Bourdieus (2000/2005, s. 30-48) analyser av boligfirmaer og påfølgende feltskisser av «rommet av produsenter» relaterer den horisontale dimensjonen seg til økonomiske styrkeforhold og arbeidskraft, der firmaene lengst til høyre var kommersielle firma som ofte ble ledet fra hovedstaden og hadde en høy andel administrativt ansatte og få håndverkere (brukte subkontrakter til bygningsarbeidet), mens firmaene på venstre pol var mindre lokalt familiedrevne firma i regionene med høy andel fagarbeidere og mindre bruk av subkontrakter. Såkalte «white-collar» (hvitsnipparbeidere på norsk) er arbeidere med hvite, rene skjorter som gjør administrativt kontorarbeid, mens «blue-collar» (blåsnipparbeider på norsk) er arbeideren med den blå kjeledressen som gjør manuelt og fysisk arbeid, slik som byggearbeid, gruvearbeid og annet håndverk. Den vertikale akse sa noe om firmaets størrelse og faglige spesialisering/diversitet i produktene som kunne tilbys, fra masseproduserte kataloghus som imiterte tradisjonelt håndtverk til spesialtilpassede aristokratiske villaer bygget fra grunn (Bourdieu, 2000/2005, s. 30-48).

På samme måte kan lignende distinksjoner skisseres i det (lille) sosiale rommet av produsenter i denne ph.d.-studien om velferdsteknologimarkedet. Den første teknologileverandøren i prosjektet var et lite firma fra nærregionen som hadde lang erfaring med å levere velferdsteknologisk utstyr og tjenester med en høy andel teknisk kyndige ansatte. Dette firmaet som fikk pseudonymet *Teknologileverandør 1*, eller «Den lille, lokale og erfarne». Dette firmaet var et lite aksjeselskap med under 20

¹⁷³ Av konfidensialitets- og anonymitetshensyn kan det ikke henvises til spesifikke nettsider som derav vil kunne avdekke firmanavn.

ansatte og omkring 20 millioner norske kroner i driftsresultat. Firmaet hadde til gjengjeld lang erfaring og hadde levert trygghetsalarmer siden 1990-tallet i en rekke norske kommuner. På tross av å være små og betjent av teknisk kyndige, hadde firmaet basert seg på å være forhandler på vegne av andre større utenlandske selskap som produserte utstyr og tjenester, der disse samarbeidene hadde vart over tid og der teknisk ansatte hadde tilsynelatende god kjennskap til utstyret de solgte og leverte service på. I tillegg til å selge velferdsteknologi leverte firmaet ulike former for alarm- og vektertjenester.

Det første firmaet hadde i så måte en relativt høy andel teknisk kyndige arbeidere sin størrelse tatt i betraktning. Teknikerne tok seg av installasjon, montering og drift på utstyret ute i kommunene. Disse teknikerne var ikke blåsnipparbeidere i tradisjonell forstand, men jobbet mer praktisk enn de ansatte i de store teknologifirmaene som i større grad fremstod som selgere (hvitsnipparbeidere). I den sammenheng posisjonerte flere av ressursnykeleierne i Case-kommune 1 seg dit hen at de savnet teknikerne og montørene fra forrige teknologileverandør (første prosjektperiode) ettersom de hadde kunnet assistere dem mer direkte, mens det med ny og større teknologileverandør nå ble mer dialog via nettmøter og telefon. Denne teknologiske avstandsoppfølgingen fra firmaets side kan også ha vært relatert til firmaets relativt få teknisk kyndige ansatte på området.

Oppsummert viste analysene av Teknologifirma 1 at dette firmaet tilsynelatende vant noe på sin erfaring og gode rennømmé (de hadde levert utstyr og responstjenester til Case-kommune 1 i deres første velferdsteknologiprojekt), og var godt evaluert av denne kommunen. Inn mot det nye prosjektet vant ikke dette firmaet anbudskonkurransen når det kom til å levere det velferdsteknologiske utstyret, kanskje var de for små til å konkurrere på pris med større IT-gigantene som nå hadde entret den velferdsteknologiske markedspllassen, men firmaets samarbeid med en IT-bedrift som kunne tilby en responscenterplattform som var sagt å kunne bidra til å realisere visjonen om «sømløse tjenester» der en rekke sensorer og utstyr uavhengig av leverandør kunne

flettes sammen i en velfungerende teknisk arkitektur, bidro trolig til å sikre firmaet en plass i «rommet av produsenter». Firmaet fikk også i oppdrag å levere eksterne responstjenester (backup) for Case-kommune 1 i de tilfeller der de selv ikke kunne svare på alarmene.

Det kunne se ut til at kommunene prioriterte pris høyt under anbudskonkurransen, på tross av at de i både skriftlige og muntlige posisjoneringer vektla kvalitet, leverandøruavhengighet og sikkerhetskrav høyt. I den sammenheng posisjonerte prosjektlederen i Case-kommune 2 Elise seg dit hen at de leverandørene som nå hadde levert tilbud fremstod som veldig like og kunne i prinsippet levere alt hva kommunene måtte ønske seg av utstyr, mens det på integrasjons- og systembiten virket noe mer mangelfulle. Tilbydere som kunne tilby pakkelsninger der ulike produktkategorier og tjenester var innbakt i tilbudet, fikk i så måte tilsynelatende en forrang i konkurransen. Det krevde både økonomisk og sosial kapital for å inngå avtaler med mange ulike subleverandører, noe små firma med lite finansielle og personellmessige ressurser som nevnt ikke hadde muskler til. Problemet var bare at det skulle vise seg at de store leverandørene lovt mer enn de kunne holde, der tekniske utfordringer og manglende leveranser på kravspesifikasjonene ble et gjennomgangstema gjennom hele den resterende delen av feltstudien.

Det andre firmaet som ble valgt var et stort internasjonalt IKT-firma som ble gitt pseudonymet *Teknologileverandør 2* eller «den ambisiøse, men uerfarne og upålitelige systemintegratoren». Dette firmaet som opprinnelig var et IT-firma som nylig hadde posisjonert seg på den velferdsteknologiske markedsplassen, vant på tross av dets korte erfaring på velferdsteknologiområdet den største delen av anbudskonkurransen i samtlige av de deltagende Case-kommunene. Dette firmaet hadde store finansielle muskler og opererte på nasjonalt og internasjonalt plan med utbredt bruk av subleverandører av det teknologiske utstyret og dertilhørende IKT-tjenester. Firmaet hadde over 8000 ansatte og omsatte for 47 milliarder norske kroner, hvorpå velferdsteknologisatsningen utgjorde 100 millioner norske kroner. Foruten liten

erfaring fra fagområdet, hadde firmaet tilsynelatende få fagfolk ute i tjenestene, men en stor andel næringslivsfolk og medarbeidere fra IKT-bransjen i staben (hvitsnipper), der majoriteten av medarbeiderne var menn. Mannsdominansen var for øvrig gjeldende for begge de store IKT-gigantene, mens Teknologifirma 1 hadde en kvinnelig daglig leder og en kvinnelige helseprofesjonell selger med sykepleiebakgrunn.

Det siste teknologifirmaet fikk pseudonymet *Teknologileverandør 3* eller «*Den store og erfarne, men likevel upålitelige*». Moderfirmaet var en markedsledende leverandør av telekommunikasjonstjenester med lang historie i norsk kontekst, men som nå også opererte i utlandet og hadde en omsetning på over 100 milliarder norske kroner, der velferdsteknologisatsningen til firmaet (datterselskapet) omsatte for i overkant av 90 millioner. Firmaet posisjonerte seg som det firmaet som kom til å være først ute med å løse staten og kommunes ønske om systemintegrasjon, bla. mellom velferdsteknologiplattformene og helse- og omsorgstjenesten journalsystemer (EPJ). Videre posisjonerte de seg i likhet med Teknologileverandør 2 som en totalleverandør av utstyr og tjenester, som samarbeidet med en rekke subleverandører og derav kunne tilby det meste av eksisterende utstyr på den velferdsteknologiske markedsplassen.

Teknologileverandør 3 hadde blitt engasjert av Case-kommune 2 for å sy sammen utstyr og IKT-tjenester i kommunen og levere eksternt responscenterløsning. På tross av å være en av de største og eldste firmaene brukte også dette firmaet subleverandører for enkelte produkter og tjenester, for eksempel et bemannet responscenter som svarte på alarmene fra det velferdsteknologiske utstyret. Det var mannlige hvitsnipparbeidere som deltok på fysiske og digitale møter, telefondialog og annen oppfølging av kommunen, mens kommunens egne ansatte i IKT-avdeling fikk mesteparten av arbeidet med å tilpasse utstyret og få det til å fungere i kommunens infrastruktur. Case-kommunen 2 hadde som nevnt ønsket at firmaet skulle tilby en totalløsning av både utstyr og IKT-tjenester, men også dette firmaet slet med å levere i henhold til avtalene med kommunen, noe som det påfølgende analyse- og drøftingskapittel (kap. 7) vil vise at førte til massiv misnøye og utrygghet blant særlig kommunens ansvarlige

prosjektledelse og helseprofesjonelle, men også tjenestemottakerne og deres pårørende.

Oppsummert kan det pekes på at det skulle vise seg vanskelig for både Teknologileverandør 2 og 3 å få det hele til å fungere som en «sømløs», «plug-and-play»¹⁷⁴ tjeneste, ettersom erfaringen og kjennskapet til avanserte systemer med sammenkoblinger av ulike (passive) sensorer utover trygghetsalarmen (brukeraktivering) var liten. For eksempel var det første problemet som oppstod at Teknologifirma 2 ikke hadde god nok kjennskap til de eksisterende tekniske standardene på markedet, hvorpå noe av utstyret (hubene) som skulle brukes i tjenestemottakernes hjem kun fungerte på én kommunikasjonsprotokoll (SCAIP-protokoll) og der firmaet ikke hadde kjennskap til at det eksisterte to SCAIP¹⁷⁵-protokoller. Teknologifirma 2 hadde som nevnt vunnet anbudskonkurransen og fått i oppdrag å levere huber og velferdsteknologisk utstyr til samtlige av de fire samarbeidende kommunene i den innovative anskaffelsen, mens ulike responstjenesteløsninger derimot ble valgt av de ulike kommunene. Case-kommune 2 som ville ha en totalløsning på både utstyr, service, drift og responstjenester fra privat teknologitilbyder var de første som fikk problemer med «systemintegratoren» (Teknologifirma 2). Prosjektlederen Elise i Case-kommune 2 forklarte det slik:

«Utskifting av alarmer skulle vært i mål i fjor, men det har vært en del «skjær i sjøen» både internt i kommunen der vi måtte skifte telefonleverandør. Så var det en server-oppggradering som var nødvendig for denne huben(...)når det var klart viste det seg at den kjørte over(...)altså det finnes to typer såkalte SCAIP-protokoller og denne huben [fra Teknologileverandør 2] kommuniserte ikke med Teknologileverandør 3 sitt responscenter. Det er litt sånn de tekniske tingene, det har vært mye litt sånn kommunikasjonssvikt og vanskelig å få kontakt og ting har tatt tid, men nå er det løst og fungerer greit» (observasjon på prosjektgruppemøte, våren 2018).

¹⁷⁴ Dette begrepet referer til at det skal så være så enkelt som å plugge i kontakten for sluttbrukeren, for eksempel at hardware-tilpasninger og konfigureringer kan gjøres fra avstand uten at sluttbruker trenger å agere manuelt (R. Stokke, 2018, s. 4-10).

¹⁷⁵ Social care alarm internet protocol (Helsedirektoratet, 2014, s. 15).

Sitatet peker på hvordan prosjektgruppedarbeiderne under både anskaffelsesprosessen og etableringsfasen måtte smøre seg med tålmodighet og harmonisere med virkeligheten slik den fremstod – ofte i sterk kontrast til både staten og markedskreftenes visjoner om sømløse og effektive tjenester med bruk av teknologi. I håp om at en totalleverandører av utstyr og tjenester både kunne svare på effektivitets- og økonomihensyn – og likevel bidra til at statens og markedskreftenes ambisiøse visjoner ble iverksatt – hadde to store og markedsledende IKT-firmaer blitt valgt i de respektive kommunene. Case-kommune 1 kunne trolig på bakgrunn av sine disposisjoner ane at realiteten var mer kompleks enn firmaenes lovnader og beskrivelser tilsa. Denne kommunen hadde i tillegg sikret seg samarbeid med både ingeniørmiljøet ved høyskolen og et lokalt og erfarent firma med lang fartstid på teknologiområdet. På den annen side fremstod det som underlig at denne kommunen hadde trodd blindt på firmaenes store lovnader og høye ambisjoner, ettersom de på bakgrunn av første prosjektperiode hadde hatt mye erfaringer med tekniske feil og mangler. Prosjektmedarbeideren Anna uttrykket sin misnøye med følgende sitat:

«Altså vi [Case-kommune 1] har jo lang erfaring med dette [bruk av flere velferdsteknologiske sensorer] og vi ser jo at det er nytt for de [Teknologileverandør 2]. Så det er jo en risiko for at alt ikke er(...) og risiko for miskommunikasjon med leverandør i og med at det er nytt så blir det litt sånne ting. Vi trodde at ting [utstyret] skulle ha vært mer utprøvd enn det var så det er jo det med å ha en mellomting mellom å være innovativ – det er jo litt risiko med det – men hadde man kjørt på noe litt mer 'safe' så hadde det kanskje vært litt mer utprøvd» (intervju med prosjektmedarbeider Anna, juni 2017).

6.3.8 Homologien mellom konsumenter og produsenter

Tro til produksjonsfeltets doxa og visjoner om den velferdsteknologiske satsningen i form av utvidelsen og digitaliseringen av trygghetsalarmen med økt bruk av multiple, såkalt «intelligente» velferdsteknologiske sensorer som virket av seg selv i bakgrunnen og ikke krevde brukeraktivering, hadde både kommunene og teknologifirmaene i så måte samme ambisjoner og illusio for spillet. Firmaenes og kommunenes posisjoneringer var i den forstand homologe, men det skulle på den annen side vise seg at særlig Case-kommune 1 sine disposisjoner og kapitalvolum på området ikke var

homologt med den valgte hovedleverandørens kapitalvolum, på tross av å ha posisjonert seg som en av de «markedsledende aktørene på området». Motsatt var det slik sitatet over viser slik at prosjektgruppens helseprofesjonelle ansatte tidvis hadde mer kunnskap og erfaring på området, enn den valgte hovedleverandøren av utstyr og tjenester.

Case-kommune 1 inntok på bakgrunn av sin betydelige kulturelle kapital i form av kompetanse og erfaring med bruk av velferdsteknologiske sensorer utover trykghetsalarmen (fra velferdsteknologiprojekt 1) – samt kontaktnettverk med ingeniørmiljøet ved den samarbeidende høyskolen – en ledende rolle i prosjektet. Kommunens disposisjoner og posisjon medførte trolig også at de hadde høyere forventinger til hva det nye digitale utstyret og responstjenestene skulle levere, hvorpå deres sosiale lidelse (skuffelse) skulle vise seg å bli større enn de andre kommunenes skuffelser, når ambisjonene ble vanskelig å realisere. På den annen side hadde kommunens disposisjoner og store ambisjoner for velferdsteknologisatsningen ledet til en sær kompleks organiseringsmodell for tjenester og teknisk infrastruktur. Ikke bare hadde de valgt en teknologileverandør (Teknologileverandør 2) med en rekke underleverandører som hadde separat programvare. I tillegg var ytterligere en leverandør (Teknologileverandør 1) som samarbeidet med nok et annet selskap for å knytte alle løsningene (inkl. responstjenester) sammen til en helhetlig og sikker teknisk løsning, blitt engasjert. Målet om bruk av multiple, individuelt innstilte sensorer i boligen i tillegg til andre former for velferdsteknologi slik som lokaliseringsteknologier (eks. GPS, mobiltrykghetsalarm ol.) og elektroniske pilledispensere, hadde komplisert prosessen og den tekniske arkitekturen ytterligere. I tillegg arbeidet prosjektgruppen med å undersøke muligheten for bruk av digitalt tilsyn i omsorgsboliger og sykehjem.

Case-kommune 2 som i utgangspunktet hadde en mer avventende holdning og forventning til velferdsteknologisatsningen, ble i så måte tilsynelatende mindre skuffet enn Case-kommune 1, men denne kommunens prosjektledelse var på den annen side rimelig eksplisitte i å uttrykke sin misnøye til leverandører og de andre samarbeidende

kommunene i løpet av etableringsfasen. Foruten å advare om mulig kontraktsbrudd var prosjektgruppen tydelig i møter og annen dialog med firmaene (både leverandør nr. 2 og 3) om at det de leverte ikke var godt nok. Skuffelsen gikk mest på at denne kommunen som i utgangspunktet hadde vært veldig tydelige på de ønsket at teknologileverandørene skulle ta ansvaret for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden, nå ble involvert i både testing av utstyr og teknisk infrastruktur. I tillegg klarte ikke Teknologileverandør 3 å levere på lovnaden om integrasjon med EPJ, som var hovedpremisset for inngåelsen av avtalen med dette firmaet i utgangspunktet. Case-kommune 2 som innledningsvis i prosessen hadde inntatt en avventende posisjon hadde trolig mindre illusio for spillet, og der troen på statens og næringens visjoner om det smarte hus følgelig ikke stod like sterk i denne kommunen. At diskrepansen mellom visjoner og realiteter var stor var trolig ikke like overraskende for denne kommunen. Case-kommune 2 hadde også investert mindre tid, personell og økonomiske ressurser i prosjektet gjennom årenes løp, der det følgelig stod mindre på spill for prosjektgruppen i denne kommunen til sammenligning med Case-kommune 1. På den annen side har drøftelsene av den innovative anskaffelsesprosessen (6.2.5) vist at investeringen for Case-kommune 2 særlig siste par årene også hadde vært betydelig og økende til sammenligning med kommunens tidligere investeringer.

En vei til å forstå og forklare tiltroen kommunene hadde til firmaene på bakgrunn av anbudsprosessen, var å undersøke deres markedsføringsstrategier i lys av doxaet skapt i produksjonsfeltet.

6.3.9 De observerte firmaenes markedsføringsstrategier i lys av produksjonsfeltets doxa

En av prosjektmedarbeiderne fortalte meg at det ikke var sensorene som kostet penger i dette prosjektet, men de personellressursene og kompetansen som krevdes for å gjøre behovskartlegginger av tjenestemottakerne, koble sensorene opp imot responstjenesteløsningen på datamaskinen, konfigurere utstyret (eks. legge inn persontilpassede tidsintervaller ol.), koble opp utstyret i tjenestemottakers bolig, samt teste at hele systemet fungerte slik det var tiltenkt. En studie av iverksettere av

velferdsteknologi i britisk kontekst pekte i likhet på at velferdsteknologisatsningen og særlig overgangen til digitalt utstyrt hadde krevd både betydelige økonomiske og personellmessige ressurser (Stirling & Burgess, 2021, s. 70-72).

Det observerte utstyret i mine case-kommuner fremstod som varierende i kvalitet, men ble derimot markedsført som «persontilpassete løsninger». På bakgrunn av studiens observasjoner av det intensive og høykompetente arbeidet som ble utført av lokale iverksettere, ble utstyret derimot først persontilpassede etter prosjektmedarbeidernes grundige kartlegginger av den enkeltes behov, tilpasning av utstyret og kontinuerlige konfigurering av utstyret etter hvert som brukernes behov endret seg.

Teknologifirmaene leverte derimot ifølge min informant masseproduserte og utilpassede sensorer fra Asia, markedsført som såkalte «plug and play»-løsninger. «Plug and play»-begrepet henspiller som nevnt på at oppsett, tilpasninger og konfigurering skal være så enkelt at helsepersonell uten teknisk bakgrunn skal få det til like enkelt som å sette en stikkontakt i vegg eller trykke på en bryter. Som analyse- og drøftingskapittel 3 (kap. 7.) derimot vil løfte frem, viste feltarbeidene i denne studien at det på langt nær var så enkelt som mange av de store teknologifirmaene markedsførte det som. Det var både kompetanse- og ressurskrevende å gjøre gode tilpasninger av utstyret, samt fange opp eventuelle forandringer i tjenestemottakernes behov.

Sosiologisk interessant ble det også funnet en diskrepans mellom reklamens fremstilling av (stereo)typiske brukere av velferdsteknologi, og den livssituasjon og situasjonsnivå de reelle (observerte) brukere av velferdsteknologi i denne studien viste seg å ha. Det ble ikke funnet store forskjeller mellom studiens teknologifirmaer relatert til hvordan de fremstilte det gode liv (og alderdom) med bruk av teknologi, det var snarere en tydelig homogenitet i fremstillingene. Mange av bildene viste den typiske brukeren (eldre person) sammen med helsepersonell eller ektefelle hvorpå de i felleskap studerte teknologien entusiastisk. Denne fremstillingen er på mange måter stikk i strid med mange av de dominerende legitimeringsstrategier for bruk av

teknologi i helsepolitiske føringer, der teknologiens målsetting er at man skal klare seg mest mulig på egen hånd og derav kreve færre menneskelige tilsyn fra offentlige tjenester (se f.eks. Helsedirektoratet, 2015, s. 9). I min studie var det flest enslige og «ressurssvake», «skrøpelige» kvinner med høy alder 85+ som hadde behov for hjemmetjenester og fikk tildelt teknologi (jfr. punkt 6.1.1 og 6.1.2). I en studie basert på spørreundersøkelser av hjemmeboende eldre med demens i norsk kontekst, fant forskerne i likhet at det å være kvinne, ha høy alder, bo alene, med komorbiditet og lav funksjonsevne var blant faktorene som økte sannsynligheten for at man hadde velferdsteknologi installert i boligen (Puaschitz et al., 2021).

De avbildede eldre tjenestemottakerne på «reklameplakatene» til samtlige av teknologifirmaene (nr. 1, 2 og 3) fremstod imidlertid snarere som velfungerende pensjonister i tilsynelatende 60-70-års alderen, som bodde i rene og ryddige (borgerlige, øvre middelklasse) hjem som gir inntrykk av høy økonomisk, sosial og kulturell kapital. Nesten samtlige av bildene viste at den eldre personen leser en god bok eller lytter til radio i et delikat og velutstyrt hjem. Denne fremstillingen underbygger de politiske visjoner om at man skal planlegge for egen alderdom tidlig gjennom kjøp av en enklere bolig, selv om empiriske undersøkelser (bl.a. mine observasjonsstudier) og annen forskning har avdekket at det i realiteten ikke er slik at alle pensjonister har råd til en moderne og tilpasset leilighet (Sørvoll et al., 2014). Valget om å bli boende i sin enebolig kan også, hvis man medtenker Bourdieus (2000/2005, s. 20-24) utlegginger om «husets mytologi», vitne om at det kan være vanskelig å selge huset, fordi det er et hjem som symboliserer personens levde liv og sosiale reproduksjon (jfr. punkt 4.3).

Fremstillingen av den ressurssterke og selvhjulpne eldre på markedsføringens bilder kan videre vitne om statens idealbilde av alderdommen eller borgernes måte å innrette seg for alderdommen. Studien avdekket derimot at teknologiens fremste målgruppe var de mest skrøpelige hjelpetrequende i samfunnet som på ingen måte har slike «glossy» hjem, og som oftest får teknologien fordi de bor alene og samtidig har en eller annen

form for aldersrelatert svekkelse. På den annen side kunne det synes som at firmaene i sine markedsføringsstrategier i noen i medtenkte at deres primære målgruppe er aleneboende eldre, der det eksempelvis var noen bilder på nettsidene der brukerne av teknologi var (yngre) eldre og ble avbildet alene. Teknologien ble riktignok fremstilt på en diskre måte i form av en trygghetsalarm rundt halsen, eller i form av plassering av teknisk utstyr i bakgrunnen på et skatoll, en bokhylle etc. Bildene kommuniserte ikke dramatisk eller noen form for nødsituasjon der brukerne hadde behov for hjelp, slik tidligere markedsføringsstrategier ofte gjorde (jfr. kap. 3.5.4 og 5.6).

Det siste analyserte bildet fra Teknologifirma 1 sin nettside viser en eldre person med en mobil trygghetsalarm på armen, avbildet på en fjelltopp der han skuer utover norsk natur. Symbolsk spiller bildet på den norske kulturarven der friluftsliv og natur (nasjonalromantikk) er en kulturell dimensjon som mange nordmenn assosierer seg med og tillegger verdi (gjenkjenner og anerkjenner). Videre kan bildet tolkes å kommunisere statens folkehelsevisjoner om aktiv aldring og sunne valg gjennom hele livsløpet. Studiens empiriske undersøkelser har imidlertid avdekket at de fleste som får GPS eller var i målgruppen for å få det, derimot hadde ganske langtkommen demens. De reelle brukerne av GPS i kommunale realiteter vil i så måte aldri kunne komme seg på fjelltur, slik «reklameplakaten» (bildene på nettsiden) skaper et inntrykk av. Som avhandlingens tredje analyse- og drøftingskapittel (kap. 7) vil drøfte ble GPS og annen lokaliseringsteknologi derimot tilsynelatende brukt for å overvåke personer med demens for å ha kontroll på at personen ikke gjorde noe farlig, f.eks. gikk ut om natten, også som følge av at personen som hjemmetjenestemottaker var under kommunens juridiske ansvar.

Bilder av operatører på responscenter for velferdsteknologi ble også funnet brukt av studiens observerte velferdsteknologifirmaer som del av markedsføringen, da særlig hvis det aktuelle firmaet kunne vise til at de leverte en totalløsning med både utstyr og responstjenester. I likhet med bildene av brukerne spiller også bildene av operatørene på en rekke stereotypier. Det er ofte en unge, etnisk norsk (ofte blondine, nordisk

utseende) kvinner som smiler og gir inntrykk av imøtekommenhet og kontroll. Forskning på arbeid og de praktikker som utføres på et responscenter fra britisk kontekst peker derimot på at responscenterarbeid kan være en svært belastende, underbetalt posisjon med mye psykisk stress, noe denne studiens observasjoner på et responscenter eid av en privat tilbyder av helse- og omsorgstjenester høsten 2016 også underbygget. For eksempel bygger operatørene bånd til innringerne og utvikler empati for deres vanskelige livssituasjoner, men har ingen mulighet for fysiske besøk. Relasjonen er også ofte under betydelig tidspress der harde prioriteringer må gjøres og det målet ofte er å få avsluttet samtalen fortest mulig ettersom raske svar- og avklaringer er idealet (Procter et al., 2016; Roberts & Mort, 2009; Roberts et al., 2012).

Oppsummert kan man peke på en delvis homologi mellom statlige visjoner og de analyserte markedsføringsstrategier gjennom historien (jfr. kap. 3.5.4 og 5.6) og denne studiens observerte firmaers markedsføringsstrategier i form av flyers, informasjonsmateriell, muntlige presentasjoner, samt en gjennomgang av bildebruk på de valgte firmaenes nettsider. Som det ble drøftet i kapittel 4 er det vanskelig å avdekke om doxaet i produksjonsfeltet har sin opprinnelse i teknologinæringens markedsføringsstrategier eller om markedet i størst grad tilpasser seg statlige visjoner på området. Det kan imidlertid synes som at samstemtheten mellom staten og markedskreftene er enda tydeligere i nyere markedsføringsstrategier der det både tegnes et bilde av teknologien som noe nytt, innovativt og banebrytende, samtidig som reklamen både bidrar til å tilsløre kommunale realiteter – deriblant hvem og hva teknologiens egentlige siktemål er. Både statlige visjoner og reklamens budskap fungerer derav som en symbolsk makt og vold ettersom budskapet blir akseptert og naturalisert i form av at ingen stiller spørsmål ved fremstillingene. Budskapet kan i så måte også karakteriseres som et herskende doxa som synes å ha blitt inkorporert på kommunalt plan.

Snarere enn elitære fremstillinger av ressurssterke eldre i rene hjem med overfylte bokhyller, rettes velferdsteknologi i praksis seg mot samfunnets mest sårbare og

skrøpelige eldre (deriblant særlig personer med demens) som tilbake i historien ville ha blitt tildelt fast plass på sykehjem (jfr. punkt 4.1.2). Dette sentrale funnet om diskrepansen mellom både statlige visjoner, markedskreftenes budskap (symbolbruk) og kommunale realiteter vil drøftes mer inngående ved hjelp av empiriske eksempler i avhandlingens siste analyse- og drøftingskapittel.

6.4 Oppsummerende drøftelser om kamper i konsumpsjonsfeltet i relasjon til produksjonsfeltets visjoner om egenomsorg i smarte hus

Dette andre analyse- og drøftingskapittelet har gjennom en rekke empiriske eksempler forsøkt å bryte med det herskende doxa i produksjonsfeltet om saken. For eksempel har det blitt argumentert for at det oppstod kamper i refortolkningen og reforhandlingen av både staten og næringens (produksjonsfeltets) doxa og rådende teser om saken, som blant annet kom til uttrykk i myndighetsinitierte og/eller stimulerte sosiale praktiker slik som innovativ offentlig anskaffelse av velferdsteknologisk utstyr og tjenester og gevinstrealiseringsevalueringer. Videre var det misnøye blant noen kommuner, (deriblant Case-kommune 2) når noen kommuner slik som Case-kommune 1 fikk forrang foran andre i den statlige velferdsteknologisatsningen, hvorpå analysen har vist at det som av myndighetene (og kommunene selv) ble fremstilt som «naturlige» og rettferdige tildelinger, også kan ha vært en forskjellsbehandling relatert til disposisjoner. Med det mener jeg at det som fremstod som en «naturgitt dyktighet» ved hjelp av studiens feltoptiske analyser har vist at derimot var relatert til ervervet kulturell og sosial kapital på velferdsteknologiområdet, som videre generte den symbolske kapitalen som krevdes for å tilegne seg finansielle midler fra eksterne tilbydere av både faglig og finansielle støtteordninger (økonomisk og kulturell kapital). Her kan man trekke paralleller til Bourdieu og hans kollegaers (1970/2006) studie av skolen og diskusjoner av den dobbelte symbolske volden elever fra de lavere sosiale klasser opplevde på skolen (materialisering av staten), som følge av å både bli fremstilt som

de svakeste i klassen og der skolesvakhet attpåtil ble fremstilt som noe naturgitt (Bourdieu & Passeron, 1970/2006).

Det vil herav argumenteres for at statens symbolske makt på velferdsteknologiområdet virket på en lignende voldelig måte der noen ble fremmet som «best i klassen» og et eksempel til etterfølgelse for andre kommuner, mens andre kommuner ble oversett. Den symbolske makten fungerer på et ikke-bevisst plan og er derav skjult for både voldsutøver og mottaker, hvorpå statsbyråkratiets agerende sine subjektive posisjoneringer og selvforståelse gikk i retning av «alt vi gjør gjøres for å bidra til å hjelpe kommunene til å lykkes med velferdsteknologisatsningen», mens selve premisset for satsningen bygger på et doxa, eller en vedtatt og udiskutabel sannhet om at det er velferdsteknologi og ikke andre løsninger som nå skal løse «fremtidens omsorgsutfordringer». Når et doxa er etablert i det sosiale rommet blir både ortodoke (den opprinnelige måten å gjøre pleie- og omsorg på) og heterodoke (andre løsninger på fremtidens omsorgsutfordringer enn teknologi) tilnærminger utenkelige, noe det til nå har blitt argumentert for at er gjeldende på det norske velferdsteknologiområdet. På det nasjonale velferdsteknologiområdet bestående av både statlige, private og kommunale organisasjoner oppstod det derav en rekke former for press og sammenligning både mellom teknologileverandører, kommuner og internt i organisasjonene, som også kan ha bidratt til det man i nyinstitusjonell organisasjonsteori omtaler som *isoformisme* (formlikhet). Det ble også tegnet et bilde av at det å få på plass velferdsteknologisatsninger kommunalt var noe som hastet av både tekniske, demografiske og økonomiske grunner.

Denne ph.d.-studiets empirisk-teoretiske diskusjoner har i den sammenheng vist hvordan staten fungerer som en «dobbel sosial konstruksjon», eller konstruktør i form av å både på et symbolsk og praktisk plan bidra til å endre doxaet (synet på saken) blant praktikerne (samt befolkningsopinionen). Den andre delen av staten som dobbel sosial konstruktør ledet til at doxaet ble transformert til en norm gjennom mer konkrete praktiske virkemidler slik som innovasjons-, anskaffelses-, og

gevinstrealiseringsmetodikker, i tillegg til faglig og finansiell støtte via Nasjonalt velferdsteknologiprogram og lignende statlige institusjoner/direktorater (for noen utvalgte kommuner). Kommunene tenkt som en posisjon i et felt og prosjektgruppene tenkt som en posisjon i et sosialt rom, posisjonerte seg imidlertid ulikt til saken og hadde ulike strategier i møte med statens praksisformer. På bakgrunn av individuelle og kollektive habituskonstruksjoner – dvs. kartlegginger av både individenes disposisjoner og strukturelle forhold og mulighetsbetingelser på kommunalt plan – har det blitt konstruert frem tre motstridende posisjoner i det sosiale rommet: teknologioptimisten, pragmatikeren og teknologiskeptikeren. *Teknologioptimisten* befant seg høyest i makthierarkiet og var følgelig mest tro til produksjonsfeltets doxa, mens den *pragmatiske* mellomposisjonen mellom statlige visjoner og kommunale realiteter var nærmere orientert mot ansatte, tjenestemottakere og deres familiers problemstillinger, samtidig som troen på spillet (illusio) også stod sterkt i denne posisjonen. En *avventende* posisjon ble funnet i det kommunale iverksetternivået, mens en eksplisitt *teknologiskeptisk* posisjon var å finne nærmere den utøvende tjeneste som håndterte brukernære tekniske problemstillinger.

Videre har det blitt argumentert for at teknologinæringen på den ene side er del av *konsumpsjonsfeltet* i form av å produsere det materielle utstyret og organisere den tekniske infrastrukturen, mens det på den annen side har blitt vist hvordan firmaenes markedsføringsstrategier har endret seg over tid og trolig både påvirker og påvirkes av statlige fremstillinger av saken. Firmaene kan i den forstand hevdes å være del av *produksjonsfeltet* der teser om velferdsteknologi skapes og til sammen utgjør et herskende doxa om saken. Det kan også argumenteres for at myndighetene har tatt opp i seg firmaenes markedsføringsstrategier som del av det som skaper doxaet om saken, men det å kunne si noe mer om maktbalansen i dette forholdet (stat-næring) derimot vil kreve empiriske undersøkelser.

På kommunalt nivå har jeg imidlertid argumentert for at teknologifirmaene i større grad ble en del av konsumpsjonsfeltet i form av ansvar for praktisk tilrettelegging og

funksjon av storparten den velferdsteknologiske tjenestekjeden, der også firmaene ble lidende av den statlige symbolske makten og volden. For eksempel pekte mange informanter på en mangelfull styring fra myndighetene når det kom til retningslinjer for teknisk infrastruktur og standardiserte løsninger. Visjonen om «sømløse tjenester» og et leverandøruavhengig marked der kommunene kunne velge og vrake på den velferdsteknologiske utstyrsmenyen viste seg derimot å være svært urealistisk. I sammenheng med statens visjoner om sømløse «plug and play»-løsninger måtte firmaene samarbeide tett og tidvis avsløre sine bedriftshemmeligheter til andre konkurrerende firma for å få løsningene til å fungere. Videre ble den sosiale lidelsen stor og den symbolske volden tydelig når teknologifirmaene måtte stå til ansvar for den tekniske svikten overfor både myndighetene og kommunene, mens det derimot var staten som på mange måter stod ansvarlige for å ha tegnet det urealistiske bildet av virkeligheten og markedets modenhet. På den annen side må staten kunne kreve at næringen gir ærlige tilbakemeldinger på hva som til enhver tid er teknisk mulig og markedets modenhet. Det å hevde seg i «rommet av produsenter» i en periode preget av hastverk og hurtighet fra statens side kan på den annen side ha medført at noen leverandører endte opp med «å selge skinnen før bjørnen var skutt», der kommune-Norge følgelig endte opp som en omfattende testarena for umodne velferdsteknologiske løsninger.

Den sosiale lidelsen som oppstod i diskrepansen mellom produksjonsfeltet (både staten og næringen) visjoner var mangfoldige og beveget seg på tvers av det kommunale tjenestehierarkiet, noe avhandlingens tredje analyse- og drøftingskapittel (kap. 7) vil belyse gjennom empiriske eksempler fra feltobservasjoner og forskningsintervju med ansatte, samt samtaler med et utvalg av tjenestemottakerne.

7. Analyse- og drøftingskapittel 3: Den sosiale lidelsen i diskrepansen mellom produksjonsfeltets visjoner og kommunale realiter

Dette tredje og siste analyse- og drøftingskapittelet søker i likhet med det forgående kapittelet svar på studiens tredje forskningsspørsmål og feltanalytiske underspørsmål¹⁷⁶ om hvordan velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praktikk virker strukturerende på agerende i hjemmetjenestefeltet. Der avhandlingens andre analyse- og drøftingskapittel (kap. 6) hadde særlig fokus på ledelses- og iverksettelsesnivået av tjenesten og hvilke nye praktikker og kamper produksjonsfeltets visjoner skapte i møtet med denne ansattgruppen, vil dette tredje analyse- og drøftingskapittelet også rette blikket mot hvilke konsekvenser velferdsteknologiprojektet og nye organiseringsmodeller fikk for ansatte i utøvende tjeneste og tjenestemottakerne.

I kapittel 6 ble det argumentert for at mange av valgene som ble tatt på «ledelses- og iverksettelsesnivået» var påvirket av det herskende doxaet skapt i produksjonsfeltet, der staten og næringens ansvar for den sosiale lidelsen på praktisk plan følgelig ble drøftet. Dette tredje analyse- og drøftingskapittelet vil bygge videre på tesen om en maktubalanse mellom produksjonsfeltet og konsumpsjonsfeltet, men i tillegg belyse den sosiale lidelsen iverksetterne i teknologifirmaene også opplevde når de ikke klarte å levere på staten og næringens egne visjoner.

¹⁷⁶ 3) Hvordan virker velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praktikk strukturerende på helsepersonell, tjenestemottakere og deres pårørende, og hvordan kan det ha seg at denne sosiale praktikken får så stort fokus og prioritet i hjemmetjenestene?

3a) Hvilke agenter er engasjert i praktikken (bruk av velferdsteknologi) og hvordan posisjonerer de seg til saken?

3b) Hvordan kan posisjoneringene til saken (velferdsteknologi) forklares på bakgrunn av agentenes posisjon og disposisjoner?

3c) Hvordan kan velferdsteknologiens strukturerende virkninger på hjemmetjenestefeltet og tjenestemottakerne (familiene) forstås og forklares på bakgrunn av agentenes posisjon og disposisjoner?

Analysedelen setter i så måte et overordnet søkelys på konsekvensene av politikken i form av de ulike agerende i hjemmetjenestefeltets ulike former for sosial lidelse. Ved hjelp av studiens empiriske eksempler vil det følgelig argumenteres for at avstanden mellom produksjonsfeltets visjoner og hva som ble både teknisk og organisatorisk mulig på kommunalt og praktisk plan ble for stor. Videre vil ringvirkningene av denne diskrepansen mellom visjoner og realiteter nedover i tjenestehierarkiet og helt inn til tjenestemottakernes hjem og hverdagsliv belyses, der et sentralt poeng relaterer seg til at konsekvensene tilsynelatende ble størst for de agerende med minst makt og innflytelse (kapitalvolum) i subfeltet kommunale hjemmetjenester. Her fremstod det teoretiske begrepet *symbolsk vold*¹⁷⁷ hos Bourdieu relevant å medtenke, der det vil argumenteres for at volden kom til syne når produksjonsfeltets visjoner «kolliderte» med både kommunenes, men kanskje særlig teknologifirmaenes tilgjengelige ressurser og kompetanse på velferdsteknologiområdet.

Hvordan den symbolske volden kom til uttrykk, samt hvem som fremstod som voldsutøver og offer kan forklares ved hjelp av den kjente ligningen [(Habitus) (kapital)] + felt = praktikk¹⁷⁸ (Bourdieu, 1984, s. 101) i Bourdieus felt- og praktikkteori. Det fremstod for eksempel å være en «kollisjon» mellom et teknologimarked som hadde solgt altfor komplekse og avanserte teknologiske installasjoner i møte med et hjemmetjenestefelt under press i form av et økende pleie- og omsorgsansvar for både alvorlig syke og aldersvekkede mennesker (jfr. kap. 4 og 6). Håndteringen av kollisjonene mellom visjoner og realiteter i de observerte praktikkene kan også forstås og forklares på bakgrunn av de agerende i subfeltet hjemmetjenestens habitus, deres kapitalvolum og struktur, samt feltets strukturerende strukturer. Videre fremstod begrepet den *praktiske sans* hos Bourdieu (1980/2007), som handler om hvordan habitusene til de agerende virker som et inkorporert

¹⁷⁷ Jfr. underkapittel 2.4.3 i teorikapittelet.

¹⁷⁸ Egen oversettelse fra den engelske utgaven av *Distinksjonen* fra 1984 med tittelen *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*.

handlingskompass i møte med den praktiske realitet og feltets utfordringer, særlig relevant å tenke med i denne analysedelen (jfr. underkapittel 2.4.2).

Kapittelet bygger på observasjons- og intervjuundersøkelser på ulike nivåer av tjenestehierarkiet i subfeltet hjemmetjenesten. Både velferdsteknologiprojektets ledere og «iverksettere», utøvende helsepersonell i hjemmetjenestene, samt tjenestemottakere og deres familier ble observert og samtalt med i løpet av denne feltarbeidsperioden. I tillegg ble prosjektmedarbeiderne/iverksetternes løpende dialog med teknologileverandørene observert på møter, oppfølgingssamtaler osv. Informasjon om samarbeidsrelasjonene mellom leverandørene og kommunene ble også tilgjengelig for forskeren gjennom prosjektmedarbeidernes beskrivelser på interne prosjektgruppemøter, samt under intervjuundersøkelsene.

Denne andre delen av feltarbeidene fant sted i perioden 2017-2019 og representerte en kaotisk overgangsfase fra analoge til digitale teknologier, der også nye organiseringsmodeller for hjemmetjenesten med bruk av velferdsteknologi ble etablert. For eksempel ble flere ulike typer velferdsteknologiske sensorer fra nye tjenesteleverandører prøvd ut i begge case-kommunene. I Case-kommune 1 hadde i tillegg velferdsteknologiprojektets medarbeidere fått en større del av ansvaret for den velferdsteknologiske tjenestekjeden, inklusiv respondering på alarmer- og varsler fra utstyret i et lokalt responssenter. Case-kommune 2 fikk på sin side førstehåndserfaring med enkelt velferdsteknologiske sensortyper, samt elektroniske pilledispensere og mobile trygghetsalarmer med mulighet for GPS-sporing. Denne kommunen hadde foruten å ha etablert samarbeid med nye teknologileverandører også fått ny leverandør av mobile omsorgstjenester (arbeidslister og brukerjournal via app på smarttelefon), samt avtale med en ekstern, privat tilbyder av responstjenester.

7.1 Prosjektledernes kamper og sosiale lidelse

Som analysene av prosjektgruppedarbeidernes overordnede posisjoneringer til velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praksis i avhandlingens andre analyse- og drøftingskapittel viser, så var samtlige av iverksetternes offisielle ståsted tro til produksjonsfeltets doxa, der de to fremanalyserte teser om velferdsteknologi (økt kvalitet og reduserte kostnader) tilsynelatende var blitt naturalisert og inkorporert som en sannhet (doxa) som ingen stilte spørsmål til lengre i dette sosiale rommet. På den annen side fremstod de agerende høyere opp i makthierarkiet på bakgrunn av deres disposisjoner mer teknologioptimistiske i sine posisjoneringer, der problematiseringer av velferdsteknologiprojektene sakte fremgang, tekniske utfordringer, samt konsekvenser av dette i mindre grad ble eksplisitt problematisert/uttalt av prosjektledelsen og agerende i kommunalpolitisk administrasjon. På den annen side var det tilstedeværende kamper som ble tatt «på bakrommet». I lys av Bourdieus feltoptikk var det interessant å komme forbi de offisielle ståstedene som doxabærerne i subfeltet var tro til og fremmet, og undersøke om det var andre tegn til intern motstand, både på individ- og gruppenivå som for eksempel kunne spores i ansiktsuttrykk, kroppsspråk eller handlinger som var avvikende fra det offisielle ståstedet (doxa) og derav fremstod som ortodokse eller heterodokse.

Den øverst posisjonerte gruppen ansatte på prosjektgruppenivå agerte som nevnt i større grad på et ledelses- og byråkratinivå i kommunen og stod i mindre grad med praktiske og brukernære problemstillinger i sitt daglige virke. Naturen i deres arbeidsoppgaver og sosiale posisjon medførte i så måte at de i mindre grad måtte hankses med og løse vanskelige tekniske utfordringer, samt sluttbrukernes (ansatte og tjenestemottakernes) daglige strev. Det kan derav argumenteres for at prosjektledelsen i noe mindre grad enn de lavere posisjonerte iverksetterne fikk kjenne den teknologirelaterte sosiale lidelsen på kroppen. På den annen side stod ledelsesgruppen med det øverste ansvaret og måtte rapportere videre til kommunens lokalpolitiske og

administrative ledelse, samt samarbeidende akademiske institusjon vedrørende eksempelvis prosjektenes fremgang og eventuelle feil og mangler. På den måten var det en stor belastning for prosjektlederne at det var sakte fremgang og mye tekniske utfordringer i prosjektet. Ledelsen måtte som kommunens ansikt utad i større grad enn de praktiske iverksetterne svare for prosjektets mindre vellykkede sider i lokalmedier, overfor lokalpolitikere og byråkrater, i møter med andre samarbeidende kommuner og produksjonsfeltets agenter (statsbyråkrati, teknologileverandører og academia). Videre måtte ledelsen også ta kampen mot teknologifirmaene og konfrontere dem direkte i møter i de tilfeller der det ble oppdaget avvik fra den signerte kontrakten.

Foruten å stå som ansvarlige for forsvarlige helse- og omsorgstjenester ved bruk av teknologi, måtte prosjektledelsen svare overfor lokalpolitisk ledelse og administrasjon omkring prosjektets ressursbruk og sakte fremgang. For eksempel viste det seg at innovative anskaffelser som sosiale praktikk initiert av posisjoner på den teknisk-økonomiske pol av produksjonsfeltet, ble en svært komplisert og tidkrevende prosess. Som avhandlingens foregående kapittel har belyst var det ikke bare fire ulike kommuner med ulike behov, visjoner og ønsker som skulle samarbeide om en felles innovativ anskaffelse, men også mange personer som representerte ulike posisjoner involvert når flere kommuners behov og ønsker skulle fremmes. Representanter fra høyskolens ingeniørmiljø, forvaltningsfaglige agenter, brukerrepresentanter, kommunale IKT-kyndige og agerende fra næringslivet var også med på dialogen, som tilsynelatende både beriket, men også kompliserte prosessen.

I disse møtene mellom ulike posisjoner i feltet kan man ved hjelp av Bourdieus feltteori tentativt skissere to motpoler som møttes. Ved den kulturelle, humanistiske og kvinnedominerte polen befant agerende med helsefaglig bakgrunn seg. I interaksjonen med den mannsdominert teknisk-økonomiske motpolen av dette sosiale rommet befant både kommunalt IKT-personell med utdannelse inne ingeniør- og datafag, akademikere fra høyskolens elektroingeniørmiljø, samt de kommersielle teknologileverandørenes agerende, som med et par unntak alle var menn. I den

innovative anskaffelsesprosess møttes både helseprofesjonelle iverksetter som var bærere av hjemmetjenestefeltets doxa – som det i kapittel 4 har blitt argumentert for at er tuftet på det medisinske felts doxa, men også en kvinnelig omsorgsideologi – og en teknisk-økonomisk pol av det sosiale rommet som i første rekke hadde kommersielle interesser. De helseprofesjonelle i dette sosiale rommet hadde – i motsetning til firmaene tidsavgrensede og kontraktsfestet samarbeidsperiode med kommunen – et evigvarende ansvar for innbyggenes ve og vel på mange flere områder enn bare de teknologiske aspekter.

Det fremstod imidlertid som viktig for de IKT-profesjonelle og til dels de helseprofesjonelle iverksetterne å få installert et ulike sensorer og utstyrstyper i kommunene, der denne agendaen tilsynelatende ble tilslørt og legitimert ved at de tekniske agerende også hadde tatt opp i seg mye av det herskende doxaet i det medisinske feltet om at «alt vi gjør gjør vi for brukernes beste». For eksempel ble ofte brukernes trygghet- og sikkerhet løftet frem når viktigheten av funksjonell og robust teknisk infrastruktur ble løftet frem. Videre ble teknologi i likhet med produksjonsfeltets argumentasjonsmåter og sentrale teser formidlet som et premiss for å kunne aldres i trygghet, sikkerhet og trivsel i eget hjem. Produksjonsfeltets to sentrale teser fremstod derav som et rådende doxa som ble lite utfordret av den teknisk-økonomiske polen av det sosiale rommet.

Analytisk kan den teknisk-økonomiske pols posisjoneringer i tråd med produksjonsfeltet forstås som en gunstig om enn ikke-bevisst strategi for både de agerende fra akademia og de kommersielle aktørene. Med det mener jeg at å underbygge begge de sentrale tesene i produksjonsfeltet (velferdsteknologi bidrar til trygghet, sikkerhet og kvalitativt bedre tjenester, samtidig som utstyret sparer tid og penger) underbygget de tekniske agentene sin egen posisjon og legitimitet i det sosiale rommet. Å være tro til produksjonsfeltets doxa fremstod videre som både inkorporert og naturlig, der det ikke var spørsmål om, men hvordan velferdsteknologi skulle implementeres i denne «spredningsfasen» av prosjektet. Den akademiske institusjonen

som sammen med Case-kommune 1 hadde vært med på å muliggjøre FOU-prosjektene om velferdsteknologi i kommunene, måtte nødvendigvis ha en stor tro eller illusio for spillet, der det å så tvil ved velferdsteknologiens bidrag til kvalitet og effektivisering derimot ville undergrave deres posisjon.

Å stille kritiske (heterodoxe eller ortodoxe) spørsmål til det herskende doxa fremstod i så måte ikke som en reell mulighet på de observerte møtene for hverken helsepersonell eller de teknisk-økonomiske agentene – da på tross av at antallet møter var mange og den personellmessige ressursbruken var stor og involverte et stort antall høyt posisjonerte ansatte fra både offentlig og privat sektor. Som det fremgår av avhandlingens kapittel 3 om forskningsprosessen, deltok jeg på hele 33 møter, mens enda flere møter i realiteten ble avholdt, særlig i relasjon til den innovative anskaffelsesprosessen. Foruten å involvere et stort antall høyt utdannede og posisjonerte ansatte fra kommunene med lang arbeidserfaring fra kommunal hjemmetjenesteledelse, forvaltning, innkjøpsavdeling, IKT-avdeling ol., involverte møtene også helsepersonell med lang arbeidserfaring fra hjemmetjenestene (inkl. høy grad av formalkompetanse). I tillegg var høyt posisjonerte akademikere helt opp på professornivå involvert i møtevirksomheten, i tillegg til posisjoner fra privat næringsliv med utdannelse innen økonomifag, IKT- og ingeniørfag og ledelse.

Det fremstod i så måte som et paradoks at velferdsteknologiprojektet ble hevdet å heve kvaliteten og effektivisere hjemmetjenestene, mens visjonene om avstandsomsorg ved hjelp av teknologi i realiteten medførte at kommunens mest kompetente ansatte med høyest sosial posisjon, parallelt beveget seg lengre og lengre vekk fra brukernære oppgaver og problemstillinger. Kommunens mest erfarne, formelt kompetente og faglig sett kyndige helseprofesjonelle beveget seg vekk fra brukernære og kliniske problemstillinger, på bakgrunn av satsningens kompleksitet med en involvering av mange ulike faggrupper og nivå av organisasjonen. Er det så betimelig og legitimt å spørre seg om velferdsteknologi i realiteten sparte kommunale ressurser, eller om det snarere var slik at velferdsteknologisatsningen flyttet ressurser fra laveste nivå av

tjenestehierarkiet opp til ledelses- og iverksettelsesnivået av de kommunale hjemmetjenestene?

Prosjektlederne i begge case-kommunene uttrykket eksempelvis fortvilelse og avmakt over at prosessen med den innovative anskaffelsen ble så ressurs- og tidkrevende for kommunene. Tids- og ressursbruken i velferdsteknologiprojektene var et forhold særlig prosjektlederne måtte stå til ansvar for å forsvare oppover i det lokalpolitiske- og byråkratiske makthierarkiet. Samtidig kom den omfattende ressursbruken i konflikt med det herskende doxaet om at velferdsteknologi sparer tid og økonomiske ressurser for kommunene. Økonomi og ressursbruk utviklet seg i så måte til å bli et kampområde på lokalt plan, der ulike syn på saken (tid- og ressursbruken i prosjektet) ulmet under overflaten, men der kritiske posisjoneringer tilsynelatende ikke var akseptert å uttrykke eksplisitt, ettersom slike posisjoneringer som overnevnt ville representere både et ortodox (gammeldage, bakstrevenske, teknologiskeptiske) og heterodox (kjettersk, alternativ) til det rådende doxa.

Prosjektlederne forsøkte i så måte tilsynelatende å «glatte over» de økonomiske utfordringene. For eksempel viste begge prosjektlederne og de assisterende lederne til en annen herskende tese i produksjonsfeltet som handlet om at det ved alle innovasjoner og komplekse velferdsteknologiske prosjekter må forventes en betydelig investeringskostnad i etableringsfasen. Tesen om at man må forvente seg en kostnader og en etableringsperiode i forbindelse med velferdsteknologi som innovasjon av tjenestene kan også tolkes som en form for byråkratisk legitimeringsstrategi som også hadde blitt observert fremmet på faglige arenaer i regi av produksjonsfeltets organisasjoner, f.eks. det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i regi av Helsedirektoratet, men også Leverandørutviklingsprogrammet ol. organisasjoner (jfr. kap. 6). Det var imidlertid påfallende at etableringsfasen ble utvidet en rekke ganger og strakk seg over et år lengre enn først planlagt. Posisjoneringer fra prosjektledelsen som gikk i retning av å forsvare velferdsteknologiprojektene omfattende ressursbruk, kan i en Bourdieu-optikk også tolkes som en harmoniseringsstrategi, som kan oppstå i

de tilfeller der de opplevde realiteter står i kontrast med de visjoner som er skapt høyere opp i maktfeltet og følgelig skaper en følelse av mislykkethet, dårlig samvittighet og skam. Den symbolske makten på strukturelt plan danner grunnlaget for både trossystemene og strategiene som kan omdannes til en symbolsk vold på individnivå når de involverte agentene ikke klarer å oppfylle de pålagte idealene for praksisområdet (Petersen, 1995).

I en feltoptikk kan man videre tenke seg at produksjonsfeltets symbolske makt på en ikke-bevisst og skjult måte «tvang» prosjektledelsen til å adlyde statlige visjoner og anvisninger om hvordan eksempelvis anskaffelsesprosessen av velferdsteknologi burde gjøres etter siste og beste praksis, noe analysekapittel 6 har drøftet inngående. Den symbolske makten kom for eksempel til uttrykk ved at det ikke var et krav, men kun en anbefaling fra myndighetshold om å gjøre innovative anskaffelser, men anbefalingen ble likevel tatt til etterretning og forsøkt gjennomført etter beste evne. Den symbolske makten ble til symbolsk vold når makten på et ikke-bevisst plan tvang prosjektlederne i en bestemt retning, som viste seg å være svært omfattende, kompleks og tid- og ressurskrevende. Når man harmoniserer med virkeligheten, forsøker man å gjøre det beste ut av tilværelsen. Dominansen og urettferdighetene foregår «bakom ryggen på oss» og befinner seg på et ikke-bevisst plan, sier Bourdieu. De fleste har gode intensjoner med det de gjør, det være seg å skrive en fagartikkel, lage et undervisningsopplegg for sykepleiestudenter eller utøve pleie- og omsorg for pasienter, men de bakenforliggende årsakene for at man gjør som man gjør og de ringvirkningene dette får for lavere stilte i tjenestehierarkiet er derimot skjult for praktikerne (Petersen, 1995a, s. 134). Selve grunnpremisset bak velferdsteknologisatsningen fra myndighetshold hadde som nevnt en iboende symbolsk makt og voldelighet i seg i form av at tradisjonelle måter å organisere tjenestetilbudet på i hjemmetjenesten nå ble devaluert som noe ineffektivt og gammeldags, som skulle reddes ved hjelp av innovasjon i offentlig sektor, da særlig i form av digitalisering av tjenester og implementering av velferdsteknologi (jfr. kap. 6).

En annen form for sosial lidelse eller bekymring prosjektledelsen kjente på kroppen var relatert til en rekke tekniske feil og mangler ved den valgte velferdsteknologien, der det følgelig oppstod en usikkerhet omkring kommunens mandat om og plikt til å levere forsvarlige og kvalitetsmessig gode helse- og omsorgstjenester til befolkningen. En måte prosjektledelsen forsøkte å kompensere for tekniske feil og mangler var å sikre at tjenestene var forsvarlige gjennom utarbeidelsen av ROS-analyser og beredskapsplaner ved teknisk feil, som på den måten sikret at den kommunale helse- og omsorgstjenestens øverste mandat og krav i lovverket om at tjenestemottakerne fikk forsvarlig helsehjelp ble ivaretatt. Både prosjektlederne og deres assisterende ledere, samt øvrige prosjektmedarbeidere var veldig opptatt av at teknologien måtte fungere for sluttbrukernes (både ansatte, tjenestemottakeres og deres pårørendes) trygghet og sikkerhet. Det var tydelig at prosjektledelsen kjente på at kravet om forsvarlige tjenester var truet, noe som tilsynelatende genererte stress og en sosial lidelse. Prosjektledelsen hadde for som nevnt «sikret» seg gjennom ROS-analysene og utarbeidelsen av detaljerte beredskapsplaner som de ansatte i utøvende tjeneste skulle benytte seg av ved strømbrudd, lav batterikapasitet, dårlig dekning eller andre årsaket til at teknologien kunne svikte.

På den annen side kan man likevel argumentere for at de øverste lederne i noen mindre grad led på et individuelt plan når teknologien sviktet og prosjektet ikke ble slik som det opprinnelig var tenkt, til sammenligning med for eksempel ansatte lavere nede i tjenestehierarkiet og tjenestemottakerne. Det var eksempelvis ikke prosjektledelsen som fikk de direkte henvendelser fra ansatte i utøvende hjemmetjeneste, tjenestemottakere eller deres pårørende når utstyret ikke fungerte. På den annen side måtte en av hjemmetjenestelederne og flere av prosjektmedarbeiderne i Case-kommune 1 ha med seg velferdsteknologisk utstyr (hub og sensorer) hjem for testing. Ved å ta med seg utstyret hjem ble også arbeidet tatt med hjem i de prosjektansattes familieliv og fritid, som uten tvil var utfordrende. Å ha med seg utstyr hjem for testing som kontinuerlig avga alarmer kan man tenke seg at bidro til en følelse av å alltid være i beredskap og kontinuerlig tenke på velferdsteknologiprojektets pågående tekniske

og organisatoriske utfordringer. Prosjektmedarbeideren Anna i Case-kommune 1 beskrev utfordringene med utstyret og det ansvaret de helsefaglige profesjonelle kjente på i den kaotiske etableringsfasen med mange tekniske utfordringer med følgende sitat:

Alle [prosjektmedarbeiderne] til og med enhetsleder fikk med seg en sånn boks [hub] hjem over julen, og alle hadde disse her [hubene] med seg hjem og jeg hadde massevis av alarmer hjemme. Og det så jo ut til å fungere. Helt til noen trakk ut kontakten og tenkte nå skal vi sjekke hvordan den fungerer på batteri, og da fungerte jo ikke den på batteri. Det var veldig dårlig batterikapasitet. Så derfor er det nå at vi venter på et sånn der ekstra «batteri-ting» på undersiden av den (transkript fra oppfølgingsintervju med Anna, juli 2018).

Oppsummert kan man peke på at prosjektledelsens sosiale lidelse lå på et mer overordnet nivå som innebar at de måtte kompensere for diskrepansen mellom byråkratiske visjoner om smarte hus, intelligente sensorer, innovative anskaffelser og selvhjulpne brukere, og hva som ble teknisk, organisatorisk, økonomisk og personellmessig mulig i komplekse kommunale hjemmetjenesterealiteter. Prosjektlederen i Case-kommune 1 måtte for eksempel etter tilbakemelding fra kommunal byråkratisk- og politisk ledelse innse at å bemanne et responscenter lokalt 24 timer i døgnet, 365 dager i året ble for ressurskrevende både økonomisk og personellmessig. Denne realiteten, men også skuffelsen måtte prosjektlederen bære på sine skuldre og videreformidle til kommunale prosjektmedarbeidere, samarbeidspartnere (kommuner, teknologileverandører og akademia mfl.), noe man kan tenke seg at opplevdes som et nederlag. Videre skulle det vise seg vanskelig å integrere en rekke teknologiske leverandører inn i samme tekniske infrastruktur, i tillegg til at teknisk integrasjon av løsninger som ofte var proprietære¹⁷⁹ medførte at utstyret ikke kommuniserte ideelt med hverandre. I tillegg var det en tilstedeværende organisatorisk kompleksitet innad i firmaene og organisatoriske forskjeller mellom leverandørene. Til sist ble samarbeidet mellom de agerende i det sosiale rommet komplisert av at de ulike agentene hadde ulike interesser og mål, selv om selvforståelsen i rommet var at man samarbeidet om like målsettinger. På bakgrunn av

¹⁷⁹ Produsentid programvare med opphavsrett der utstyret er bundet opp til konkret leverandør (Nilstun, 2021)

det overnevnte utfordringsbildet var det mot slutten av observasjonsperioden slik at noen kommunalt ansatte sådde tvil til de antatte besparelsene ved lokal forankring som ble fremmet tidlig i prosjektets planleggingsfase.

Prosjektlederen i Case-kommune 2 måtte på sin side innse at integrasjon med elektronisk pasientjournal (EPJ) skulle vise seg å være teknisk utfordrende relatert til både den innovative anskaffelsen tekniske kompleksitet, men også det velferdsteknologiske markedets manglende modenhet. De fremstod også å være mangel på statlig styring av næringen på dette området, noe prosjektlederen uttrykket mye misnøye med, men imidlertid måtte akseptere og videreformidle som en praktisk realitet til sine underordnede. Prosjektledelsen måtte også kompensere for diskrepansen mellom teknologinæringens markedsføringsstrategier som hadde tegnet et forenklet bilde av virkeligheten relatert til hva som var teknisk mulig i møte med komplekse kommunale realiteter. For eksempel hadde teknologinæringen posisjonert sine tekniske løsninger som relativt lavteknologiske «plug-and play» løsninger der utøvende helsepersonell i teorien bare kunne plugge inn «huben» og plassere de aktuelle sensorene på rett plass i boligen, mens innstillinger ol. ville kunne fjernkonfigureres av teknisk kyndig personell. Virkeligheten viste seg imidlertid å være mye mer komplisert, men også preget av teknisk sett uferdige løsninger. Kommunens prosjektgrupper fikk for eksempel i etableringsfasen et stort arbeid med såkalte «akseptanse-tester» som handlet om å sikre at teknologien fungerte på de kontraktsfestede punktene relatert til eksempelvis teknisk funksjon, robusthet og datasikkerhet. Denne tekniske kvalitetssikringen ble et stort arbeid som prosjektledelsen hverken hadde blitt forberedt på eller hadde forutsetninger for å stå til ansvar for. Kvalitetssikringen som ble påkrevd som følge av tekniske feil og mangler ble følgelig kommunenes problem hvorpå prosjektledelsen måtte organisere og skaffe til veie personell og økonomi til å gjennomføre teknisk testing.

Som øverst ansvarlige var teknologiens upålitelighet trolig en belastning som kjentes på kroppen, som eksempelvis kom til uttrykk i prosjektledelsen i Case-kommune 2 sine

motsetningsfulle posisjoneringer til saken. Under observasjon på et prosjektgruppemøte våren 2018 oppstod det for eksempel en diskusjon om det var myndighetene eller næringen som hadde ansvaret for at kommunene nå selv måtte teste ut utstyret. På mange måter ble diskusjonen relativt raskt avsluttet hvorpå det ble vist til at dette med velferdsteknologi var å regne som «nybrottsarbeid og innovasjon», der man følgelig måtte regne med noen «skjær i sjøen» på veien til målet. På den annen side ble det konkludert med at prosjektgruppen nå hadde innsett at de valgte teknologileverandørene kanskje lovte mer enn de klarte å holde. Prosjektlederen Elise underbygget dette ståstedet og posisjonerte seg dit hen at en del av utstyret fremstod som umodent. Videre mente Elise at det var stor forskjell på enkelttester og *det «å rulle ut i stor skala»*. Elise og de andre prosjektgruppemedarbeiderne som deltok dysset til sist ned denne noe opphetede diskusjonen ved å vise til at kommunen på den positive siden fikk nyttige erfaringer med teknologien ved å teste ut utstyret selv. Dessuten var det også positive sider ved utstyret, deriblant god dekning på steder i kommunen som i utgangspunktet hadde dårlig mobildekning, samtidig som prosjektgruppen vedgikk at det hadde vært flere utfordringer enn det de hadde sett for seg da de startet opp prosjektet. Elise stilte følgelig spørsmål til hvor mye testing firmaene egentlig hadde gjort på forhånd, og i den sammenheng mente hun at det var viktig å gi teknologileverandørene litt motstand og fremme noen tydelige krav fra prosjektgruppen ved åpenbare avvik fra anbudskontrakten. Til sist fremstod det å være en åpenbar – men ikke eksplisitt uttalt – diskrepans mellom hjemmetjenestefeltet som på daglig basis måtte hanskles med tidvis svært syke og svekkede mennesker i komplekse sosiale mikrokosmos som et hjem, et hushold og en familie representerer, der intet teknologifirma eller teknologisk løsning kunne løse dette utfordringsbildet alene.

7.2 De iverksettende prosjektmedarbeidernes kamper og sosiale lidelse

Det var ikke prosjektledelsen som måtte finne konkrete praktiske, tekniske og organisatoriske løsninger på de utfordringer de strukturelle vilkårene medførte. Prosjektgruppens assisterende prosjektledere og medarbeidere tok derimot det meste av støyten fra presset som kom «ovenfra» fra både myndighetshold, lokalpolitisk- og byråkratisk ledelse, prosjektlederne, akademia, teknologifirmaene, men også presset som kom «nedenfra» fra utøvende tjeneste og tjenestemottakerne. Klager på teknologien som ikke fungerte, men også ideer og håp om hva teknologien kunne løse for den enkelte tjenestemottaker, havnet på prosjektgruppemedarbeidernes bord. Observasjonsstudiene viste at også pårørende kunne vise entusiasme, samt rette krav og ønsker om velferdsteknologi som de så for seg kunne bidra til å trygge deres nære (men også dem selv) når idealet nå var at så mange som mulig skulle bli boende så lenge som mulig i egen bolig. I den forbindelse fremstod det som både inspirerende og stressende for prosjektmedarbeiderne at engasjementet for velferdsteknologi var stort og tilsynelatende økende. Entusiasmen ble tilsynelatende ledsaget av en økende forventning til hva både prosjektmedarbeiderne og deres repertoar av velferdsteknologiske sensorer kunne utrette.

Prosjektmedarbeiderne hadde i så måte flere ulike posisjoner i feltet sine blikk rettet mot seg, hvorpå prosjektets sakte fremgang og tekniske feil og mangler trolig kjentes ekstra godt «på kroppen» for prosjektmedarbeiderne til sammenligning med ledelsen. Ikke bare hadde de internt press fra ulike deler av tjenestehierarkiet, men samarbeidet med teknologileverandørene genererte også press og krav til prosjektmedarbeiderne om å følge opp det tekniske utstyret og dets funksjonalitet under etableringen og videre ut i ordinær drift. I den sammenheng måtte også prosjektmedarbeiderne ta noen konfrontasjoner og kamper med næringen, som ikke alltid var behagelige. I Case-kommune 1 sin rapportering halvveis ute i prosjektperioden (skrevet av prosjektgruppen) ble de pågåtte og fremdeles pågående kampene i feltet derimot fremstilt på en nyansert og lite konfronterende måte. Den kommunale prosjektgruppen

uttrykket for eksempel i rapporten at å gå fra analoge til heldigitaliserte alarmer fordret integrasjon mellom ulike system, som krevde større endringer i informasjonsteknologiske løsninger og som følgelig hadde vist seg krevende for alle parter i prosjektet. Mange ulike komponenter måtte videre være på plass før en kunne starte etableringen av de velferdsteknologiske tjenestene i ordinær drift, som følgelig kunne forklare hvorfor etableringsfasen hadde pågått over lang tid. De agerende hadde på sin side ifølge rapporten jobbet godt hver for seg for å få prosjektet til å bli en suksess, mens velferdsteknologiprojektets lokale organisering derimot ble karakterisert som teknisk og organisatorisk nybrottsarbeid. Kommunen og teknologileverandørene hadde følgelig hatt et krevende, men spennende samarbeid, het det seg i prosjektrapporten. Rapporten fremstod i så måte som et godt eksempel på at agerende med tro på spillet ofte på et ikke-bevisst plan harmoniserer med situasjonen og forsøker å finne nye strategier for å få de opprinnelige visjonene til å oppfylles.

Representanten fra den akademiske institusjonen som var medpart i prosjektet roste på sin side Case-kommune 1 sine prosjektmedarbeidere opp i skyene, der deres tekniske kompetanse ble posisjonert som høy, hvorpå det ikke var tilfeldig at kommunen hadde både nasjonale og internasjonale verv på velferdsteknologiområdet. Videre ble kommunen på tross av alle utfordringene de komplekse teknologiske ambisjonene hadde medført av sosial lidelse på individ- og gruppenivå, posisjonert som et eksempel til etterfølgelse for andre norske kommuner (fritt gjengitt og fortolket fra prosjektrapporten utgitt i 2017 som ble tilgjengeliggjort for forskeren). Også i en rapport om den innovative anskaffelsen skrevet av prosjektlederne i de fire deltagende kommunene posisjoneres prosjektet som en suksess og den valgte metodikken som et eksempel til etterfølgelse, på tross av prosessens kompleksitet, ressurskrav og lange varighet (fritt gjengitt og fortolket fra prosjektrapport fra 2018 om den innovative anskaffelsen tilgjengeliggjort for forskeren).

7.2.1 Å være en mellomposisjon mellom to verdener

Overskriften til dette underkapittelet bygger på et utsagn fra ergoterapeut Anna i hennes beskrivelser av sin rolle i prosjektet som en meglerposisjon mellom teknisk side og hjemmetjenestene, men også en «*en mellommann mellom to tekniske aktører*» (intervju med prosjektergoterapeut Anna, juni 2017). Her henspilte Anna til rollen som megler mellom to samarbeidende, men også konkurrerende teknologibedrifter, samt dialogfører mellom kommersielle og kommunale (offentlige) IKT-aktører. Rollen krevde både tydelighet, men også en teknisk kjennskap og kyndighet som gradvis hadde økt blant prosjektmedarbeiderne, og der særlig Anna hadde utpekt seg og gradvis fått mer og mer ansvar for ledelsen av det tekniske arbeidet fra kommunal side.

En del av den tekniske omorganiseringen handlet om at alarmene nå skulle overføres via internett og ha GSM (mobilnett) som «backup», men også på dette punktet slet teknologileverandørene med å levere det de hadde lovet og kommunen måtte ta til takke med kun GSM i starten og en internettløsning på sikt. Prosjektgruppen hadde sendt ut brev til tjenestemottakerne om at kommune skulle gå over til digitale løsninger som krevde mobildekning. Denne informasjonen viste seg å bli forvirrende for folk og prosjektgruppen måtte derav håndtere mange henvendelser fra spesielt eldre brukere som ytret bekymring for mangel på både mobildekning og internett i boligen. I tillegg til å roe ned og trygge folk på at kommunen tok ansvar for den tekniske biten, måtte de informere om forsinkelser i prosjektet.

I den sammenheng var prosjektmedarbeiderne mellomleddet mellom hjemmetjenesten og tjenestemottakerne og deres pårørende, noe intervju med ressurspsykeleieren Lisa i Case-kommune 1 belyser godt. Velferdsteknologisk fagsykepleier Lisa pekte på at det var tungt å måtte håndtere henvendelser fra tjenestemottakere og brukere, som hadde blitt informert om at utstyret skulle ha vært montert for lang tid tilbake, der de for eksempel lurte på om de skulle si opp fasttelefonen ettersom det nye utstyret skulle være digitalt. Samtidig posisjonerte Lisa seg dit hen at kommunen hadde mye tillitt og «goodwill» etter den første prosjektperioden, der utstyret etter en tid hadde vist seg

være til å stole på. I denne overgangsperioden mellom gamle og nye leverandører og før ny avtale var helt på plass, begynte kommunen å gå tom for utstyr fra den opprinnelige leverandøren, mens det løpende kom inn nye søkere som ønsket trygghetsalarm og annet velferdsteknologisk utstyr. Samtlige av prosjektgrupped medlemmene i både Case-kommune 1 og 2 pekte i den sammenheng på at anskaffelsesprosessen dro mye lengre ut i tid enn først planlagt og at dette var noe som tæret på de prosjektansatte, særlig fagsykepleierne med ansvar for velferdsteknologi.

De fagansvarlige måtte i denne perioden i samarbeide med teknologileverandørene i prosjektet og improvisere mye, hvorpå de fikk låne noe nytt digitalt utstyr fra teknologileverandør 1 som var en av to leverandører Case-kommune 1 hadde samarbeidet med i det første prosjektet. Denne teknologileverandørens hjemmesentral (hub) var å regne som en nødløsning ettersom den ikke fungerte så godt i enkelte deler av kommunen med dårlig mobildekning og den brukte derav lang tid på å ringe opp til responscenteret. Det at kommunen ønsket et lokalt responscenter og det faktum at den valgte hovedleverandøren (Teknologileverandør 2) hadde mange underleverandører kompliserte utrullingene betydelig, ifølge Lisa. Når prosjektgruppens fagansvarlige på velferdsteknologiområdet endelig fikk hjemmesentralene (hubene) som trygghetsalarmene og det andre utstyret skulle kobles opp imot viste batteritiden seg å være altfor dårlig. De ansatte måtte også koble opp SIM-kort i hver boks (hub) og kode SIM-kortet i boksen til rett tjenestemottaker i EPJ opp mot «softwaren» som tok imot alarmanrop og varsler fra utstyret. Lisa pekte på at dette var tidkrevende arbeid, spesielt i de tilfeller der det var flere sensorer involvert som også skulle programmeres med individuelle tidsintervaller basert på brukers dagligliv (i tråd med myndighetenes visjoner om selvstendige eldre i «smarte» hus).

Prosjektmedarbeiderne var som nevnt mer orientert mot den kulturelle pol av subfeltet og en mer pragmatisk innstilling med et fokus på å få velferdsteknologi til å fungere som en tjeneste til beste for tjenestemottakerne. Denne gruppen havnet i så måte i en

mellomposisjon i subfeltet mellom en teknologioptimistisk styringslogikk og en mer avventende posisjon som mange av sluttbrukerne (utøvende helsepersonell og tjenestemottakerne) inntok. Flere av de iverksettende medarbeiderne hadde også ansvaret for dialogen med teknologinæringen hvorpå de måtte konferere, men også konfrontere teknologene (både i akademia og næringen) ved hver minste lille tekniske svikt og eventualitet. Den tette dialogen med teknologinæringen var særlig gjeldende for iverksetterne i Case-kommune 1 der det som nevnt hadde blitt lagt opp til en mye mer kompleks organisering med flere ulike typer teknologisk utstyr ute hos tjenestemottakere. Når nå prosjektmedarbeiderne tok ansvar for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden innebar det at en hel del nye arbeidsoppgaver som tidligere hadde vært teknologinæringens ansvar, nå ble forskjøvet over på de helseprofesjonelle.

De mer pragmatiske og iverksettende prosjektgruppemedarbeiderne var som nevnt, i høyere grad enn prosjektledelsen opptatt av praktiske, brukernære og kliniske problemstillinger, fremfor et fokus på tjenesteinnovasjon, effektivisering av tjenester og økonomiske hensyn, men de havnet i en skvis mellom det herskende doxaet høyere opp i makthierarkiet og de agerende på utøvende hjemmetjenestenivå sine posisjoneringer i ord og handling. På lik linje med prosjektledelsen kjente de på en skam og skyld over velferdsteknologiprojektets sakte fremgang, tekniske svikt og manglende suksess, men de måtte hanskles med misnøyen fra ansatte og tjenestemottakere og deres pårørende mer direkte. Dette var særlig gjeldende i Case-kommune 1 der denne gruppen ansatte var stasjonert i et responscenter, hvorpå de fikk direkte henvendelser fra sluttbrukerne, samt at de også kom i kontakt med sluttbrukerne når utstyret skulle monteres eller tilpasses i hjemmene. Prosjektmedarbeiderne måtte også fronte kritikken fra ansatte ute i hjemmetjenesteavdelingene ettersom de var innom utøvende tjeneste fra tid til annen for å informere eller gjøre praktiske oppgaver med velferdsteknologien.

Prosjektgruppedarbeiderne som arbeidet i lavere stillingsprosenter med velferdsteknologi (20%) havnet tilsynelatende enda mer i denne skvisen mellom det herskende doxa blant prosjektledelsen (skapt i produksjonsfeltet) og tjenestens realiteter i møte med en arbeidshverdag og tjenestemottakernes hverdagsliv. Denne gruppen arbeidet også tilsynelatende mer med velferdsteknologi enn deres stillingsprosent skulle tilsi, noe som kom til uttrykk under intervju med ressursnykepleierne Emma og Lisa. Arbeidet relaterte seg både til deltakelse på sentralisert møteaktivitet i samme bygg som det kommunale responscenteret, samt mer konkret arbeid med å kartlegge brukerbehov, tilpasse utstyret til den enkelte, montere utstyret i hjemmet og alarmrespondering. Lisa uttrykket det slik:

«...mange ganger for dagen har jeg velferdsteknologi-henvendelser, enten det er noen som kommer og sier til meg eller at jeg ser etter ting eller jeg får huskelapper eller jeg får, ja jeg må se til noe eller følge opp noe som jeg vet er mitt. Ja, så det er en stor del av det [velferdsteknologirelaterte arbeidet]»
(intervju med fagsnykepleier Lisa, november 2018).

Lisa forklarte videre at hun forsøkte å unngå kjøring til det lokale, sentraliserte responscenteret hver uke, fordi det da forsvant tid i kjøring som hindret henne i å gjøre konkret teknisk arbeid i hennes tjenesteavdeling som lå mer landlig til. Lisa fortalte i den sammenheng at de prosjektgruppeansatte som regel måtte ta utfordringene med velferdsteknologien løpende når de oppstod og at de ansatte da først og fremst kom til henne. Velferdsteknologi var også et relativt hyppig tema på personalmøter. I tillegg hadde Lisa hatt informasjonslunsjer der hun hadde orientert om hvordan progresjonen i prosjektet var, hva prosjektgruppen for tiden arbeidet med og hva som eventuelt hadde stoppet opp og hvorfor.

I overgangen til mer avansert teknologisk oppsett i tråd med statens revitalisering av ideen om det smarte hus, ble konsekvensen for de ansatte at de fikk mer ansvar for de tekniske tilpasningene og oppfølgingen av utstyret ved feilalarmer ol. Før kommunen startet forskningssamarbeidet med den lokale høyskolen i 2012 hadde kommunen hatt ordinære trygghetsalarmer fra en tjenestetilbyder som både hadde stått for de tekniske tilpasningene i samarbeid med en tekniker, samt alarmresponderingen.

Ressurssykepleieren Lisa beskrev det derav som en stor overgang fra første prosjektperiode der de hadde tilsyn hver fjortende dag og mulighet til å ringe for hjelp til innstillinger, til at de ansatte gradvis fikk mer og mer av ansvaret i den andre prosjektperioden. Selv om mange hadde videreutdanning i velferdsteknologi posisjonerte Lisa seg dit hen at hun ikke opplevde de ansatte som teknisk beredt, det var også en viss skepsis fra den øvrige ansattgruppen som arbeidet ute i tjenestene. På den annen side hadde det hendt at prosjektgruppen hadde irritert seg over at tilpasninger tidligere måtte gå via tekniker, der de for å få fortgang i tilpasningene gjerne kunne ha tenkt seg å gjøre det selv. Etter hvert som de ansatte fikk mer eierskap til de tekniske tilpasningene ble det ifølge Lisa lettere, samt at det åpnet opp for en kreativitet der de ansatte følgelig kom med forslag til sensorer og individuelle tilpasninger. Samtidig var Lisa opptatt av at det fort ble sårbart at det kun var én teknisk ansvarlig i hver avdeling, ettersom det fortsatt var en del ansatte som følte seg usikre på de tekniske aspektene ved den nye velferdsteknologien. For å bøte på denne sårbarheten hadde Lisa sørget for å gi opplæring til en kollega som skulle kunne ta ansvaret når Lisa var fraværende, men av ressursmessige årsaker hadde de to til nå ikke fått tid til å arbeide med velferdsteknologi og Lisa var derav redd for at kollegaen i verste fall skulle trekke seg (intervju med Lisa, november 2018).

På tross av at Case-kommune 2 hadde besluttet å la de valgte teknologileverandørene ta det fulle og hele ansvaret for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden, havnet også denne kommunens prosjektmedarbeidere i skvis mellom kommunal ledelse, teknologileverandører og sluttbrukerne. I anbudskonkurransen hadde det for eksempel vært et ufravikelig krav fra kommunen om 24 timers batterikapasitet i alarmboksene (hubene), der det under testperioden skulle vise seg å bare være 7-18 timers batterikapasitet i boksene levert fra Teknologileverandør 2. Denne teknologileverandøren hadde kommet med flere forslag til løsninger, for eksempel en påkobling av et eksternt «back-up» batteri.

Prosjektlederen Elise posisjonerte seg våren 2018 dit hen at det kunne se ut til at teknologien ikke var moden nok og at Teknologileverandør 2 ikke var så god på «helsebiten», som først antatt. For eksempel hadde dette firmaet som nevnt ikke hatt kjennskap til at det eksisterte to SCAIP-protokoller¹⁸⁰. Her kan det legges til at disse to protokollene ikke var teknisk kompatible, som illustrerer et viktig poeng: teknologifirmaene samarbeidet ikke godt nok seg imellom og de offentlige myndighetene hadde tilsynelatende ikke lykkes i arbeidet med nasjonale tekniske standarder. Med andre ord tydet dette empiriske eksempel på at de kommersielle leverandørene fikk operere for fritt og primært ivareta sine egne konkurransehensyn. Utstyret skulle videre være ferdig testet før levering til kommunen, mens det derimot under feltarbeidsperioden viste seg kommunen fortsatt hadde jevnlike «akseptansetester» med leverandøren av hubene og sensorene. Kommunen måtte i likhet med Case-kommune 1 inngå midlertidige avtaler med Teknologileverandør 1 som hadde mer erfaring med velferdsteknologi, men også dette utstyret hadde vist seg å ha sine svakheter. For eksempel var ikke sensorene og hubene så gode i områder med dårlig mobildekning, som ble et problem ettersom kommunen hadde flere landlige områder med dårlig mobildekning.

Elise posisjonerte seg videre som utålmodig når det kom til lovnadene om systemintegrasjon. I dag nyttes flere plattformer som ikke snakker sammen, forklarte hun. Kommunen bruker per i dag EPJ, flere underleverandører av ulikt velferdsteknologisk utstyr med dertilhørende tekniske plattformer, samt separat responscenterløsning og konfigureringsprogram, hvorpå det var ønskelig å få alt i ett system. Her hadde også kommunens valgte teknologileverandør nr. 3 som hadde fått ansvar for å sy systemet kjeden av teknisk utstyr og responstjenester sammen til et system, fortrinnsvis koblet opp imot pasientjournal, også sviktet. Teknologifirma 3 hadde også en underleverandør som leverte applikasjonen som videreformidlet

¹⁸⁰ Teknisk standard for trygghetsalarmer anbefalt fra myndighetshold (Helsedirektoratet, 2014, 2015a)

alarmoppkallingene til de ansattes smarttelefoner, og der det i etableringsfasen følgelig også var noen tekniske problemer relatert til dette firmaet.

Videre ventet Case-kommune 2 på dette tidspunktet på tilbakemelding fra Teknologileverandør 2 («systemintegratoren») om når teknologien var «friskmeldt». På dette tidspunktet (2018) gikk kommunens avtale med den opprinnelige analoge teknologileverandør snart ut og arbeidet stod nå stille på grunn av feil fra teknisk side. Elise posisjonerte seg dit hen at dersom teknologifirmaene måtte leie inn utstyr til kommunene fra andre teknologileverandører måtte de også ta regningen. I den sammenheng hadde kommunene i den innovative anskaffelsen skrevet tydelige tilbakemeldinger til især Teknologileverandør 2, der Elise på bakgrunn av dette mente at kommunene stod sterkere sammen. På dette tidspunktet var det ikke et alternativ å bryte de inngåtte avtalene, som hadde tatt mye tid og krefter for de prosjektansatte i kommunene å inngå, ifølge Elise. Dette empiriske eksempelet viste i så måte at det var vanskelig å gå tilbake på en opprinnelig plan som kommunene hadde investert mye tid, økonomi og personellressurser i, samt at påfølgende veivalg bygger videre på det opprinnelige veivalget, som gjør det vanskelig å gjøre større endringer i prosjektene.

Videre forklarte Elise at kommunene visste hva de vil ha, men at det dessverre ikke fantes bedre utstyr på nåværende tidspunkt. Elise hadde i så måte liten tro på at en ny kontrakt med et annet firma på den velferdsteknologiske markedsplassen ville løse problemet. Et slikt brudd ville derimot etter Elises syn bare lede prosjektgruppen inn i en ny tid- og personellkrevende anbudsprosess. En strategi blant prosjektmedarbeiderne for å tåle å stå i denne kaotiske og uforutsigbare perioden var tilsynelatende å skifte fokus til brukernære og praktiske problemstillinger. For eksempel arbeidet case-kommunenes prosjektgrupper med å utarbeide planer og prosedyrer for å ivareta brukere og ansattes trygghet i relasjon til – og som et slags motsvar til at det tekniske utstyret fremstod som utrygt. På den måten fremstod det som at de ansatte lagde fortellinger som de kunne harmonisere med uansett hvilke

problemer som oppstod, og som overnevnt kan være en ikke-bevisst strategi for å holde ut den sosiale lidelsen (Bourdieu, 2000/2005, s. 184-192).

7.2.2 Responssenteret som en materialisering av produksjonsfeltets visjoner og arena for velferdsteknologisk «prosjektmakeri»

Responssenteret som egentlig bare var et lite kontorlokale på det kommunale IKT-senteret, fremstod i så måte som en arkitektonisk materialisering av diskrepansen mellom statlige visjoner og kommunale realiteter. På tross av at myndighetene anbefalte større regionale responssentre var hele ideen bak å bygge opp omfattende lokal kyndighet på velferdsteknologiområdet en statlig visjon. Det samme var gjeldende for ideen om innovative anskaffelser med løpende dialog mellom kommuner og teknologileverandører med henblikk på å innovere og gjøre produktutviklinger (jfr. kapittel 6). Det lokale responssenteret var i så måte opprettet som følge av Case-kommune 1 sine ambisjoner på det velferdsteknologiske området med en videreføring av en relativt omfattende bruk av sensorer og et lokalt ansvar for hele den velferdsteknologiske tjenestekjeden. Både prosjektleder Berit med sykepleiefaglig bakgrunn og lang karriere innen ledelse, og ergoterapeut Anna som gjennom årenes løp hadde opparbeidet seg en betydelig kulturell kapital innen teknologiområdet, satt i førersetet for dette arbeidet sammen med Katrin (først 50%, senere 100% stilling) og de øvrige ressurspersonene med 20% stilling dedikert til velferdsteknologiprojektet.

Observasjonene som ble gjort ved det lokale responssenteret viste imidlertid at realitetene til tider var annerledes, enn visjonene i prosjektskissen tilsa. Observasjonsstudiene ute i ordinær hjemmetjenesteutøvelse hadde for eksempel avdekket at prosjektmedarbeiderne i Case-kommune 1 i liten grad hadde tid til å sitte på responssenteret å gjøre regulært operatørarbeid, hvorpå de fleste anropene ble videreformidlet til det eksterne responssenteret som i henhold til prosjektskissen

egentlig kun skulle være en «backup»¹⁸¹. Disse observasjonene ble bekreftet av utsagn fra tjenestemottakere og ansatte, samt prosjektmedarbeiderne selv. Det at de prosjektansatte ikke gjorde det som det stod at de skulle gjøre i kommunens offisielle selvframstilling kan være relatert til flere forhold, og helt i tråd med (Bourdieu, 1980/2007) sin praktikkteori der det ofte er stor forskjell mellom det de agerende sier at de gjør/skal gjøre og det som de facto gjøres. Diskrepansen handlet ikke om at prosjektmedarbeiderne ikke gjorde det de skulle, men var derimot relatert til at de måtte prioritere sin tid til de oppgaver som hastet mest. De prosjektansatte var for eksempel svært opptatt av å få hele systemet med multiple underleverandører og programflater til å fungere rent teknisk, for å sikre at tjenestene var av god kvalitet og svarte til kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Videre var reisetiden fra de ulike hjemmetjenesteavdelingen til hinder for å møte fysisk på responscenteret og gjøre alarmresponderende arbeid. Ressurssykepleierne arbeidet i så måte under noen utilfredsstillende strukturelle vilkår der arbeidsoppgavene relatert til velferdsteknologi var flere enn deres relativt lave frikjøpte stillingsprosent (20%) kunne oppfylle.

Arbeidet med å etablere den tekniske løsningen skulle vise seg å vedvare langt utover den skisserte etableringsfasen, der prosjektmedarbeidernes tid på dette tidspunktet måtte vies til tett dialog med teknisk side, både ved den lokale IKT-avdelingen, men også med høyskolens ingeniørmiljø og de valgte teknologileverandørene, samt de ansatte og tjenestemottakerne i hjemmetjenesten som ga tilbakemeldinger om det som ikke fungerte. Observasjon på responscenteret avdekket i så måte at de ansatte prosjektgruppemedlemmene hadde mer enn nok å gjøre med andre administrative, tekniske og organisatoriske arbeidsoppgaver, slik at det at den reelle tiden som ble satt av til alarmrespondering tilsynelatende ble lav var av «naturlige» og helt legitime grunner. Man kan i den sammenheng argumentere for at de ansatte prosjektgruppemedarbeiderne i relasjon til mulighetsbetingelsene i det aktuelle tid og

¹⁸¹ Ettersom det eksterne responscenteret var lokalisert på en annen kant av landet der majoriteten av operatørene der hadde en lokal dialekt som skilte seg markant fra den lokale dialekten i kommunen, var det lett å «avdekke» når det var lokal og ekstern alarmrespondering, under observasjonene i utøvende tjenesteledd.

rom brukte sin praktiske sans og gjorde de oppgavene de prioriterte som viktigst først. Prosjektmedarbeiderne handlet derav slik Bourdieu (2000/2005, s. 213-215) omtaler det situasjonsadekvat på bakgrunn av sin feltkjennskap og habitus.

Det at de ansatte prosjektgruppemedarbeiderne prioriterte administrativt og organisatorisk «iverksetterarbeid» foran mer brukernært arbeid som alarmrespondering kan i lys av en Bourdieusk feltoptikk også tolkes i retning av deres relativt høye kapitalvolum. For eksempel var det opprinnelig tenkt at ergoterapeuten Anna skulle ha like mange vakter som operatør ved responscenter som de andre fagsykepleierne på området, men under observasjon fremkom det at det var mer sjeldent at Anna tok på seg denne oppgaven. Dette funnet var nok både grunnet i at Anna hadde en betydelig teknisk kyndighet og den innsikten som trengtes for å manøvrere i det mannsdominerte og teknisk rasjonelle miljøet teknologifeltet representerte. Anna posisjonerte seg også som noe ukvalifisert til å sitte som operatør, da i favør til de andre fagarbeiderne i prosjektgruppa med sykepleiefaglig bakgrunn. Det var særlig de akutte medisinske situasjoner hun følte seg litt utrygg på i forbindelse med operatørarbeidet. Anne hadde dessuten heller ikke pleierfaring fra hjemmetjenestene, men hadde hilst på tjenestemottakerne i forbindelse med brukerkartlegginger og montering av velferdsteknologiutstyret i boligen, i tillegg til hennes erfaringer med hverdagsrehabilitering.

Annas kulturelle kapital i form av utdanning og erfaringsbasert kunnskap på velferdsteknologiområdet, hadde som nevnt gitt henne en høy posisjon i prosjektgruppen, der hun avlastet prosjektlederen Berit mye og var tett på både forvaltningen, rådgivere i helse- og omsorgsetaten, andre kommunale prosjektledere, ingeniørene ved høyskolen, kommunens IKT-personell og teknologileverandørene. Det at Anna ble observert å bruke relativt lite tid på operatørrollen ved responscenteret var i så måte også relatert til Annas disposisjoner og den relativt høye maktposisjonen hun nå besatt, hun var i så måte snarere overkvalifisert enn underkvalifisert for operatørarbeid, der sistnevnte karakteristikk var Annas syn på saken.

På den annen side virket det som en symbolsk vold at Anna hadde blitt satt i denne mellomposisjonen, der hun både fikk mye administrativt, teknisk, juridisk og organisatorisk ansvar, og samtidige forventinger om at hun skulle sitte mye stasjonært med operatørarbeid på responscenteret. Videre var det overordnet sett en symbolsk vold og påfølgende sosial lidelse i diskrepansen mellom produksjonsfeltets visjoner om det smarte hus og utbredt bruk av velferdsteknologiske sensorer i boligen og hva som ble teknisk og praktisk mulig å gjennomføre på lokalt plan. Flere av prosjektmedarbeiderne uttrykket i den sammenheng en misnøye og følelse av utilstrekkelighet under observasjon på responscenteret høsten 2018, som følge av de ansatte måtte være pragmatiske i denne etableringsperioden av den nye tjenesteorganiseringen. «Reklameplakatenes» fremstillinger og teknologileverandørens reelle kompetanse viste seg videre å være langt fra hverandre. For eksempel hadde leverandøren fremstilt seg selv som en «systemintegrator» med mange underleverandører, der kommunene i prinsippet kunne velge hva de ville fra den velferdsteknologiske utstyrskatalogen. Teknologileverandøren viste seg derimot å ha relativt liten kjennskap til velferdsteknologi til sammenligning med hva visjonene om det smarte huset versjon 2.0 med bruk av multiple «intelligente» sensorer i boligen, noe det påfølgende utraget fra feltnotatene denne dagen peker på:

«Jeg møter Anna ved responscenteret denne dagen og er svært spent på å høre alt om hvordan prosjektet har utviklet seg den siste tiden. Anna virker litt sliten i dag og har ikke så mye overskudd til «smalltalk» som hun pleier. Hun taster inn en rekke koder på pc-en og manøvrerer fire ulike plattformer på seks skjermer. En sykepleier fra sykehjemmet har ringt, fordi en eldre dame trenger nye sensorer ettersom de hun opprinnelige hadde var blitt ødelagt i tordenvær. Den eldre damen hadde fått installert flere sensorer i det første velferdsteknologiprojektet i kommunen, men grunnet sakte framgang i det nåværende prosjektet som følge av tekniske problemer må Anna være pragmatisk og installere det mest nødvendige: en trykkgatesalarm og en røykvarsler. Anna beklager seg noe over dette og virker oppgitt. Hun snakker i tekniske termer det er vanskelig å henge med på: «gateway», «hub», «heartbeat», «webserver», «grensesnitt», «konfigurasjon», «plattform», «SCAIP» osv. Anna markerer hjemmesentralen (huben) med en tallkode og sørger for at den samme koden er linket med tjenestemottakers id-nummer i responscenterflaten og den elektroniske pasientjournalen. Når

velferdsteknologiske sensorer utover trygghetsalarmen installeres må det i tillegg defineres brukertilpassede regelsett i et eget program for dette arbeidet, forklarer Anna. Tilpasningene kan for eksempel være tidsinnstillinger relatert til når alarm skal utløses hos den aktuelle brukeren. Er det ikke gjort gode kartlegginger av brukeren på forhånd kan dette være en kilde til feilalarmer. Det må være gode underliggende systemer for å sikre trygg og god kvalitet på tjenestene, stadfester Anna.» (feltnotat fra responscenteret, august 2018).

Det at det manglet standarder for teknisk integrasjon fra myndighetshold gjorde at kommunene endte opp med en teknisk innfløkt løsning som vanskeliggjorde å bytte leverandør, om det hadde vært en leverandør som kunne tilby en bedre teknisk løsning. Den manglende styringen fra myndighetshold virket i så måte motsatt av det som ble fremmet i ideene bak innovative offentlige anskaffelser, der beste tilgjengelige og nyeste utstyr skulle tilgjengeliggjøres for kommunene fortløpende. Videre hindret den manglende styringen reell konkurranse blant de tilgjengelige leverandørene, noe som strider mot et viktig prinsipp i ideen om det frie marked, som også er forankret i konkurranseloven med formål om å sikre konkurranse for å bidra til god utnyttelse av samfunnets ressurser og derav også ivareta forbrukernes interesser (Bernt, 2023).

Anna posisjonerte seg dit hen at hun tidvis følte at hun måtte drive med teknologisk voksenopplæring overfor den valgte teknologileverandøren, noe hun absolutt ikke hadde sett for seg at skulle komme på bakgrunn av de dialogmøtene kommunene hadde hatt med denne teknologileverandøren under den innovative anskaffelsesprosessen. Anna var hele tiden tydelig på at dialogen med firmaet var veldig god og at firmaets medarbeidere (iverksettere) var upåklagelige. Firmaets ansatte arbeidet etter beste evne med å få den komplekse teknologiske løsningen som kommunene hadde valgt til å fungere. Jeg møtte Anna til et oppfølgingsintervju i juli 2018, et år etter det første intervjuet da kontrakten med teknologileverandørene akkurat hadde blitt underskrevet. Anna forklarte da at prosjektgruppedarbeidere allerede i august 2017 hadde begynt å stresse litt ettersom kontrakten med en av de tidligere leverandørene av trygghetsalarmer gikk ut i desember samme år. Anna forklarte at hun og de andre prosjektmedarbeiderne i denne perioden hadde begynt testingen av responscenterløsningen (teknisk plattform) med Teknologileverandør 1 som skulle

levere programvaren. Under testingen hadde iverksetterne både på kommunal og teknisk side imidlertid oppdaget at det ikke var noen kontakt mellom signalene fra sensorene og de ulike programvarene for mottak av alarmanrop eller konfigurering. Anna fortalte følgelig at høsten gikk med til venting, hvorpå den ene installasjonen etter den andre måtte kanselleres. Anna uttrykket sin fortvilelse slik:

«Til slutt gikk jo alt det der i vasken, sant. Og da fant vi ut «hvordan i alle dager skal vi komme i havn her?» Det var jo ingenting som var klart. Responssenterprogramvaren kom ikke med sin(...)de [Teknologifirma 1] var hele tiden forsinket og hubene fra Teknologifirma 2 trodde de jo på et tidspunkt var klart, men vi fikk ikke testet helt og sett hvordan de virket, fordi at det ikke var klart. Så alt dette måtte sammenfalle. Og da vi først trodde at huben var klar, da var det noe feil med de [hubene]. Det vekslet mellom å være feil med responssenterløsningen eller noe med alarmene, eller SIM-kortene, som gjorde at det var veldig mange ting her som ikke gikk som det skulle. Når en ting så ut til å virke var det en annen del av dette puslespillet som ikke virket(...)og så kom vi til oktober-november, og det var sånn: 'herlighet, skal ikke dette komme på plass? Det er jo helt krise'» (oppfølgingsintervju med prosjektmedarbeider Anna i Case-kommune 2, juli 2018).

I denne perioden var det særlig responssenterløsningen (teknisk programvare) prosjektgruppen ventet på. Etter et noe opphetet møte med teknologileverandørene fikk kommunen lovnad om at løsningen skulle være på plass i begynnelsen av november. Kommunen hadde frigjort personellressurser denne høsten til den store overflyttingen av samtlige tjenestemottakere fra analoge til digitale løsninger, men da alt ble forsinket måtte prosjektgruppemedarbeiderne forsøke å nytte tiden så godt de kunne til annet arbeid. I denne venteperioden fylte prosjektmedarbeiderne tiden med å koble tjenestemottakernes sensorer og utstyr opp mot hubene. Problemet var bare at det skulle vise seg at hver femte hub ikke fungerte. Det enorme antallet timer prosjektmedarbeiderne hadde «sittet og knotet», for å henvise til Annas egne ord, hadde i så måte vært til ingen nytte. I denne perioden hadde en av de tekniske medarbeiderne fra det ansvarlige firmaet sittet side om side med de helsefaglige prosjektmedarbeiderne for å forsøke å få systemet opp å gå, men heller ikke teknologene fikk teknologien til å virke. Anna forstod på dette tidspunktet at både organiseringsmodellen og det tekniske utstyret ikke fungerte så godt som de hadde

trodd det skulle gjøre. Hubene vandret mellom kommunen og teknologifirmaet utallige ganger utover høsten og til helt utpå nyåret.

Det skulle dessverre vise seg at den tekniske svikten i hubene til Teknologifirma 2 var relativt omfattende, hvorpå de ansatte i prosjektgruppen måtte finne en nødløsning i mellomtiden. Avtalen med opprinnelig leverandør av analoge trygghetsalarmer gikk ut på nyåret, hvorpå Teknologileverandør 1 tilbød seg å levere en midlertidig løsning med noen huber og sensorer fra en av deres underleverandører. Dette velferdsteknologiske utstyret var velutprøvd og andre kommuner hadde hatt gode erfaringer, men da Case-kommune 1 skulle sette inn sine SIM-kort i denne leverandørens huber viste det seg å ikke fungere. Prosjektmedarbeideren satt nå side om side med både kommunal IKT-avdeling og teknologileverandør 1 der ingen kunne forstå hvorfor dette ikke skulle virke. Kommunen fikk tilsendt nye SIM-kort fra Teknologileverandør 1 og prosjektmedarbeiderne satt lange kvelder helt oppunder jul med å bytte ut gammel analog teknologi (hub og sensorer) med den midlertidige løsningen fra Teknologileverandør 1. På årets siste dag var de i mål. Parallelt med dette arbeidet hadde prosjektmedarbeiderne fått noen brukere over på den nye responscenterplattformen, men disse måtte bare videreformidles til det eksterne responscenteret (som egentlig kun skulle være i «backup»), ettersom prosjektmedarbeiderne var fylt opp med arbeid med de midlertidige hubene og testing av den egentlig valgte huben fra Teknologileverandør 2 («systemintegratoren»). Så dukket det en ny problemstilling opp. Prosjektmedarbeiderne og enhetslederen for hjemmetjenesten hadde tatt med seg hver sin hub hjem for å teste den tekniske funksjonen, og som ledd i å kvalitetssikre tjenesten. Etter denne noe uortodokse testmetodikken i ansattes hjem viste det seg at huben fungerte godt. Da en av de ansatte tilfeldigvis hadde dratt ut stikkontakten hadde det som nevnt kommet frem i dagen at batterikapasiteten var mye lavere enn det kontrakten med teknologileverandøren tilsa. Både Case-kommune 1 og 2 klaget på denne mangelen, hvorpå Teknologileverandør 2 lovet å levere et ekstra batteri til å feste under hubene, hvorpå også denne komplikasjonen medførte forsinkelser i «utrulling».

Problemene vedvarte utover våren. For eksempel var det et krav fra myndighetshold at utstyret automatisk skulle teste at koblingene fungere og at systemet var oppe, men også på dette området skulle det vise seg å bli problemer for den selvutnevnte «systemintegratoren». Denne tekniske funksjonen var klar på testversjonen, men ikke de hubene som ble sendt ut til kommunene. Anna forklarte det slik:

«Vi skal jo ha en «heartbeat» [melding om at systemet er oppe] og hvis «heartbeat» uteblir i et gitt antall minutter eller timer eller hva vi setter som verdi der, så skal det komme en melding til responscenteret, men det gjør det ikke. Det kommer hvis vi tar kontakten ut, men ikke det andre. Selvfølgelig har vi ikke utrullet masse, vi kan ikke det, men det er jo på en måte det mest elementære som bør være i en trygghetsalarm, det er jo at vi får beskjed om det ikke er kontakt» (oppfølgingsintervju med prosjektmedarbeider Anna i Case-kommune 2, juni 2018).

Prosjektmedarbeider og sykepleier Lisa viste til at dette med opptid og testalarmer fra utstyret var noe som flere pårørende også var opptatt av. Lisa trakk i den sammenheng frem at det at den valgte hovedleverandøren (Teknologileverandør 2) hadde mange underleverandører, samt det at et eksternt responscenter også var inne i bildet trolig gjorde situasjonen mer sårbar. Sårbarheten var blant annet tuftet på at det med flere underleverandører av utstyr og tjenester følgelig var flere ledd det kunne være feil med, som etter Lisas mening til syvende og sist kunne gå ut over de ansattes tillitt til utstyret. Om de ansatte fattet mistanke om at det velferdsteknologiske utstyret hadde vært nede, var en løsning å få de ansatte å teste alarmen når de var på fysisk tilsyn hos den aktuelle tjenestemottakeren, forklarte Lisa.

Foruten lovnader i kontrakten om teknisk robusthet og datasikkerhet, lå det i hele ideen om den innovative anskaffelsen en forestilling om at kommunene skulle komme med innspill kontinuerlig ved feil og mangler, samt forslag til forbedringer til leverandørene. Når det viste seg å være så vanskelig å få sydd sammen den komplekse tekniske infrastrukturen som prosjektet la opp til, fikk slike statlige visjoner imidlertid liten eller ingen prioritet. Anna uttrykket i den sammenheng skuffelse over at aspekter

ved utstyret som de hadde gitt tilbakemeldinger på over et år tilbake i tid, ennå ikke var tatt stilling til. Dersom det skal gjøres utbedringer ble det ifølge Lisa en stor prosess som «må tegnes, omformes og produseres», noe hun anså at kunne ta opp mot et år. Samtidig mente Lisa at dette med produktutvikling ideelt sett burde være en mulighet og at teknologien bør være som en «ferskvarer» der nyeste tilgjengelige teknologi raskt blir tilgjengelig i praksis.

Katrin uttrykket også en skuffelse over at både ansatte og brukere hadde gitt tilbakemelding til leverandør om at smykesenderen var mer klumpete og sensitiv enn den fra forrige leverandør, og i den sammenheng kommet med innspill til både design og funksjonalitet. Lisa og Katrin var følgelig usikker på om eller i hvilken grad de fagansvarlige ansattes tilbakemeldinger ble tatt til følge av hovedleverandøren (Teknologileverandør 2). Katrin bekymret seg også for tids- og ressursbruken i prosjektet, som kom frem i følgende sitat:

«vi er jo mye seinere ute enn det vi skulle være. Vi skulle jo egentlig vært begynt nå(...)midlene som kommunen bidrar med(...)vi må jo si til kommunalsjefen at vi trenger et år til(...) mye av den tiden har jo forsvunnet i at anskaffelsen er forsinket og(...)ja disse plattformene skulle snakke sammen» (intervjutranskript fra intervju med Katrin, juli 2017).

De ansattes forventninger om å være med i produktutviklingen kan også tolkes i lys av visjonene om innovasjon i offentlig sektor ved hjelp av velferdsteknologiske installasjoner, som avhandlingen til nå har vist at ble skapt i spenningsfeltet mellom helse- og omsorgspolitiske og næringspolitiske byråkratiske felter. I denne sammenheng er den statlige anbefalingen om innovative anskaffelser et særlig relevant eksempel, der det både av Leverandørutviklingsprogrammet og nasjonalt velferdsteknologiprogram ble tegnet et urealistisk bilde av teknologileverandørens evne til å kaste seg rundt å gjøre kontinuerlige teknologiske tilpasninger basert på kommunale erfaringer. Det viste seg også krevende å tilby en meny av ulikt utstyr levert av forskjellige produsenter som så skulle sys sammen i en fungerende teknisk infrastruktur, men statsbyråkratiets visjoner om smarte hus og nyeste tilgjengelige

utstyr som følge av innovativ offentlig anskaffelser levde videre i konsumpsjonsfeltet, noe følgende sitat fra Katrin illustrerte:

«vi [prosjektmedarbeiderne i Case-kommune 1] har drevet med at våre sensorer kommuniserer med hverandre, det er det jo nesten ingen andre [kommuner] som har gjort(...)Når vi har vært rundt omkring og hatt innlegg og sånt både her og der, så spør de [andre kommunale prosjektmedarbeidere] 'hvilken pakke anbefalere dere at vi skal kjøpe? Og da svarer jeg: 'for det første anbefaler jeg ikke å kjøpe for jeg tror det er lure å lease for da får du det nyeste utstyret og for det andre så har vi på en måte ingen pakke for vi må gå inn å individuelt tilpasse det til brukeren'» (transkript fra intervju med Katrin, juli 2017).

Teknologiutvikling var motsatt av hva myndighetene fremstilte det som, både krevende og kostbart for firmaene, der eksempelvis firmaene i denne studien på tross av diverse støtteordninger fra det statlige virkemiddelapparatet ikke satt av hverken tid eller ressurser til å gjøre kontinuerlig produktutvikling på bakgrunn av kommunale erfaringer. Studiens observasjoner og intervjuer med ansatte peker snarere på at de valgte teknologifirmaene hadde mer enn nok arbeid med de tekniske utfordringene den valgte organiseringsmodellen fra kommunalt hold innebar. De kommunale ambisjonene (i tråd med staten og næringsens visjoner) om bruk av en rekke ulike typer velferdsteknologisk utstyr viste seg å innebære en for kompleks teknisk infrastruktur, som krevde tett samarbeid mellom teknologifirmaene og deres subleverandører og den kommunale IKT-avdelingen, samt de velferdsteknologiske prosjektgruppene. I Innovasjonsmeldingen NOU 2011:11 ble det hevdet at det især var kommunene som hadde et stort læringspotensial på velferdsteknologiområdet, og at kommune-Norge hadde komplekse og tungroddede organisasjoner. Basert på de empiriske eksemplene jeg til nå har skrevet frem kan det argumenteres for at det involverte næringslivet også hadde et kompetansebehov og representerte komplekse organisasjoner.

7.3 Teknologinæringsens sosiale lidelse

I diskrepansen mellom ledelsen i firmaenes bedrifts- og markedsføringsstrategier og kommunale og statlige forventinger stod de teknisk kyndige IKT-profesjonelle

iverksetterne av produksjonsfeltets visjoner. Dette var agenter lavere nede i firmaets hierarki som på linje med prosjektgruppedarbeiderne og IKT-medarbeiderne fra kommunal side måtte innta en iverksetterrolle og ta arbeidet med å sy sammen den tekniske infrastrukturen, som den innovative offentlige anskaffelsesprosessen og øvrige statlige visjoner hadde skissert. Som det fremgår av de foregående passasjene var det slik at særlig Case-kommune 1 – men etter hvert også de andre deltagende kommunene – hadde klare formeningar om hva slags utstyr og tjenester de var ute etter. Idealet var en sømløs velferdsteknologisk tjeneste der multiple sensorer og annet velferdsteknologisk utstyr slik som mobile trygghetsalarmer med GPS, elektroniske dørlåser og pilledispensere fra hvilken som helst leverandør, kunne kobles sammen med tjenestemottakerens hjemmesentral (hub) og i tillegg aller helst ha en integrasjon med kommunale IKT-systemer slik som EPJ.

Et betimelig spørsmål å stille i den sammenheng var om produksjonsfeltet bestående av både staten og næringen selv hadde bidratt til å skape et «luftslott» som det var urealistisk å realisere? Det kunne for eksempel synes som at Teknologileverandør 2, som hadde solgt seg inn som en systemintegrator og følgelig markedsført en «meny» av velferdsteknologisk utstyr kommunene kunne velge og vrake mellom, hadde lovet mer enn de kunne holde. Basert på dette firmaets korte erfaring på velferdsteknologiområdet og da relativt lave feltspesifikke kulturelle kapitalvolum, hadde dette firmaet antagelig undervurdert kompleksiteten ved bruk av multiple «intelligente» og passive sensorer, som med de rette innstillingene skulle kunne virke i bakgrunnen og detektere uønskede hendelser hos tjenestemottakerne (jfr. underkapittel 4.2.1).

I tillegg var det slik at de fleste leverandører av hensyn til patenter og øvrige bedriftshemmeligheter ønsket å levere en lukket løsning, da ofte med argumenter om at dette var det mest robuste, teknisk sett. Prosjektmedarbeiderne uttalte i den sammenheng at det ikke var noen leverandører som hadde fullgod integrasjon, men de ansatte levde likevel i håpet om at det snart var på trappene. Staten og næringen hadde

i så måte med visjonene om det smarte hus skapt en forestilling som det enten var for vanskelig å realisere teknisk sett eller av lønnsomhet- og konkurransehensyn ikke kunne realiseres. Å selge et produkt man er usikker på om kan realiseres kan i så måte ha representert en sosial lidelse hos firmaenes hvittsnipparbeidere, men der firmaenes blåsnipparbeidere i form av teknikerne måtte ta den største støytten og daglige misnøyen fra kommunalt hold.

Hvittsnipparbeidernes ansvar og mandat var på sin side å sikre firmaets lønnsomhet og slik prosessen med offentlige anskaffelser foregikk brukte firmaene mye tid og krefter på å sikre seg kommunale kontrakter, mens de noen år senere kunne risikere å bli erstattet av en annen, og etter den aktuelle kommunes syn, bedre leverandør. Et annet mulig incitament for å ikke investere «for mye» i prosjektet i form av service, kursing og oppfølging fra leverandørens side kunne også være relatert til at mye av dette arbeidet da ville være noe andre firma ville kunne høste av, når eget firma eventuelt var «ute av dansen» på et senere tidspunkt. På den måten var det forståelig at firmaene siktet mot å selge mest mulig utstyr fra mange underleverandører når de først hadde klart å skaffe seg en kommunal kontrakt, men på den annen side skapte denne salgsviren mye sosial lidelse for blåsnipparbeiderne i firmaene som måtte stå til ansvar for at «*skinnen var solgt før bjørnen var skutt*», som en av de helsefaglige prosjektmedarbeiderne uttalte det.

Hver gang en av de relativt høyt posisjonerte og teknisk kyndige prosjektmedarbeiderne tok kontakt og meldte fra om feil om mangler er det rimelig å anta at dette genererte stress hos firmaenes teknisk kyndige iverksettere. Det var dessuten ikke denne gruppen medarbeidere i teknologifirmaene som hadde skapt produksjonsfeltets urealistiske visjoner på området, men det var disse individene – som til sammenligning med maktfeltets agerende var relativt lavt posisjonerte hva gjaldt makt og innflytelse over doxaet om saken – som ble sittende med problemet i hånden. I tillegg til å kjenne på en mislykkethet i relasjon til produksjonsfeltets urealistiske visjoner måtte firmaenes teknisk kyndige iverksettere møte kritikken og misnøyen fra

de helsefaglige profesjonelle i kommunene. Det var imidlertid ledere høyere opp i firmaets interne hierarki (hvitsnipparbeiderne) som håndterte de formelle klagene fra kommunene og som fra kommunalt hold først og fremst ble formidlet av prosjektlederne.

7.4 Hjemmetjenesteavdelingene som sosialt rom

En høyere andel eldre og hjelpetrengende bor i distriktene til sammenligning med byene, blant annet som følge av utflytting og lavere fødselstall (NOU 2020:15, s. 27). En utfordring for hjemmetjenesten i distriktene relaterer seg til lengre kjøreavstander mellom husene og at mange eldre bor i lite alderstilpassede boliger. I likhet med byene er det også utfordringer i distriktene relatert til å rekruttere nok kvalifisert helsepersonell i takt med et økende behov i helse- og omsorgssektoren (NOU 2020:15, 2020, s. 113-140). Denne studiens case-kommuner hadde et tilsvarende utfordringsbilde (jfr. under kapittel 6.1.1), der særlig Case-kommune 1 hadde høy gjennomsnittsalder i befolkningen og lav sentralitet, mens Case-kommune 2 hadde en yngre befolkning og en høyere sentralitetsindeks, men der kommunens grad av sentralitet og dominerende brukergrupper varierte internt i kommunen. Flere av de intervjuede prosjektlederne karakteriserte en aldrende befolkning i kombinasjon med rekrutteringsvansker som en av kommunens største utfordringer.

Tjenestenes grad av sentralitet kunne i likhet med tjenestemottakernes sammensetting anses å være relevante strukturelle vilkår å medtenke når de observerte praktikkene skulle forstås og forklares. I begge case-kommunene hadde det videre blitt vektlagt å gjøre feltarbeid i en landlig og en mer sentralt beliggende hjemmetjenesteavdeling, blant annet med henblikk på å undersøke om det var noen forskjeller i velferdsteknologiens strukturerende virkninger i relasjon til kontekstuelle forhold slik som grad av sentralitet og befolkningssammensetning. I denne sammenheng undret jeg meg for eksempel over om velferdsteknologien i størst grad avlastet eller belastet de ansatte i utøvende hjemmetjeneste, og om det var noen forskjeller i nytteverdi,

bruksområder og hovedsiktemål med teknologibruken mellom de sentrale og mer landlige avdelingene, samt mellom ulike brukergrupper slik som eldre, personer med demens og yngre tjenestemottakere.

I de observerte kommunene hadde både de landlige og mer sentrale hjemmetjenesteavdelingene i tillegg til ansvaret for hjemmeboende tjenestemottakere, også et eller flere omsorgsboligkompleks som sitt ansvarsområde. I den landlige delen av Case-kommune 1 som hadde ansvar for det nye konseptet Omsorgsbolig-pluss skilte de ansatte i særlig grad på om de arbeidet «inne» i betydning det institusjonelt utformede og organiserte omsorgsboligkomplekset eller «ute» i private hjem. På samme måte var det i Case-kommune 2 som oftest slik at de ansatte av både i hensyn til variasjon i arbeidshverdagen og effektivitetshensyn enten hadde vakt på omsorgsboligene eller ute i private hjem i løpet av en arbeidsdag. Mange ansatte henviste til at det var et før og etter Samhandlingsreformen i hjemmetjenestene, der flere syke som tidligere hadde blitt behandlet på sykehus eller sykehjem nå bodde hjemme. Antallet som ønsket hjemmebasert palliativ omsorg ved livets slutt syntes også å være økende ifølge de ansatte.

Ansattgruppen bestod av både sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere, andre helsefaglige profesjoner og ufaglærte assistenter. Færre av de ansatte i den utøvende delen av hjemmetjenestene hadde høy grad av formalkompetanse (kulturell kapital) i form av eksempelvis videreutdanning, til sammenligning med ledelsen i hjemmetjenesten og de ansatte i de velferdsteknologiske prosjektgruppene. Det er også rimelig å anta at majoriteten av det utøvende helsepersonellet i hjemmetjenesten hadde lavere økonomisk kapital enn eksempelvis prosjektmedarbeiderne, ettersom sykepleiere uten videreutdanning, helsefagarbeidere og assistenter tjener lavere enn spesialsykepleiere med videreutdanning (SSB, 2021).

De aller fleste ansatte i utøvende tjeneste var kvinner og mange hadde lang arbeidserfaring fra feltet, til sammenligning med eksempelvis spesialisthelsetjenestens

sykehusavdelinger som historisk sett har vært dominert av unge, nyutdannede sykepleiere, mens hjemmesykepleien derimot av fagforbundene tidlig ble posisjonert som en sektor passende for gifte kvinner i distriktene (Lund, 2012, s. 144). Videre har helsefagarbeiderne i spesialisthelsetjenesten i økende grad blitt erstattet med leger, sykepleiere og andre grupper av velferdsstatens semi-profesjoner (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019, s. 20), noe som har tvunget denne ansattgruppen til å primært posisjonere seg i primærhelsetjenesten. Generelle utviklingstrekk for sektoren gjenspeilet seg i de observerte kontekstene, hvorpå en høy andel av sykepleierne oppga å ha arbeidet i spesialisthelsetjenesten noen år i starten av karrieren, mens hjemmetjenesten ble beskrevet som et godt alternativ når de nå hadde bosatt seg mer landlig og fått egen familie. Assistentgruppen var ofte yngre mennesker som søkte et midlertidig arbeid i påvente av studier eller annet arbeid.

I de landlige avdelingene var hjemmetjenestens kontor samlokalisert eller lokalisert i nærheten av omsorgsboligene. De ansattes personalrom i de fire ulike avdelingene fremstod som veldig like og hadde alle hjemmekoselig innredning med mye pyntegjenstander, blondeduker på bordene, blomsterpotter i vinduskarmene og tavler på veggene med visdomsord om «den gode omsorg» og/eller alderdom. Likheten i rommenes arkitektoniske inndeling og estetiske utforming kan tolkes i retning av å gjenspeile noe (stereo)typisk ved det kvinnedominerte arbeidsfellesskapet som sosialt rom, ettersom smak og preferanser ofte har sammenheng med sosial posisjon og disposisjoner (Bourdieu, 1995). At den gode alderdom og omsorgsrelasjonene ble løftet frem i arbeidsfellesskapet kan i så måte forstås som uttrykk for en kollektiv eller institusjonalisert habitus, der gruppens posisjoneringer i ord og handlinger er formet av de sammenfallende «strukturerende strukturer» gruppen har vært utsatt for (Bourdieu, 1997/2002, s. 30) – og som flere praxeologiske studier fra primærhelsetjenesteområdet har argumentert for at kan karakteriseres som en «omsorgshabitus». Begrepet omsorgshabitus referer til at mange helseprofesjonelle fremdeles (og uavhengig av biologisk kjønn) på bakgrunn av kvinnens historiske posisjon i det reproduktive felt som husmor og omsorgsgiver fremdeles inntar en

underdanig posisjon i nåtidens profesjonaliserte og lønnede omsorgsarbeid (Pawlica, 2018, s. 41-42). Dominerte individer bidrar på en ikke-bevisst måte til å reproducere deres sosiale posisjon (og undertrykkelse), som har sitt utgangspunkt i de omkringliggende sosiale strukturene (Prieur, 2005, s. 6).

Det ble imidlertid også observert forskjeller relatert til hvordan de ansatte posisjonerte seg til arbeidet i sektoren generelt og bruk av velferdsteknologi spesielt, som kan tolkes i retning av at det på tross av å være noen fellestrekk i arbeidsfellesskapet og en form for tilstedeværende gruppehabitus, også var individuelle habituser i aksjon i feltet.

7.4.1 Det utøvende helsepersonellets posisjoneringer i lys av deres disposisjoner

De to rådende og mest utbredte tesene om velferdsteknologiens potensiale som jeg til nå har argumentet for at er skapt i et produksjonsfelt bestående av både staten og næringen (jfr. kap. 5), syntes å være godt forankret på praktisk plan, ettersom få stilte spørsmål til grunnpremisset bak velferdsteknologisatsningen. Med det mener jeg at det å stille spørsmål til *om* velferdsteknologi egentlig burde være et sentralt satsningsområdene for hjemmetjenesten fremstod som et lite akseptert spørsmål å stille. Videre virket de fleste utøvende helsepersonells syn på velferdsteknologiens selvstendigjørende og aktiviserende egenskaper (tese 1) å være tro til produksjonsfeltets doxa om at hjemmet er det beste stedet å være ved sykdom og aldring, mens det var færre i utøvende tjeneste som syntes å være særlig opptatt av teknologiens økonomisk besparende egenskaper (tese 2).

Mangelen på interesse for økonomiske aspekter blant det utøvende helsepersonellet kan relatere seg til at denne gruppen hadde mindre grad av reell makt og innflytelse på kommunale budsjetter og prioriteringer. På den annen side var det noen få utøvende helsepersonell som stilte spørsmål til teknologiens reelle besparelser, i lys av tekniske problemer og mange utilsiktede alarmeringer i den perioden feltarbeidet pågikk. På tross av at produksjonsfeltets doxa om saken stod sterkt var det altså noe lokal motstand

og motstridende posisjoneringer i retning av både ortodoke og heterodoke ståsteder tilstede i det utøvende hjemmetjenestefeltet som sosialt rom. Ortodoxien kom både til uttrykk som et ytterpunkt som ønsket å gjeninnføre «gammeldagse», lavteknologiske pleie- og omsorgspraktikker med økt antall ansatte og mindre medisinsk behandlingsskrevende pasienter, men også i form av en mer moderat innstilling til saken der komplekse smarthuslignende oppsett ble foreslått forkastet til fordel for trygghetsalarmen og andre mer etablerte teknologier som hadde vist seg å fungere godt over år. Ettersom de ortodoke posisjoneringene brøt markant med det herskende doxaet skapt i produksjonsfeltet representerte ortodoxien i denne sammenheng også en heterodox («kjettersk») posisjonering i feltet.

De fleste av sykepleierne i utøvende hjemmetjeneste, samt den yngre generasjonen helsefagarbeidere var imidlertid tro til doxa, men inntok en *pragmatisk* posisjon til velferdsteknologi hvor utstyret stort sett ble sidestilt med andre hjelpemidler som kunne bidra til at eldre, syke og andre hjelpetrengende kunne føle seg trygge i eget hjem. Mange av de ansatte hadde lite kjennskap til velferdsteknologi utover ordinær trygghetsalarm, men syntes temaet var spennende og noe de ønsket å lære mer om. Det ble på den annen side ifølge mange av informantene satt av for lite tid til at de ansatte kunne å øke sin kompetanse på området. Flere ansatte i især Case-kommune 2 var begeistret for de nye mobile løsninger for å lese og dokumentere i elektronisk pasientjournal (EPJ) på smarttelefon, men som alt annet av velferdsteknologisk utstyr var det frustrerende når utstyret falt ut av tekniske årsaker eller relatert til dårlig mobildekning. En av de ansatte som i utgangspunktet var positiv til velferdsteknologi generelt og digitaliseringen av arbeidslistene og mobil-EPJ spesielt, tok imidlertid opp at utstyret tidvis medførte at lederne observerte om de ansatte fulgte arbeidslistens rekkefølge og forhåndsdefinerte tidsbruk, noe som følgelig ga mindre grad av faglig autonomi og opplevdes overvåkende, etter informantens syn (intervju med sykepleieren Martin, april 2019).

De eldre og erfarne helsefagarbeiderne (tidl. hjelpepleiere) posisjonerte seg offisielt sett positive til velferdsteknologi i tråd med det herskende doxaet om saken, der brukernes nytteverdi av utstyret ble spesielt vektlagt. Ansatte med lavere formalkompetanse, men som hadde vært lenge i sektoren og hadde mye realkompetanse syntes imidlertid i sitt arbeid å være mer opptatt av relasjonen til brukerne som de hadde fulgt i mange år. For eksempel virket denne ansattgruppen i større grad å «sjonglere» med arbeidslistenes rekkefølge og tidsbruk, slik at tjenestemottakerne hver sin gang fikk ekstra oppfølging og oppmerksomhet, som en av informantene uttalte det (intervju med helsefagarbeideren Grete, mars 2019). Av de få som eksplisitt posisjonerte seg kritisk til velferdsteknologi var de erfarne helsefagarbeiderne og assistentene overrepresenterte, der særlig teknologiens trussel mot viktige mellommenneskelige og sosiale dimensjoner ved omsorgsarbeidet ble løftet frem. Velferdsteknologi ble innen den pragmatiske posisjonen stort sett sidestilt med andre former for tekniske hjelpemidler slik som dostoler, håndtak til å støtte seg til i boligen, rullatorer ol. utstyr som hadde til hensikt å støtte opp om en hjemlig (eldre)omsorg.

Til sammenligning med iverksetternivået, deriblant representert av hjemmetjenesteledelse og velferdsteknologisk prosjektledelse, var det ingen fra utøvende tjeneste som inntok rendyrket *teknologioptimistisk* posisjon. Mange av de utøvende ansatte posisjonerte seg som håpefulle og «*positivt avventende*», slik prosjektmedarbeideren Lisa hadde beskrevet sitt ståsted til den første kommunale velferdsteknologisatsningen (intervju med ressurspsykepleier Lisa, november 2018). Velferdsteknologi var altså ikke noe de ansatte eller tjenestemottakerne gjorde et stort nummer ut av. Når det nå var slik at kommunen hadde valgt å satse på teknologi, da forholdt man seg bare til det, kunne det synes som. Unntaket var imidlertid om det var større tekniske feil på utstyret, som motsatt kunne skape mye «støy» i arbeidshverdagen og relasjonen til tjenestemottakerne. Feil og mangler syntes også å kunne gå utover sluttbrukernes (både ansatte, tjenestemottakerne og deres familiers) tillitt til hjemmetjenestens ledelse og den velferdsteknologiske prosjektgruppen.

En av helsefagarbeiderne fra Case-kommune 1 som i utgangspunktet hadde en interesse for og fremstod som veldig pro teknologi¹⁸² forklarte at det hadde vært mye misnøye blant de ansatte, men også tjenestemottakerne etter at den nye digitale teknologien hadde blitt installert. Misnøyen var knyttet til at den ikke virket kort og godt, hvorpå de ansatte hadde måttet bruke beredskapsplanen gjentatte ganger den siste tiden. Helsefagarbeideren som hadde blitt gitt pseudonymet Elisabeth posisjonerte seg på den måten at det var de ansatte som måtte «selge» utstyret inn til brukerne og at denne oppgaven nå var blitt utfordret av at teknologien hadde vist seg å være mangelfull. Når de ansatte også følte seg usikre, da ble det hele særlig komplisert ifølge Elisabeth ettersom de ansatte liksom skulle være «ekspertene». Mange av de ansatte fikk bare de nye hubene i hånden ettersom det bare skulle være «plug and play», mens det ifølge Elisabeth ble mye «fikling» med teknologien ute hos tjenestemottakerne, som følgelig ga de ansatte en dårlig følelse ved å fremstå som inkompetente, som ei heller bygget tillitt. I den sammenheng mente Elisabeth at det var sårbart med kun én ressursperson i hver hjemmetjenesteavdeling. Etter hennes mening burde det være flere ansatte som bare arbeidet med velferdsteknologi på fulltid. Spørsmålet var imidlertid hvor mange ansatte som var villige til å ta på seg dette ansvaret (feltnotater fra observasjon av helsefagarbeider Elisabeths arbeid og intervjutranskript fra forskningsintervju, november-desember 2018).

Videre fortalte en av ressurspsykepleieren innen velferdsteknologi, Sofie, at hun akkurat hadde bestemt seg for å slutte i rollen som velferdsteknologisk fagansvarlig i sin avdeling. Den største utfordringen med rollen var ifølge Sofie at det ble altfor mye ekstraarbeid og belastninger ettersom alle ansatte kom til henne om det var noe med velferdsteknologien, fremfor å sette seg inn i teknologien på egenhånd. Sofie opplevde i den sammenheng at arbeidet med velferdsteknologien kom «oppå» den faste arbeidslisten og at hun derav arbeidet mer enn de andre kollegaene, noe som både

¹⁸² Denne hjelpepleieren hadde som nevnt gjennomført (og selv finansiert) et nettkurs om velferdsteknologi på fritiden, på tross av å være alenemor til to små barn.

opplevdes urettferdig og belastende. Videre posisjonerte Sofie i likhet med Anna at arbeidet ved det lokale responsentret var noe monotont og kjedelig, ettersom hun likte at det var litt «action» på jobben. Sofies posisjonering kan også på bakgrunn av hennes disposisjoner også ha vært relatert til hennes habitus og kapitalvolum i møte med feltet.

For eksempel hadde det ifølge Sofie vært belastende å bli konfrontert av både kollegaer, tjenestemottakere og deres pårørende når teknologien ikke virket slik hun på vegne av kommunen hadde lovet. I den sammenheng uttalte Sofie at hun ikke kunne selge et produkt hun ikke lenger trodde på selv (feltnotat fra samtale med ressurspsykeleier Sofie under observasjon, februar 2019). Både Elisabeth og Sofie var eksempler på agerende i feltet som på bakgrunn av sine disposisjoner hadde en særlig interesse for velferdsteknologi, men som på bakgrunn av negative erfaringer med utstyret hadde kjent på en sosial lidelse og skiftet ståsted. Elisabeth og Sofie hadde som følge av den sosiale lidelsen hatt et brudd med den teknologioptimistiske posisjonen til fordel for en *teknologiskeptisk* posisjon i feltet. For å forstå og forklare deres brudd med doxa vil flere eksempler på det utøvende helsepersonellens sosiale lidelser i relasjon til bruk av velferdsteknologi som sosial praksis skrives frem.

7.5 Det utøvende helsepersonellet i hjemmetjenestens posisjon og sosiale lidelser

Det virket å være relativt få av de ansatte som hadde særlig grad av innsikt eller interesse for hva det kommunale velferdsteknologiprojektene egentlig innebar, på tross av at informasjonsmøter, «workshops», brukerundersøkelser og lignende hadde vært gjennomført fra ledelseshold. Det utøvende helsepersonellet og tjenestemottakernes *reelle* grad av medvirkning syntes derimot å være sparsom, på tross av at de formelle krav til brukermedvirkning var ivarettatt. Med det mener jeg at beslutninger om tjenesteorganisering, valg av teknologileverandør og type velferdsteknologier til syvende og sist ble besluttet på prosjektgruppe og ledelsesnivå med forankring i politisk ledelse, ikke på utøvende praksisnivå. En av de ansattes

tillitsvalgte i Case-kommune 2 kom riktignok tidvis med kritiske innspill, som måtte tas til etterretning av prosjektledelsen og skapte noe motstand i arbeidet og en dynamikk i det sosiale rommet.

I praksis syntes teknologien derimot ikke å være et eksplisitt diskusjonstema, men snarere en innvevd del av arbeidsdagens små og store gjøremål, både med og uten formelt vedtak i henhold til bestiller-utfører-modellen. Observasjonene viste for eksempel at de ansatte under sitt arbeid pratet om dagligdagse temaer med tjenestemottakerne som ofte kunne avdekke ulike former for hjelpebehov som tjenestemottakerne ikke hadde formelt vedtak på. Tjenestemottakere kunne for eksempel ta opp problemstillinger slik som at postkassen hadde fått en skade der avisen følgelig ble våt, at røykvarsleren pep og trengte batteriskift, eller at potteplantene oppå reolen vanskelig kunne nås for vanning. På samme måte fremstod velferdsteknologiens vedlikeholdsbehov eller feil og mangler som et hjelpebehov som var like «naturlig» å ta opp som andre problemstillinger og utfordringer i hverdagen.

Enkelte av de ansatte bisto tjenestemottakerne med praktisk hjelp slik som blomstervanning ol., mens andre var mer opptatt av at man prinsipielt sett ikke burde ta på seg denne typen skjult omsorgsarbeid. Når det gjaldt velferdsteknologien fremstod det litt mer uavklart hvem som egentlig hadde ansvaret for vedlikeholdet og små praktiske arbeidsoppgaver slik som å bytte batteri. For å lette på de velferdsteknologiske ressursykepleierne/prosjektmedarbeidernes arbeidspress var det mange som sa ja til å gjøre denne typen delegerte (og skjulte) arbeidsoppgaver, selv om det kom i tillegg til det tjenestemottakeren formelt sett hadde et tidsbestemt vedtak på. På den annen side lå det implisitt at et vedtak om velferdsteknologi nødvendigvis måtte innbefatte vedlikehold og oppfølging av utstyret, men i hvilken grad det var medregnet i arbeidslistenes tidsberegninger fremstod som mer uavklart og rammet tilfeldig. For eksempel kan det argumenteres for at det i perioder med mye teknisk svikt ble brukt mer tid enn avsatt til det velferdsteknologiske utstyret, der belastningene ble til en sosial lidelse blant det utøvende helsepersonellet, som også kunne ramme skjevt

innad i personellgruppen. For eksempel var det noen som på bakgrunn av sin posisjon i feltet oftere enn andre sa seg villig til å ta på seg ekstraarbeid relatert til teknologien, mens andre på bakgrunn av sin sosiale posisjon var mer opprørske og nektet å ta et slikt ansvar. Andre unngikk de tekniske oppgavene på bakgrunn av manglende kompetanse og usikkerhet, men gjorde til gjengjeld lite for å opparbeide seg kompetansen.

7.5.1 Uintenderte varsler

På de større omsorgsboligkompleksene i Case-kommune 1 ble velferdsteknologien observert brukt nærmest som et pasientvarslingssystem, til sammenligning med alarmene ute i private hjem som med noen få unntak ble brukt som en «nødknapp» ved mer akutt behov for hjelp. Ved det mer sentrale omsorgsboligkomplekset i Case-kommune 2 som lå i nærhet til hjemmesykepleiens kontorer og et større sykehjem, ble det observert ulike alarmpraktikker internt fra å bruke trygghetsalarmen som en nødknapp til å bruke den som en ringesnor ved behov for eksempelvis toalettbesøk. Mange av tjenestemottakerne som var bevisste på at de ansatte hadde lange kjøreavstander syntes å være ekstra bekymret for å belaste de ansatte unødige med å frivillig eller ufrivillig aktivere trygghetsalarmen, mens denne type bekymring syntes å være noe mindre fremtredende i mer tettbygde strøk. De observerte forskjellene i hvordan velferdsteknologien ble anvendt relaterte seg i så måte trolig både til at tjenestemottakerne som bodde i omsorgsbolig eller omsorgsbolig-pluss komplekset var mer hjelpetrengende enn de som bodde i private hjem, samtidig som den fysiske avstanden til de hjemmeboende tilsynelatende var en annen del av forklaringen. For eksempel uttalte mange av de ansatte og tjenestemottakerne at flere beboere med omfattende pleie- og omsorgsbehov som tidligere ville hatt sykehjemsplass nå i større grad bodde i omsorgsboliger, som gjenspeiler en villet de-institusjonalisering av eldreomsorgen som drøftet i underkapittel 4.1.2. Videre var de lange kjøreavstandene på landsbygden til hinder for rask utrykning i tillegg til at majoriteten av tjenestemottakerne nødig ville belaste ansatte med ekstra tilsyn, mens de ansatte var tettere på ved omsorgsboligene.

De yngre og mer uerfarne sykepleierne hadde til sammenligning med hjelpepleierne fått en betydelig økning i mer spesialiserte medisinsk-tekniske prosedyrer etter Samhandlingsreformen, hvorpå velferdsteknologien (om den ikke fungerte) ofte kom som en ekstra belastning i tillegg til de medisinske prosedyrene i en travel arbeidshverdag. Det var særlig i de mer sentrale hjemmetjenesteavdelingene sykepleierne hadde mer «avanserte» medisinske oppgaver, mens det i landlige strøk i all hovedsak var eldre tjenestemottakere som fikk hjelp med enklere omsorgsbehov. I den sammenheng posisjonerte noen av sykepleierne selve arbeidet i hjemmesykepleien som lite variert og rutinepreget hva gjaldt både brukergruppen og arbeidsoppgavene. En av de mannlige sykepleierne beskrev eksempelvis jobben som et lønnsarbeid og ikke et «kall». Videre var hjemmesykepleien lokalisert nærme hans bosted, som gjorde hverdagen og familielivets logistikk enklere, men han savnet mer faglige utfordringer og variasjon i arbeidet (intervju med sykepleieren Martin, april 2019).

På omsorgsboligene som var helt eller delvis bemannet var tjenestemottakerne derimot klar over at de ansatte ikke var langt unna. I den grad beboerne ved omsorgsboligene hadde bevissthet omkring egen alarmpraktikk kunne det synes som at færre problematiserte aktivering av trygghetsalarmen som tidkrevende og belastende for de ansatte i denne konteksten. Under observasjonsstudiene av de ansattes arbeid «inne» på især omsorgsbolig+ komplekset i Case-kommune 1, men også ordinære omsorgsboliger i Case-kommune 2, kom belastningene for den ansatte som gikk med vakttelefonen derimot tydelig frem. Om morgenen når ansatte entret leilighetene for å bistå beboerne med stell ble for eksempel ofte dørsensorene uintendert aktivert, noe som genererte telefoner fra responscenteret. Videre hendte det tidvis at senge- og stolsensorer ble aktivert ved sengeskiift og bytting av beskyttelsesklede eller lignende i stol. Med bedre tilpasninger av utstyret slik som tidsinnstillinger som samsvarte med pleie- og omsorgsrutinene kunne slike uintenderte alarmer i teorien vært unngått, men avstandene mellom produksjonsfeltets visjoner om «smarte hus» og kommunale realiteter syntes i den sammenheng å være relativt stor. I tillegg til de uintenderte

alarmene var det enkelte av beboerne som intendent trykket på trygghetsalarmen om de ansatte var sent ute eller det hastet med å få kommet seg på toalettet.

Relatert til de nye alarmknappenes økte sensitivitet ble mange av alarmene uintentert aktivert i forbindelse med stell eller dusjing. Om de ansatte var forsinket med stellet kunne forsinkelsen tidvis forplante seg videre til resten av dagens rutiner, der de elektroniske pilledispenserne eksempelvis ga et varsel om medisinen ikke ble tatt i tide. På tross av at hovedhensikten med de elektroniske pilledispenserne var at brukerne skulle administrere medisinen selv, ble det observert at de ansatte i noen tilfeller (særlig i omsorgsboligene) måtte hjelpe brukerne med å åpne dosettposene og sørge for at tablettene ikke gikk på gulvet og lignende. Det gikk i så måte ikke mange minutter mellom hvert alarmanrop den ansatte (ofte en sykepleier) som hadde vakttelefonen fikk. I tillegg ble andre spørsmål og avklaringer på arbeidslistene eller konkrete problemstillinger som gjaldt tjenestemottakerne tatt opp med ansvarshavende sykepleier på vakttelefonen, der følgelig sykepleierne fikk en ekstra belastende arbeidsdag om de i tillegg fikk mange alarmoppkallinger relatert til velferdsteknologien.

7.5.2 Falske varsler og falsk trygghet

Mange av de ansatte forklarte meg at instruksen fra ledelseshold i avdelingen var at såkalte «tause alarmer» – det vil si at en alarm hadde blitt utløst uten at det hadde lyktes hverken responscenteret eller ansatte i utøvende tjeneste å komme i kontakt med vedkommende – alltid skulle avklares ved hjelp av utrykning. Denne rutinen var relatert til at tjenestemottakeren i verste tilfelle kunne ha falt eller hatt et illebefinnende, og dersom alarmen ikke ble avklart ville utstyret representere en falsk trygghet. Noen ansatte påpekte imidlertid at de i en travel arbeidshverdag ikke alltid hadde tid til å prioritere tause alarmer, spesielt om det skjedde mange ganger på rad eller alarmen hadde blitt aktivert hos en tjenestemottaker de visste at var tunghørt og/eller ofte kom borti alarmen uintentert. Det hadde i så måte blitt observert en diskrepans mellom ord (hva agentene sier at de gjør/bør gjøre) og handling (det de agerende faktisk gjør) (jfr.

Bourdieu et al., 1991, s. 35-38). De ansatte måtte som følge av de strukturelle mulighetsbetingelsene bruke sin praktiske sans – eller det de ansatte ofte refererte til som «magefølelsen» – i kombinasjon med kjennskap til brukeren og tidligere hendelser i deres vurderinger av de tause alarmenes alvorlighetsgrad.

På den annen side skapte diskrepansen mellom praksisidealet og hva som tidvis ble praktisk mulig en uro og dårlig samvittighet blant de ansatte, som fungerte som en sosial lidelse. Den relativt nyutdannede sykepleieren Cecilia tok på eget initiativ opp temaet tause alarmer da vi hadde et ledig øyeblikk i bilen. Hun opplevde tause alarmer som svært vanskelige situasjoner i arbeidshverdagen, som kom til uttrykk med følgende utsagn: *«du må tolke hva du tenker situasjonen handler om. Er det en falsk trygghet, lover vi mer enn vi kan holde?»* (Samtale med Cecilia i bilen, november 2018). Cecilia posisjonerte seg dit hen at hun ønsket en mer åpen diskusjon omkring de dilemmaene de tause alarmene representerte i stedet for at ledelsen kun henviste til «regelen» om at tause alarmer alltid skal avklares. Cecilia kunne vise til flere eksempler der tause alarmer hadde blitt underprioritert på travle vakter og da opplevdes det provoserende at de ansatte ble stilt til ansvar om avklaringen av alarmen grunnet arbeidspresset ikke ble mulig.

En annen utfordring som mange av de ansatte i utøvende tjeneste påpekte relatert til de tause alarmene var at det som oftest var kun én «hub» i hver bolig, hvorpå disse ofte ble plassert i gangen på et telefonbord ettersom det var der den gamle analoge huben hadde vært plassert tidligere, men mange av de eldre tjenestemottakerne hadde redusert hørsel og kunne derav ikke høre sensorene på nattestid. Hubens plassering, lave lyd, samt det at det kun var én slik enhet per bolig var i så måte blant de medvirkende årsakene til de såkalte «tause alarmene», der ansatte særlig på natt ikke klarte å få tak i tjenestemottaker. Det var imidlertid mulig å montere en ekstra høyttalerenhet på soverommet, noe det ble observert at noen tjenestemottakere hadde fått innvilget. Tjenestemottakerne ble også oppfordret til å ha mobiltelefonen liggende på nattbordet

slik at nattevaktene kunne nå de via telefon, men det var heller ikke gitt at man fikk kontakt med tjenestemottakeren via telefon på natten om de sov.

Nattevaktene Mariann og Tonje fra Case-kommune 1 som også oppga at det fra ledelsen var forventet at man skulle avklare en taus alarm for å være sikker på at det ikke hadde skjedd en ulykke eller lignende, viste imidlertid til at det på langt nær alltid var mulig å kjøre lange kjøreavstander på natten. Det var hele halvannen time mellom det ene og det andre ytterpunktet i kommunen og det var kun 2-3 ansatte på nattevakt, som i tillegg hadde faste oppdrag på arbeidslisten sin. De ansatte i natttjenesten posisjonerte derav trygghetsalarmen som en tidvis «falsk trygghet», hvorpå de ansatte ofte kunne kjenne på en dårlig samvittighet og bekymring i de tilfeller der tilsyn ikke var mulig (intervju med sykepleier Mariann og helsefagarbeider Tonje, august 2018).

I en bourdieusk feltoptikk kan de empiriske funnene som viste at de ansatte kjente på dårlig samvittighet når de ikke hadde kapasitet til å avklare alarmene, karakteriseres som en «sosial lidelse» som fungerte som en symbolsk vold (jfr. Bourdieu, 2000/2005, s. 185-192). For eksempel oppstod «lidelsen» som følge av noen strukturelle vilkår, slik som mangel på personell og lange kjøreavstander, samt en urealistisk fremstilling av hva trygghetsalarmen (og andre velferdsteknologiske sensorer) som tjeneste egentlig innebar på (spesielt nattetid). Skylden for tjenesten tilkortkommenhet ble derimot lagt på individene (de ansatte). Videre rammet den sosiale lidelsen individene (tjenestemottakere, deres familier og ansatte) som hadde minst innvirkning på tjenesteorganiseringen og de øvrige strukturelle mulighetsvilkårene.

Et annet sentralt poeng ved begrepet symbolsk vold er at handlingen/rammevilkårenes voldelighet er skjult for både voldsutøver (ledelsen) og voldsoffer (utøvende helsepersonell) (Petersen, 1995a, s. 134), der ofrene for systemets urettferdighet ofte støtter opp om strukturene, snarere enn å gjøre opprør mot den (Callewaert & Petersen, 2010, s. 29). Bourdieus (1996) teser om hvordan symbolsk makt og vold virker kan trolig også bidra til å forklare årsakene bak den stilltiende aksepten av urealistiske målsettingene for velferdsteknologien som ble observert i hjemmetjenestene. Med det

referer jeg til at mektige agenter innen både næringen og statsbyråkратиene, samt lokale makthavere tilsynelatende hadde større definisjonsmakt over hjemmetjenestefeltet når det kom til organiseringer og hvilke områder (eksempelvis teknologi) som skulle få forrang over andre (eksempelvis andelen ansatte).

Om vi vender tilbake til nattevaktene ble det i tillegg observert at såkalte «hyppige innringere» – det vil si tjenestemottakere som hadde en tendens til å ringe ofte på alarmknappen for relativt små behov som eksempelvis å ligge vondt i sengen – kunne risikeres å bortprioriteres på en travel nattevakt. En av sykepleierne i nattpatruljen beskrev prioriteringsdilemmaene de ansatte stod overfor med følgende sitat:

«Han [tjenestemottakeren] måtte vente i over 3 timer på en nattevakt fordi han blir ikke prioritert fordi vi kjenner han, «ulv ulv», sant. Og han kan ringe igjen hvis det er krise. Ja. Og da var det liksom andre ting vi måtte prioritere. Husker ikke hva det var, lurer på om det var en som hadde fått slag» (intervju med sykepleier i nattpatruljen Mariann, august 2018).

Natttjenesten omtalte situasjonen som gjaldt en håndfull såkalte «hyppige innringere» med begrepet «ulv ulv»¹⁸³«. Utrykket «ulv ulv» handler om det å rope varsko uten at det er en alvorlig situasjon så mange ganger at man ikke lenger blir tatt på alvor. Det at varselet om en feilstilling i sengen ble bortprioritert kan også være relatert til det medisinske felts dominans over hjemmetjenesten, der litt «vondter» ikke regnes som en akutsituasjon i det medisinske felts prioriteringslogikk, men som kan være alvorlig nok for en sårbar og utrygg tjenestemottaker som bor alene. Med prioriteringslogikk henviser jeg til et sentralt prinsipp innen medisinen om at de mest akutte tilstander nødvendigvis må få forrang over tilstander med mindre hastegrad, der også hjemmetjenestefeltet bar preg av den samme styringslogikken. Det medisinske felts prioriteringslogikk kan være relatert til at fagområder som behandler akutte tilstander slik som hjerteinfarkt ofte posisjoneres høyere og har mer prestisje i det medisinske

¹⁸³ Ordtaket «ulv ulv» knytter seg til fabelen fra den greske antikken om gjeterguttene som ropte «ulv ulv» mange ganger uten at det var ulv i nærheten av saueflokkene. Den dagen da ulven virkelig dukket opp var det ingen som kom gjeterguttene til unnsetning ettersom han ikke ble tatt på alvor lengre (Aesopus, 1975, s. 63).

felt, enn eksempelvis rehabilitering (Larsen, 2009) – eller det Martinsen (2003, s. 77-79) omtaler som «vedlikeholdsomsorg». Vedlikeholdsomsorg er ifølge Martinsen (2003, s. 78) å holde pasientens funksjoner vedlike, men ikke nødvendigvis forbedre deres tilstand, hvorpå tilbakegang også må kunne påregnes. Sykehjem og hjemmesykepleien er de typiske arenaer for denne type vedlikeholdende omsorgstjenester, i tillegg til psykiatrien og institusjoner for kronikere ifølge Martinsen (2003, s. 78).

Nattevaktene fortalte at de måtte bruke «magefølelsen» og erfaringen sin, samt kjennskapet til de aktuelle «hyppige innringerne» for å vite om de måtte agere på de tause alarmene, eller om de kunne tørre å utsette tilsynet. Eksempelet peker igjen på det Bourdieu omtaler som en praktisk sans, som er en kroppsliggjort sans som er opparbeidet på bakgrunn av den individuelle og kollektive livshistorie, som guider praktikerne til å handle situasjonsadekvat (Bourdieu, 2007a, s. 92-94). Samtidig er ikke bruken av den praktiske sans feilfri eller uten mangler, når de strukturelle vilkårene er utfordrende.

Mariann fortalte for eksempel om en uheldig hendelse når en av de såkalt «hyppige innringerne» hadde ringt på alarmen kort tid etter vaktskiftet på en nattevakt. Den eldre mannen ringte ofte på alarmen, men ifølge Mariann var det i de fleste tilfeller «ingen verdens ting» når nattevaktene ankom mannens hjem. Ofte fant de han sovende og trygg i sengen ved tilsyn, men den ene gangen de hadde måttet nedprioritere tilsynet av hensyn til en annen tjenestemottaker som hadde et akutt illebefinnende, så hadde det faktisk vært slik at den eldre mannen lå så skjevt at han var delvis havnet på gulvet. I den sammenheng forklarte Mariann at de ansatte i nattpatroljen ofte kunne kjenne på en dårlig samvittighet hvis de feilprioriterte eller feiltolket uavklarte alarmanrop som de ikke hadde mulighet til å sjekke opp med fysiske tilsyn. Videre kunne vurderingen om å ikke rykke ut i enkelte tilfeller være relatert til i en mistillit til teknologien, som etter Marianns mening kunne føre til at de ansatte nedprioriterte utrykninger:

«Ja, sengesensorer har det ikke vært så mange reelle [alarmanrop] der heller. Men det har jo vært sånn at når vi har fått så mange falske alarmer, så er det litt sånn 'æ vi går og legger han først før vi går opp på den alarmer'. Og der satt jo hun [en tjenestemottaker] på gulvet, det var derfor den sengealarmen gikk sant, og det er jo den funksjonen den skal ha egentlig. Da blir det sånn dårlig samvittighet sant: 'okei, må kanskje prioritere det [tause alarmer] likevel'» (intervju med sykepleier i nattpatroljen Mariann, august 2018).

Mariann forklarte videre at i de tilfeller der tjenestemottaker «bare hadde trykket» og de ikke fikk kontakt så måtte de ofte nedprioritere det, mens døralarmer og sengesensorer ideelt sett burde prioriteres høyt, ettersom disse teknologiene ofte brukes til personer med demens som ikke evnet å trykke på alarmer selv. Mariann forklarte imidlertid at de ikke alltid hadde kunnet prioritere alle passive sensorer heller, ettersom det som sitatet påpeker særlig hadde vært mye utilsiktede alarmer fra sengesensorene og fallsensorene. De fremstod rett og slett for sensitive eller kunne være feil plassert, ifølge Mariann.

Såkalte «hyppige innringere» var unntaket heller enn regelen, men dette var en brukergruppe som av de ansatte – i særlig grad på iverksetternivå – tilsynelatende ofte ble devaluert som brukere som ikke var egnet for velferdsteknologi, eller i alle fall velferdsteknologi som krevde en aktiv handling fra brukeren. Det var derimot en enighet om at de «hyppige innringerne» var en gruppe tjenestemottakere som var særlig egnet for mer inngripende overvåkingsteknologi, slik som sengesensorer, dørsensorer eller lokaliseringsteknologi/GPS, som kunne fange opp «uønsket adferd» (som å gå ut om natten ol.) i henhold til det medisinske felts logikker og krav for å «kvalifisere» til å kunne bli boende hjemme i egen bolig. I denne logikken lå det i så måte også en form for kontroll- og disiplineringspraktikk, som sikret at kommunens plikter om forsvarlige tjenester ble ivaretatt, mens forskriften om en verdig eldreomsorg¹⁸⁴ kanskje ikke alltid

184 Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) trådte i kraft i 2011 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) (Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), 2011). Hensikten med forskriften som ble fremmet av KrF var å sikre at eldreomsorgen innretning og organisering skulle bidra til både en trygg, meningsfull og verdig alderdom.

ble oppfylt med disse innretningene. At velferdsteknologi ble brukt for å legitimere at tjenestemottakere som av kognitive og/eller fysiske årsaker var betydelig svekket, likevel kunne bli boende hjemme var noe som syntes å oppta flere ansatte, noe som vil drøftes ytterligere under underkapittel 7.6.3.

Mariann posisjonerte seg på tross av mange eksempler på utfordringer med velferdsteknologien i tråd med produksjonsfeltets doxa. For eksempel mente hun at de fleste mennesker ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig, hvorpå hun stilte seg positiv til kommunens satsning på velferdsteknologi. Det Mariann i likhet med mange andre ansatte i utøvende hjemmetjeneste imidlertid stilte seg kritiske til var hvorvidt idealet om å bli boende hjemme ble brukt som en mal for alle, som hun uttalte det. Mariann nevnte i den sammenheng spesielt tjenestemottakere med psykiske helseutfordringer, utrygghet og ensomhet som utsatte, noe følgende sitater uttrykker:

«Jeg tenker at det blir mer og mer hjemmeboere. Det blir det nok. På grunn av teknologien. Og folk vil være hjemme. Stort sett»

De som ikke vil bo hjemme kjempet ofte med noe psykisk, ifølge Mariann:

«det er jo gjerne psykisk, sant, at du har problemer med å være alene. Ensom. Ja. I hvert fall de som jeg kommer på, som ikke trives hjemme. Eller at de er veldig intense på alarmen for eksempel» (intervju med sykepleier i nattpatruljen Mariann, august 2018)

Under observasjon på Omsorgsbolig-pluss komplekset som nå i tillegg til ordinære ringesnorer også skulle prøve ut andre former for velferdsteknologi slik som mobile trygghetsalarmer med GPS og bruk av såkalt «geo-fence»¹⁸⁵ teknologi, kom det frem flere eksempler på at utstyret representerte en falsk trygghet. Flere av de ansatte viste for eksempel til at det hadde vært utfordrende å få systemet til å fungere, men at dette trolig bare var relatert til at de nå var i en innkjøringsfase. For eksempel var det beboere

¹⁸⁵ Begrepet «Geo-fence» viser til muligheten for å lage et forhåndsdefinert geografisk område som fungerer som en innhegning på mobile trygghetsalarmer og lokaliseringsteknologier som GPS ol. Ved bruk av geo-fence teknologi vil det kunne genereres et varsel dersom den aktuelle brukeren krysser «innhegningen» (Ausen, 2013, s. 42).

med demens som hadde blitt tildelt både dørsensorer, bevegelsessensorer og mobil trygghetsalarm med GPS og bruk av «geofence». Grunnen til at brukerne hadde blitt tildelt en rekke ulike sensorer var knyttet til natteuro eller vandring ut fra omsorgsboligkomplekset. De ansatte fortalte at det noen ganger ble generert falske eller utilsiktede alarmer på denne typen utstyr, som det enda ikke var helt avklart hvorfor oppstod. Utstyret med geofence hadde eksempelvis noen ganger blitt utløst når beboere var til stede, mens andre ganger når brukerne faktisk hadde forlatt «innhegningen» og alarm var påkrevd ble den derimot ikke utløst. Andre ganger hadde brukeren vinket til bevegelsessensoren for å så smette ut av døren når den sto på gløtt uten at de ansatte merket noe, mens dørsensoren andre ganger ble utløst utilsiktet når ansatte ryddet på rommet og hadde glemt å deaktivere (den analoge) alarmen manuelt. De ansatte jeg snakket med denne dagen hadde derav en formening om at det kunne bli litt «ulv, ulv» når alarmene enten på grunn av feil eller svikt i rutine ble utløst gjentatte ganger, noe jeg også fikk erfare ettersom jeg fulgte den ansvarlige sykepleieren med vakttelefonen denne kvelden som fikk et titalls alarmoppkallinger fra responscenteret (Feltnotat fra observasjon på kveldsvakt på Omsorgsbolig-pluss komplekset i Case-kommune 1, oktober 2018).

Utfordringene knyttet til velferdsteknologien i kommunen knyttet seg ikke bare til falske (utilsiktede) alarmer fra utstyret som følge av feiltilpasninger av utstyret eller teknisk svikt. Noen av sykepleierne posisjonerte seg også i retning av at velferdsteknologi i enkelte tilfeller kunne representere en falsk trygghet, der teknologien gjorde at kommunen hadde «ryggen fri» på tross av at enkelte av tjenestemottakerne – etter flere av de ansattes mening – var for skrøpelige og hjelpetrengende til å bli boende hjemme. Mange mente riktignok at man aldri kunne være hundre prosent sikker på at utstyret fungerte, slik var det med alle former for teknologi. Mathilde som var sykepleier og en av nøkkelinformantene som ble fulgt over flere vakter og intervjuet i etterkant, posisjonerte seg i likhet noe kritisk til velferdsteknologiens store prioritet i tjenestene, ettersom utstyret både kunne

oppstykke arbeidsdagen og relasjonen til brukerne, samtidig som hun mente at teknologien tidvis representerte en falsk trygghet.

En av studiens nøkkelinformanter blant tjenestemottakerne, Anette underbygget Mathildes påstander om at teknologien ikke alltid var til å stole på. Under samtale med Anette som var en yngre tjenestemottaker kom det frem at hun vurderte å si opp teknologien. For det første syntes hun at teknologien kostet for mye i månedlige utgifter ettersom hun var ufør og dessuten brukte mye penger på kosthold, naturpreparater og alternative behandlingsmetoder for å holde en smertefull sykdom i sjakk. Anette fortalte at hun hadde vært syk storparten av sitt voksne liv og at hun kun tok kontakt med helsepersonell via trygghetsalarmen ved «nødstilfeller» relatert til smerter og lignende. Anette hadde imidlertid opplevd at det nye utstyret ikke hadde fungert ved seks ulike anledninger når hun hadde hatt et akutt behov for hjelp, som følgelig hadde ført til at hun ikke lenger stolte på utstyret. En gang hadde teknologiens manglende funksjon vært relatert til strømbrudd, som hadde ført til «error» med alarmen på tross av at det tekniske utstyret skulle kunne håndtere slike situasjoner og hadde nødstrøm. Den største feilen var etter Anettes syn at det hadde gått syv uker fra feilen hadde oppstått som følge strømbruddet, til de ansatte ved det lokale responscenteret i kommunen hadde oppdaget feilen. Anette hadde på forhånd blitt informert om at alarmen automatisk ville generere et varsel til responscenteret ved manglende kontakt. Anette innrømmet imidlertid at hun selv også hadde gjort feil ved å trekke ut kontaktet på «huben» som følge av irritasjon over et blinkende lys fra den, hvorpå den velferdsteknologiske ressursykepleieren i avdelingen Lisa, hadde måttet ha en alvorsprat med tjenestemottakeren og tydeliggjort at bruker også har et ansvar for å sørge for at utstyret er påkoblet og melde fra ved mistanke om eventuelle feil og mangler.

Etter samtalen med Anette ble Mathilde spurt om hun kunne bekrefte de beskrevne situasjonene og om det virkelig stemte at alarmen ikke hadde virket hele seks ganger ved akutte behov for hjelp. Mathilde bekreftet at beskrivelsene stemte, men presiserte

at disse hendelsene var noe den velferdsteknologiske prosjektgruppen, samt ledelsen av hjemmetjenesteavdelingen hadde tatt på største alvor. Hendelsene hadde medført at de ansatte hadde måttet gjennomgå sine rutiner og lært av feilene som hadde blitt gjort, noe Mathilde posisjonerte som sentralt for å bygge tillitt hos brukerne. Mathilde mente i den sammenheng at det var essensielt at brukerne hadde tillitt til det velferdsteknologiske utstyret når teknologi nå skulle utgjøre en såpass stor del av tjenesteutøvelsen. Videre mente Mathilde at en forventningsavklaring med brukerne der det ble presisert at trygghetsalarmen ikke var en «nødknapp» med direkte link til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i enkelte tilfeller var viktig (feltnotat etter samtale med Mathilde i bilen, samt intervjutranskript november 2018).

7.5.3 Avbrytelser i arbeidet som følge av alarmer og velferdsteknologiens høye prioritet i feltet

En annen dag jeg fulgte sykepleieren Mathilde hadde hun ansvarsvakt og besvarte den sykepleiefaglige vakttelefonen¹⁸⁶. Mathilde hadde med ansvaret for vakttelefonen også i oppgave å videreformidle alarmanrop til ansatte som var i nærheten, eller eventuelt avklare alarmene selv. Denne dagen var det en eldre kvinne som bodde alene som hadde utløst trygghetsalarmen tidlig om morgenen. Mathilde kjente til tjenestemottakeren fra før og visste at hun var veldig tunghørt. Tjenestemottakerens hørselshemming kunne derav være årsaken til at responscenteret ikke hadde klart å få kontakt via «huben». Mathilde gikk gjennom arbeidslisten for å finne ut hvilke ansatte som var i nærheten og om tjenestemottakeren hadde vedtak på tilsyn denne dagen.

Mathilde kunne se på arbeidslisten at tjenestemottakeren på nåværende tidspunkt var satt opp til å få hjelp til å stelle seg, hvorpå hun konkluderte med at hun mest sannsynlig var på badet med en ansatt og at dette var årsaken til at de ikke hørte «huben». Jeg

¹⁸⁶ Vakttelefonene i kommunen var smarttelefoner der ulike velferdsteknologi-applikasjoner relatert til f.eks. mobil trygghetsalarm med GPS eller de elektroniske pilledispenserne også var installert. Vakthavende sykepleier fikk derav i tillegg til telefoner fra responscenteret relatert til trygghetsalarmer eller andre sensorer, også varsler fra GPS-er eller elektroniske pilledispensere (ved avvik). De andre ansattes mobiltelefoner var ikke smarttelefoner, men mobiltelefoner som var egnet til å ringe og sende sms med, mens nettbrett kunne medbringes av alle ansatte til å lese og skrive i pasientjournal (hvis det var mobildekning i det aktuelle området).

merket likevel at Mathilde ble usikker og ikke slo seg helt til ro med konklusjonen, det var jo blitt sagt fra ledelsen at «*tause alarmer skulle avklares...*». Mathilde ringte deretter opp flere av de ansattes telefoner, men ingen svarte. Fra en av sine kollegaer fikk Mathilde tak i privatnummeret til den ansatte som hun i henhold til arbeidslisten antok at var på badet med den aktuelle tjenestemottakeren der alarmen var utløst, men det var ingen svar å få der heller. Mathilde bestemte seg da for å følge sin «magefølelse» eller praktiske sans og uttalte at vi måtte følge prosedyren og avklare den «tause alarmen», selv om det innebar en lang omvei for henne og trolig ville skape et etterslep på arbeidslisten for Mathilde (og hennes ventende tjenestemottakere) resten av dagen.

Før vi kunne rykke ut på alarmen måtte Mathilde ringe opp den neste tjenestemottakeren som stod på hennes liste som ventet på å få utført sårskift. Hun ga beskjed om at noe uforutsett har hendt, som ville medføre at hun ble noe forsinket. Da vi kom frem til tjenestemottakeren som hadde utløst alarmen viste det seg at Mathildes magefølelse hadde vært riktig. Tjenestemottakeren var akkurat kommet ut fra badet og hadde fått hjelp til dusjing, noe som kunne forklare hvorfor hverken den eldre kvinnen eller den ansatte hadde hørt telefonen. Den aktuelle tjenestemottakeren ble tydelig opprørt og lurte på hva hun hadde gjort feil. Hadde hun ligget på alarmen i sengen og på den måten utløst den? Skulle hun slutte å ha på alarmen om natten? Både Mathilde og kollegaen utbrøt følgelig: «*nei, nei, nei, du må ikke tenke slik. Selvfølgelig skal du ha på deg alarmen om natten, så du kan varsle oss om noe skjer*» (feltnotater fra observasjon av Mathildes arbeidsdag, november 2018). Tjenestemottakeren beklaget seg videre over at hun ikke kunne høre «huben» om natten eller tidlig morgen ettersom den var plassert i stuen.

Da vi kom tilbake til bilen posisjonerte Mathilde seg dit hen at dette var et verst tenkelig eksempel på en alarmavklaring, ettersom responscenteret som oftest greide å avklare alarmen via «huben» eller vakthavende sykepleier greide å avklare via de ansattes vakttelefon. Hadde ikke kollegaen glemt å ta med seg telefonen inn på badet hadde

hele denne situasjonen kunnet vært avverget og den eneste avbrytelsen hadde vært at den ansatte hadde fått en telefon under stellet. Avbrytelse av pleie- og omsorgsarbeidet er aldri ønskelig posisjonerte Mathilde seg, men en telefonoppkalling var i det minste bedre etter hennes syn enn «å troppe opp på døren på denne måten», som hun uttalte det. Det oppleves både inngripende for brukerne og ubehagelig for den ansatte som måtte gjøre det, mente Mathilde.

Det var imidlertid ikke første gang jeg observerte en slik situasjon under feltarbeidet. Under observasjon av hjelpepleieren Susanne i den mer sentrale hjemmetjenesteavdelingen i Case-kommune 2 kom det også frem hvor høy prioritet teknologien fikk. Under et morgenstell av en eldre mannlig tjenestemottaker som var dårlig til beins og hadde mye kroppslig smerte – og Susanne følgelig hadde brukt lang tid på å få plassert i en trygg stilling på badet – fikk hun en telefon fra responscenteret om at en trykkgjettingsalarm fra en eldre kvinne i en av de andre omsorgsleilighetene hadde blitt utløst, men operatørene hadde ikke lyktes i å få kontakt med kvinnen via «huben». Selv om Susanne visste at denne eldre kvinnen ofte trykket på alarmen, var tunghørt og det i tillegg sjeldent var noe galt, ville hun likevel i henhold til rutinen avklare alarmen før hun fortsatte stellet hos den eldre mannen. Da kvinnens leilighet bare var noen hundre meter unna ble avbrytelsen mindre omfattende enn om Susanne måtte ha satt seg i bilen og kjørt, men alarmen – som for øvrig viste seg å være utilsiktet – hadde likevel oppstykket og forlenget et pågående stell for en sårbar tjenestemottaker.

Eksemplene fra både Mathilde og Susannes arbeidsdag viste hvordan (ofte utilsiktede) alarmer forstyrret pleie- og omsorgsarbeidet og relasjonen til brukerne, som også er beskrevet i tidligere forskning fra norsk kontekst (Haukelien, 2020; Tøndel, 2018). Eksemplene belyste også et annet gjentagende funn i denne ph.d.-studien som relaterte seg til at mange av de eldre tjenestemottakerne ble veldig stresset, opprørte, lei seg eller skamfulle når de ikke hørte «huben» eller mobiltelefonen og «ble til bry» for de ansatte, som mange uttalte det. Flere tjenestemottakere jeg snakket med hadde i tillegg opplevd at en ansatt plutselig hadde låst seg inn uten at de hadde hørt hverken «huben»,

mobiltelefonen eller ringeklokken på døren, der avklaringen av såkalte «tause alarmer» også kunne oppleves som skremmende og inngripende i privatlivet. Mange av særlig de eldre tjenestemottakerne uttrykket i den sammenheng en redsel for «å komme borti» alarmen ved en feiltagelse, som var enda en aktuell (og økende) problemstilling ettersom de nye digitale trygghetsalarmene var mer sensitive enn det gamle analoge utstyret.

Om vi vender tilbake til det empiriske eksempelet fra Mathildes arbeidsdag befant Mathilde seg nå geografisk i andre enden av arbeidslisten sin. Hun tok følgelig noen telefoner for å høre med tjenestemottakere i geografisk nærhet om det var greit å gjøre om på avtalt tidspunkt, slik at hun slapp å bruke tid på å kjøre tilbake til dette området senere i vekten. Noen tjenestemottakere er veldig strikte på at det oppsatte tidspunktet må følges, mens andre er mer fleksible, forklarte Mathilde. Da Mathilde var ferdig med listen sin ankom vi over en time etter de andre ansatte inn til lunsjpause og Mathilde fremstod som ganske sliten etter den hektiske starten på vekten (feltnotat fra observasjon av Mathildes arbeidsdag, november 2018).

Den beskrevne situasjonen viser hvor sårbare både de ansatte og tjenestemottakerne er for endringer i arbeidslistene, som i utgangspunktet representerer et presset tidsskjema der det til hvert besøk i henhold til bestiller-utfører-modellen kun er avsatt et begrenset antall minutter til hver bruker. Modellen har blitt kritisert for å representere en form for disiplinering av tjenestene med relativt lite rom for faglig autonomi og brukarmedvirkning (Fjørtoft, 2016, s. 160-161; Fæø, 2016, s. 78-80). Når Mathilde som følge av velferdsteknologiens avbrytelser kom skjevt ut i forhold til den forhåndsdefinerte arbeidslisten, bestod den sosiale lidelsen for henne både av økt tidspress, stress, samt merarbeid i form av å måtte ringe rundt til tjenestemottakerne for å gi beskjed om at hun var forsinket eller forespørre om de var villige til å endre på det avtalte tidspunktet. Videre kjente Mathilde på en dårlig samvittighet når hun ikke klarte å være punktlig og levere i henhold til den oppsatte arbeidslisten.

Mathilde presiserte på den annen side at velferdsteknologiens effekter var tosidige, der teknologien også måtte få æren for at de ansatte nå kunne stryke en del tilsynsoppdrag fra listene sine. Bruk av elektroniske pilledispensere hadde også bidratt til å kutte brukere fra listen som tidligere hadde fått ukentlige besøk for å få levert dosetten, eller daglige tilsyn for hjelp med medikamentadministrasjonen. Denne nyanserende posisjonen fra Mathildes side kan peke i retning av at tesen om at velferdsteknologi sparer tilsyn, de ansattes tid, effektiviserer tjenestene og har potensialet for å spare økonomiske ressurser for kommunen, var inkorporert som et doxa av konsumpsjonsfeltets agerende – på tross av at Mathilde hadde hatt en travel arbeidsdag og mye «sosial lidelse» på grunn den utilsiktede alarmen på starten av vekten.

7.6 Tjenestemottakernes posisjon og sosiale lidelser

Det hadde blitt gjort en rekke tiltak for å sikre brukermedvirkning relatert til velferdsteknologiprojektene i case-kommunene. For eksempel hadde det blitt gjennomført brukerundersøkelser der både tjenestemottakerne og deres pårørende responderte. I tillegg hadde det blitt holdt informasjonsmøter ut mot lokalbefolkningen, blitt trykket informasjonsmateriell og etablert visningsleiligheter eller senter der tjenestemottakerne kunne komme å se og gjøre seg kjent med utstyret. Videre var det i de større møtene i regi av Case-kommune 1 invitert med representanter fra brukerorganisasjoner for både eldre og funksjonshemmede, men disse representantene sa lite på de observerte møtene og det fremstod som uklart hvor reell brukermedvirkningen var i praksis.

7.6.1 Hjelpemidler som et forstyrrende element i den private sfære

Produksjonsfeltets doxa om at hjemmet er det beste stedet å bo på tross av sykdom og aldring, syntes å stå sterkt på tvers av studiens to case-kommuner, og også innad i de observerte avdelingene. Videre har det blitt argumentert for at tesen om at hjemmet er det mest ressurseffektive tjenestenivået å levere pleie- og omsorgstjenester også stod

sterkt, der majoriteten av de ansatte var overbevist om at de investeringer som ble satt av til velferdsteknologiprojektene ville gi avkastning på sikt. Observasjonsstudiene viste imidlertid at det også ble satt av mange ressurser til andre hjelpemidler for å muliggjøre hjemlig omsorg, der alt fra rullatorer, dostoler og dørhåndtak ble utplassert i boligene, i tillegg til mer kostbare og permanente installasjoner slik som sitteheis i boliger med trapp til oppholdsrom og kjøkken. Ved mer alvorlige sykdomstilfeller hadde enkelte fått innvilget elektrisk sykeseng i hjemmet og det ble gitt medikamentell behandling via både infusjons- og medisinpumper. Noen fikk hjelp med blærekateterisering, der både urinkateter, urinflasker og bekken var andre eksempler på medisinsk-teknisk utstyr som måtte plasseres på en angitt plass i hjemmet og innveves i den hjemlige kontekst. Velferdsteknologien kom i så måte i tillegg til de øvrige investeringer og installasjoner kommunen allerede hadde gjort for å muliggjøre idealet om hjemlig omsorg, men det var få som satte disse investeringene i sammenheng eller stilte kritiske spørsmålet til den omfattende ressursbruken som måtte til for å realisere idealet om primært hjemmebaserte kommunale helse- og omsorgstjenester.

I min studie, der de fleste beboere jeg besøkte var gamle, representerte huset også en livshistorie, et levd familieliv, og for mange stadigvekk et levende familieliv der barn, barnebarn og oldebarn gikk inn og ut av dørene. Stuen representerer husets hjerte og den sosiale sone der man inviterer gjester på besøk. Det er kanskje i størst grad stuen som viser familiens ansikt utad, mens bad og kjøkken er mer praktisk rettede rom der det foregår spesifikke husholdspraktikker som henholdsvis matlaging og bespisning, og toalettbesøk og kroppslig stell (Boge, 2022, s. 5-6). Badet er slik sett, i tillegg til soverommet, del av en mer privat og kroppsnær sfære. Det er for eksempel ikke vanlig å invitere gjester til kaffe på soverommet, fordi det regnes som den mest private sonen av huset knyttet til seksualiteten, kjærlighet og biologisk reproduksjon (Bourdieu, 1998/2000, s. 2-26). Med bakgrunn i hygieneteori og kroppslige vaske- og stellnormer, assosieres badet videre med eliminasjonspraktikker, håndtering av kroppsvæsker og nakenhet og er derav også en del av de private sonene i boligen, som kan forklare

hvorfor det heller ikke vanlig å invitere personer utenfor familien inn på badetrommet for sosial omgang (Boge, 2022, s. 5).

Når tekniske hjelpemidler fra det medisinske felt og dets subfelter, som i stor grad brukes til kroppsnære pleie- og stellpraktikker ble plassert i stuen, kan man tenke seg at plasseringen forstyrret både den symbolske og praktiske inndelingen av huset. Ofte var det såkalt praktiske årsaker – og derav legitime årsaker – til plasseringen av teknologiske hjelpemidler, slik som plassmangel eller at personen var dårlig til beins og ikke kom seg til soverom eller badetrom i annen etasje eller kjeller. På den måten kan man argumentere for at både bruken av utstyret og dets plassering i boligen ble legitimert av rådende logikker fra det medisinske felt, ettersom medisinsk behandling er en praksis som får høyere prioritet enn andre – i henhold til den medisinske logikken – mindre viktige aspekter ved livet slik som sosiale relasjoner og estetikk, samt idealet om forebygging av sykdom og skader.

Doxaet om «hjemme best» hensyntok i så måte ikke de arkitektoniske utfordringer som kan være til stede når eldre mennesker (nå i en annen livssituasjon) oppfordres til å bli boende i den materialitet som var tiltenkt en yngre livsfase. For eksempel brøt de informasjonsteknologiske overvåkingsteknologier, slik som sensorer for avstandsoppfølging – som har til hensikt å f.eks. avdekke fall eller et illebefinnende om natten – inn i den private sfære som soverommet symbolsk sett representerer. Forsvarerne av slik inngripende teknologi posisjonerer seg dit hen at regelmessige menneskelige tilsyn, for eksempel av hjemmetjenesten, kan være vel så inngripende som teknologiske tilsyn fra avstand (Berge & Øvsthus, 2014; Hamblin et al., 2023, s. 8), men menneskelige tilsyn kommer imidlertid med en viss forvarsel, et bank på døren, noen beroligende ord om at det er noen som vil en vel som entrer rommet. Man får helt enkelt et forvarsel før grensen mellom det private og det offentlige brytes, der studiens empiriske eksempler har pekt på at mange tjenestemottakere mislikte at ansatte plutselig stod i stuen som følge av en såkalt «taus alarm».

7.6.2 Tjenestemottakerne og deres pårørendes posisjoner i lys av deres disposisjoner

Tesen om at subfelter av mer autonome felter innehar noen dominerende logikker og herskende teser som man derav kan gjenfinne på tvers av tjenestehierarkiet, viste seg å være delvis gjeldende i det utøvende tjenestenivået, der både en teknologipragmatisk og en teknologiskeptisk posisjon hadde vokst frem, mens teknologioptimistene ikke lenger var tilstedeværende. Blant tjenestemottakerne ble derimot både en teknologioptimistisk, pragmatisk og kritisk posisjon funnet tilstedeværende, på bakgrunn av samtaler med ulike tjenestemottakere og deres familier.

Noen av tjenestemottakerne kunne plasseres i en *teknologioptimistisk* posisjon, som innebar en positiv innstilling til teknologibruk i hjemmet, snarere enn rendyrket teknologioptimisme. *Magda* eller *kvinnen som ikke kunne prise hjemmetjenesten og trygghetsalarmen nok* var et av eksemplene på en positivt innstilt tjenestemottaker. Magda bodde alene i en eldre enebolig og trivdes hjemme ettersom hun hadde nærhet til familien og aldri følte seg ensom. Foruten tekniske hjelpemidler som ekstra dørhåndtak på utsatte plasser i boligen og en rullator, hadde Magda trygghetsalarm rundt håndleddet. Magda posisjonerte seg dit hen at hun alltid tok med seg alarmen, til og med når hun skulle få hjelp til å dusje og de ansatte var fysisk til stede. Videre satte Magda det å klare seg selv og bli boende hjemme i kjente omgivelser veldig høyt, på tross av at huset ikke var tilrettelagt og hun selv hadde mye stivhet og smerter i kroppen.

Magda mente videre at trygghetsalarmen var helt avgjørende for at hun turte å bli boende hjemme, på tross av høy alder og svekkelser. Noen uker før samtalen med Magda hadde hun kjent på smerter i hodet og svimmelhet, hvorpå hun hadde trykket på trygghetsalarmen og blitt kjørt til legevakten for en sjekk. Magda var på den annen side – og i likhet med mange de andre eldre tjenestemottakerne jeg snakket med i løpet av feltarbeidsperioden – veldig redd for å være til bry og hun likte derfor dårlig at det nye digitale utstyret var mer sensitivt og altfor lett «å komme borti» ved en feil. Magda var som så mange andre eldre tunghørt og likte følgelig dårlig at lyden var blitt lavere

på de nye digitale «hubene», hvorpå hjemmetjenestens ansatte plutselig kunne komme til å skremme henne ved å låse seg inn i huset om hun ikke hadde fått med seg at responscenteret hadde snakket til henne via «huben» eller hun ikke hadde hørt at mobiltelefonen hadde ringt. På tross av noe forbedringspotensiale ved teknologien og noen uønskede hendelser der hun hadde følt seg skamfull over å være til bry, var Magda fremdeles svært positiv til trygghetsalarmen. På den annen side var det ikke slik at Magda var særskilt interessert i teknologi og hadde noen ønsker om å teste ut ulike former for velferdsteknologiske sensorer i boligen. Hun hadde hverken pc med internett, smarttelefon eller nettbrett i boligen, men trygghetsalarmen var et verdsett hjelpemiddel (Transkript fra samtale med tjenestemottakeren Magda, november 2018).

I lys av en bourdieusk feltopptikk der makt- og dominansforhold i de studerte felter står sentralt, kan Magdas positive innstilling til utstyret som en trygghet i hverdagen på tross av feil og mangler, også tolkes i retning av en lydighet overfor kommunens personale som hun som hjelpetrengende sto i en dominert posisjon i forhold til.

Oskar eller mannen som gjerne ville være en teknologiambassadør for kommunen var en nylig pensjonert tjenestemottaker, som utover vedtaket om velferdsteknologi mottok relativt lite hjelp fra hjemmetjenesten. Han bodde alene, men hadde flere barn i nærheten som fortsatt var under utdanning eller i fullt arbeid. Oskar forklarte at barna som yngre folk flest levde travle liv og ikke hadde tid til å være så ofte på besøk hos han, noe han aksepterte. Grunnen til at Oskar hadde fått installert mye forskjellig velferdsteknologi relaterte seg til at han hadde hatt et illebefinnende noen år tidligere, hvorpå «*trygghetsalarmen hadde vært en livredder for han*», som han utalte det. Under kommunens første prosjektperiode (2012-2016) der det hadde vært et poeng at et relativt stort antall velferdsteknologiske sensorer slik som dør-, bevegelses-, sengesensorer og lignende utstyr ble testet ut hos et betydelig antall tjenestemottakere, hadde Oskar meldt sin interesse for å prøve mange ulike sensortyper.

I tillegg til bevegelsessensor, sengesensor og trygghetsalarm hadde Oskar pc, nettbrett og smarttelefon med internett, samt avansert innbruddsalarm som han styrte via en app

på telefonen. Oskar viste meg at bevegelsessensoren var koblet til en lampe ved TV-benken, slik at lyset automatisk skrudde seg på ved tilstedeværelse og motsatt av når han gikk til sengs. I sengen hadde han også en sengesensor som var tidsinnstilt etter hans døgnrytme. Han forklarte at så lenge responscenteret registrerer at det er bevegelse, så vet de at han er ok. Oskar forklarte videre at det var sjeldent alarmer ble aktivert utilsiktet, men dersom det hendte så plaget det ikke han å slå av en prat med de hyggelige operatørene på responscenteret. *«Enten blir det avklart via responscenteret eller så har nattpatruljen av og til vært innom og forsiktig strøket meg på kinnet. Det plager meg ikke, de går stille i dørene. Jeg liker veldig godt at hjemmetjenesten er innom»*, forklarte Oskar med et smil om munnen.

Grunnen til at de ansatte hadde anbefalt meg å snakke med Oskar var trolig relatert til at han representerte en teknologientusiast, som på vegne av kommunen hadde tatt imot besøkende som var interessert i hvordan en bolig med bruk av «multiple passive velferdsteknologiske sensorer som virket i bakgrunnen» fungerte. Ved å ta imot besøkende – slik som mitt besøk på sett og vis også representerte – fikk Oskar hyggelig selskap og så skjedde det litt mer i hverdagen, som han uttalte det. Oskar hadde relatert til sitt illebefinnende måttet førtidspensjonerte seg, noe han i utgangspunktet ikke var fornøyd med ettersom han hadde trivdes godt i arbeidslivet. Slik sett kan også hans engasjement for saken (velferdsteknologi) tolkes i retning av at det var betydningsfullt for Oskar – som hadde vært en mannsalder i et hardtarbeidende yrkesliv – å kunne være til nytte for kommunen. Oskar roste videre både de ansatte i hjemmetjenesten og responscenteret mye, og uttrykket takknemmelighet for de besøkene han fikk relatert til teknologiens alarmeringer (Samtale med tjenestemottakeren Oskar, februar 2019).

Rasjonalet eller logikken bak Oskars «intelligente» hjem var på den ene side i tråd med produksjonsfeltets første dominante tese om at teknologi bidrar til trygghet og sikkerhet i egen bolig på tross av sykdom og svekkelser. Denne beredskapslogikken var også i tråd med dominante logikker i det medisinske felt om å forebygge sykdom, samt varsle om akutte tilstander med høy medisinsk prioritet oppstod. På den annen side brøt

Oskars case med produksjonsfeltets andre dominante tese om at teknologi sparer menneskelige tilsyn og derav økonomiske ressurser for kommunene. I Oskars tilfelle ble derimot en hel del flere tilsyn generert som følge av at han hadde så mange «intelligente» sensorer i boligen.

Under observasjon på et møte mellom de valgte teknologileverandørene i Case-kommunen 1, den velferdsteknologiske prosjektgruppen og høyskolen som var ansvarlige for forskningsdelen av FOU-prosjektet, ble det et tema at kommunen hadde erfart det som nyttig og strategisk å velge ut noen «robuste» brukere som kunne teste ut utstyret. Med det henviste de helseprofesjonelle iverksetterne til at ikke de mest sårbare brukerne kunne være testpersoner. Det var også en fordel om testbrukerne var «pro-teknologi» i form av gode erfaringer fra første velferdsteknologiprojekt. Videre ble det diskutert at å ha slike testbrukere kunne være god «PR» for prosjektet som kunne (gjen)skape tillitt til teknologien – som følgelig ville være viktig i etableringsfasen der nytt utstyr ble testet ut og man kunne regne med en del tekniske feil. Det hastet nå med å få ut informasjon til befolkningen om endringene i tjenestene og status for arbeidet (observasjon på møte mellom teknologileverandører, høyskolen og kommunen april, 2017).

Uten at det ble sagt eksplisitt kan man tenke seg at Oskar representerte en slik robust testbruker, ettersom han hadde meldt seg som testperson i forrige prosjektperiode og fortsatt gladelig viste «forskeren» rundt i boligen som hadde mange sensorer installert. Oskar var rimelig sprek og ikke av den eldste gruppen tjenestemottakere. Han klarte mye selv og hadde i grunnen bare teknologien som en ekstra trygghet i tilfelle han skulle oppleve å få et illebefinnende igjen.

En annen informant som også hadde fått mange sensorer i det første velferdsteknologiprojektet var Ragnhild. *Ragnhild* eller *kvinnen som hadde ombestemt seg hva gjaldt velferdsteknologi* var en eldre kvinne som bodde i en gammel og lite tilrettelagt enebolig, som hun ikke under noen omstendigheter ønsket å flytte fra. Grunnet aldersrelaterte svekkelser slik som svimmelhet og ustøhet, fryktet de

ansatte at Ragnhild kunne falle i denne utilpassede boligen. Ragnhild fortalte meg at hun hadde hatt flere beinbrudd de siste årene og var blitt ganske redd for å bevege seg rundt. Ragnhild hadde ingen slektninger i nærheten og den siste tiden hadde hun også blitt litt glemsk. Ragnhild ble i så måte posisjonert som «*den perfekte kandidat for velferdsteknologi*» av de ansatte (transkript fra samtale med tjenestemottakeren Ragnhild, februar 2019).

Ved første prosjektperiode hadde Ragnhild nektet å ta imot noen former for sensorer utover trygghetsalarmen, ettersom hun opplevde utstyret som både ukjent og potensielt overvåkende. Etter en tid hadde Ragnhild likevel godtatt å få installert både røykvarsler, dør-, stol- og sengesensor i boligen med henblikk på å kunne avdekke en uønsket hendelse slik som f.eks. et fall eller et illebefinnende. Da jeg entret Ragnhilds hjem fire år etter det forrige prosjektet startet opp, hadde Ragnhild delvis ombestemt seg hva gjaldt sensorene. Når hun ikke hadde hatt bruk for sensorene frem til nå skjønnte hun ikke poenget med å fornye de til digitale varianter. Flere av sensorene fra første prosjekt hadde løsnet fra tak og vegger og følgelig blitt forsøkt festet med dobbeltsidig teip av de ansatte i hjemmetjenesten, hvorpå Ragnhild også irriterte seg over hvordan utstyret tok seg ut rent estetisk. Sengesensoren og trygghetsalarmen vurderte Ragnhild imidlertid som en ekstra trygghet som hun ønsket å beholde. Under samtale med den velferdsteknologiske ressursykepleieren Sofie om Ragnhilds hjelpemidler kunne hun bekrefte at både dør- og stolsensoren hadde blitt fjernet av de ansatte. Dørsensoren hadde opprinnelig vært relatert til en periodevis forvirring på natten som nå av ulike grunner hadde avtatt, mens stolsensoren av uviss grunn også hadde blitt vurdert som unødvendig av personalet (Feltnotat fra observasjon av ressursykepleier i velferdsteknologi Sofie, februar 2019).

Fra å ha inntatt en teknologikritisk posisjon i feltet innledningsvis hadde Ragnhild latt seg overtale til å prøve ut utstyret og følgelig inntatt en mer nøytral eller pragmatisk posisjon, før hun nå etter erfaring med utstyret plasserte seg nærmere en teknologikritisk posisjon. Men dog uten å få fjernet alt utstyret. Foruten å vise at det

var ulike posisjoneringer til velferdsteknologi også blant tjenestemottakerne, representerte Ragnhild også et godt eksempel på at det er lettere å innovere når det er et pågående innovasjonsprosjekt der både økonomiske midler og personellressurser ble satt av og de rette, engasjerte fagfolkene var til stede. Når prosjektfasen derimot gikk over i daglig drift krevdes det fremdeles like mye oppfølging og tilpasninger av utstyret, noe Ragnhilds case illustrerer at er krevende – særlig om de ansatte mangler troen på at tiltakene er nyttige.

Blant tjenestemottakerne som kunne sies å innta en pragmatisk posisjon til velferdsteknologi i det sosiale rommet var *Margrethe* eller *den eldre kvinnen som ønsket å klare seg bedre selv* representert. Margrethe var enke og hadde nå fått seg en lettstelt kommunal omsorgsbolig. Margrethe var fysisk svekket, men mentalt klar og orientert. I tråd med produksjonsfeltets doxa og idealet om egenomsorg i egen bolig posisjonerte Margrethe seg som: «*en person som liker å klare meg mest mulig selv*». Margrethe var videre en person som alltid hadde vært aktiv både i yrkes- og familieliv. Foruten meninger om betydningen av å klare seg selv hadde Margrethe også mange meninger om hva som fungerte bra og mindre godt ved det kommunale eldreomsorgstilbudet. Margrethe som selv hadde arbeidet i helsevesenet mente for eksempel at eldreomsorgen hadde svekket seg gradvis siste par tiår, særlig relatert til reduksjon av antallet ansatte. Hun påpekte i den sammenheng at de ansatte ved omsorgsboligen fremstod som underbemannet og at det i hennes tilfelle kom til uttrykk ved at: «*de har ikke tid til å gå tur med meg*».

Videre mente Margrethe at det var galt at det sentralt lokaliserte sykehjemmet i kommunen ble nedlagt og at de eldre nå ble «tvunget» ut på landsbygda til det nye Omsorgsbolig-pluss komplekset. Videre pekte hun i likhet med de ansattes posisjoneringer på at beboerne som nå bodde i omsorgsboligene var mye mer hjelpetrengende enn det de var da hun selv arbeidet som sykepleier. Margrethe var på den annen side takknemlig for å ha blitt tildelt omsorgsbolig og hadde mange tekniske hjelpemidler slik som rullestol, ekstra håndtak i leiligheten, dostol og rullator, foruten

trygghetsalarm. Margrete var fornøyd med sin mulighet til å kunne tilkalle personalet ved hjelp av trygghetsalarmen – men hun var misfornøyd med at hun ikke fikk adekvat fysisk rehabilitering – som etter hennes mening paradoksalt nok kunne forebygge et eventuelt fall og selve behovet for å ha en trygghetsalarm. Til sist posisjonerte Margrethe seg som en klar og orientert dame som på tross av en relativt høy alder mestret å bruke mobiltelefon. Det meste av kommunikasjonen med de ansatte gikk derav via mobiltelefonen hun hadde hengende i en snor rundt halsen, ikke via trygghetsalarmen og «huben» i leiligheten. Margrethe understreket at hun *kun* trykket på alarmen i nødstilfeller (samtale med Margrete, oktober 2018).

Margrethes posisjoneringer kan tolkes i retning av å fremstå som lydige overfor det herskende doxaet i feltet om at det er bra å klare mest mulig selv, der trygghetsalarmen i den sammenheng er middel på veien mot målet. I tillegg fikk Margrethes eksempel frem at ressurser ble satt av til teknologi og hjelpemidler, mens fysiske tilsyn og rehabilitering ble underprioritert på tross av at fall koster samfunnet betydelige ressurser (NOU 2011:11, s. 30). Det at Margrethe ikke fikk hjelp til trening og få fysiske tilsyn fremstod i så måte som en sosial lidelse som oppstod som følge av de strukturelle mulighetsvilkår og kommunale prioriteringer.

Alfred eller mannen som var trygg, men isolert var en eldre mannlig tjenestemottaker som bodde i mer sentrale deler av kommunen i en enebolig. Alfred posisjonerte seg i likhet med flere andre eldre tjenestemottakere seg som ensom. I tillegg følte han seg innestengt i huset. Alfred mottok kun hjelp av hjemmesykepleien til noen enkle medisinske prosedyrer, foruten bestilling av matvarer og tillaging av medisiner. Alfred roste de ansatte opp i skyene og var svært fornøyd med hjelpen han fikk. Hjelpemidlene han hadde fått av kommunen i boligen – inklusiv en trygghetsalarm – ga han den ekstra tryggheten han trengte for å kunne bo alene. Alfred hadde barn og øvrig familie i nærheten, men forklarte at de var yrkesaktive familiefolk som: «*ikke hadde tid til å sitte å drikke kaffe med han dagen lang*». Jeg besøkte Alfred under mørketiden rett før jul, det var kaldt vær og det hadde vært mye glatt føre de siste ukene. Alfred

posisjonerte seg derav i retning av å føle seg både sikker og trygg i egen bolig, mens hans hovedproblem derimot var relatert til at han ikke kom seg ut av boligen på grunn av vinterværet og glatten. I tillegg klaget han over at det var lite som skjedde i kommunen for hans aldersgruppe annet enn slik han beskrev det «å gå på senteret å drikke kaffe og snakke med tilfeldig forbipasserende» (Transkript fra samtale med Alfred, desember 2018).

Som beskrivelsene fra samtalen med Alfred viste, kunne han sies å innta en pragmatisk mellomposisjon i feltet, og fremstod hverken som særlig opptatt av velferdsteknologi, men ei heller kritisk til bruken. Alfred opplevde at sikkerheten og derav tryggheten var ivaretatt av kommunen, men var derimot tydelig på at *kun* medisinske basalbehov og sikring av liv og helse ble ivaretatt, mens menneskets behov for sosial tilhørighet og aktivitet var lavere nede på den kommunale prioriteringslisten. Kanskje falt Alfred «mellom to stoler» ettersom han var relativt fysisk sprek og ikke hadde kognitive svekkelser, mens dagsentertilbud og lignende for eldre i kommunen tilsynelatende hadde hjemmeboende med demens eller mer alderdomssvekkede tjenestemottakere enn Alfred som målgruppe (feltnotat fra dagsenter i Case-kommune 1, januar 2019).

Da jeg besøkte Alfred en måneds tid senere hadde snøen og glatten sluppet taket og Alfred kom seg følgelig fra tid til annen ned på det lokale kjøpesenteret. Alfreds humør fremstod som mye bedre til sammenligning med vårt møte før jul og han fortalte oppglødd at han hadde bestilt seg en liten mopedbil som ville hjelpe han med å komme seg mer ut blant folk. Ved dette tredje møtet med Alfred var også den ene sønnen hans innom med noen varer. Sønnen uttrykket stor tilfredshet med hjelpen faren fikk av kommunen, der de blide og hjelpsomme ansatte særlig ble trukket frem. Sønnen mente også at det var bra at faren hadde trygghetsalarm som en ekstra sikkerhet, men han posisjonerte seg imidlertid som «sjeleglad» for at snøen og glatten nå hadde smeltet for som han uttrykket det: «holdt faren på å bli sprø av å bare bli gående inne i stuen å trække» (Transkript fra samtale med Alfred og hans pårørende, februar 2019).

Solveig eller *kvinnen som ville klare seg selv og satt pris på sitt privatliv* var en eldre kvinne som kunne plasseres i en mer teknologikritisk posisjon blant tjenestemottakerne i det sosiale rommet. *Solveig* som i likhet med *Margrethe* bodde på det landlige, kommunale omsorgsboligkomplekset hadde akkurat blitt enke og måttet flytte i en mindre leilighet. *Solveig* var fornøyd med både leiligheten og dets lokalisasjon i landlige og vakre omgivelser, ikke langt fra der hun hadde bodd tidligere i livet. *Solveig* fortalte imidlertid at hun opplevde dagene som lange og at hun følte seg ensom, selv om hun relativt ofte gikk på tur med datteren sin. Datteren hjalp også til med husvask og handling, mens hun så mindre til sine sønner som hun beskrev som mer travle. *Solveig* fremstod i likhet med *Margrethe* som stolt over å klare mye selv. *Solveig* var imidlertid – og i likhet med *Margrethe* – fortvilet over at mange av beboerne i omsorgsboligkomplekset var mer hjelpetrengende enn tidligere år, enten som følge av fysiske svekkelser eller demenssykdom. Under samtalen med *Solveig* kom det en sykepleier innom, denne sykepleieren merket tilsynelatende *Solveigs* humør og pekte på at det snart ville komme på plass et sosialt samlingsrom ved omsorgsboligkomplekset der det vil bli flere muligheter for arrangementer og sosiale sammenkomster.

Velferdsteknologi var ikke noe som så ut til å oppta *Solveig* i særlig grad, men da jeg kom inn på temaet fremstod hun som skeptisk til utviklingen i retning av økt teknologibruk i kommunen. *Solveig* posisjonerte seg som misfornøyd med å ha teknologi i leiligheten, hvorpå hun bestemt mente at den nye digitale «huben» hadde blitt installert uten hennes samtykke. Videre mente hun at det nye (digitale) alarmsmykket hadde altfor liten knapp og alarmen lett kunne forsvinne for henne i leiligheten. *Solveig* hadde dessuten opplevd å utløse alarmen ved: «å bare så vidt komme borti den», som hadde ført til at hun hadde blitt redd for å gjøre noe feil med det nye utstyret. I tillegg hadde «huben» mye lavere lyd enn den forrige, noe sykepleieren som var innom også kunne bekrefte. En dag hadde det plutselig stått en sykepleier i rommet som følge av at alarmen hadde blitt uintendert utløst, noe *Solveig* opplevde som ugreit. I likhet med mange av de observerte tjenestemottakerne

posisjonerte Solveig seg som «redd for å være til bry for de ansatte» (samtale med Solveig, oktober 2018).

Basert på analysene av tjenestemottakernes posisjoneringer i lys av deres disposisjoner og livssituasjon, samt ytterlige empiriske eksempler fra observasjonsstudiene vil det i de påfølgende underkapitler drøftes på hvilken måte velferdsteknologien representerte en sosial lidelse for tjenestemottakerne og deres pårørende.

7.6.3 Trygghetsalarmpraktikken og distinksjonen mellom å være til bry og redselen for å være til bry

Som beskrivelsene av både Margrethe, Solveig, Magda og Alfred viser var ønsket om å klare mest mulig selv og redselen for å bry de ansatte unødig med å gjøre «feil» med alarmen en posisjonering som gikk mye igjen blant de eldre tjenestemottakerne jeg lærte å kjenne i løpet av feltarbeidet. Et ekstremtilfelle som sykepleieren Cecilia fortalte om handlet om en eldre kvinne som bodde alene og ønsket å klare seg mest mulig selv. En dag denne eldre kvinnen hadde holdt på med matlaging hadde hun imidlertid falt og kuttet seg på armen og begynt å blø ganske kraftig, men hun hadde likevel – og på tross av å være klar og orientert – ikke tilkalt hjelp via trygghetsalarmen. Etter lang stund hadde hun brukt fasttelefonen og kontaktet hjemmetjenesten via den. Ifølge Cecilia var det ingen av kvinnens pårørende eller ansatte som forstod hvorfor hun ikke hadde brukt alarmen, ettersom skaden kunne ha utviklet seg til en alvorlig situasjon for denne skjøre tjenestemottakeren (Samtale med sykepleier Cecilia og den aktuelle tjenestemottakeren under observasjon i Case-kommune 1, november 2018). Om redselen for å være til bry var en generasjonsrelatert disposisjon eller om det var relatert til individuelle habituelle årsaker vites ikke, men ettersom denne redselen gikk igjen blant flere eldre tjenestemottakere kan det argumenteres for at redselen også kan defineres som en sosial lidelse blant tjenestemottakerne – blant annet relatert til teknologiens manglende funksjonalitet som fikk følger for samtlige av sluttbrukerene.

Mange av de ansatte pekte som nevnt på at det var store individuelle forskjeller relatert til hvordan brukerne brukte alarmen, der noen tolket den i retning av å være en

«nødknapp» som *kun* måtte brukes i akutte tilfeller, mens andre brukte trygghetsalarmen som en erstatning for telefon for å gi beskjed om mindre hastende situasjoner, mens det siste ytterpunktet dreide seg om såkalte «hyppige innringere» som tidvis misbrukte alarmen. Annen forskning fra norske kommuner peker på lignende ytterpunkter og forskjeller i trygghetsalarmbruken både mellom kommuner, men også interne forskjeller innad i kommuner (Boysen et al., 2016). I denne ph.d.-studien ble det ikke funnet markante forskjeller mellom de to komparative case-kommunen når det kom til «kulturen» relatert til alarmbruk. I begge kommunene var det interne og brukerrelaterte forskjeller i hvordan alarmen ble brukt. For å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at noen trykket hyppig på knappen, mens andre var livredde for å være til bry kan man likevel tenke seg at strukturene og mulighetsbetingelsene innad i kommunen innvirket. Praktikker er resultatet av tilstedeværende habituser i møte med det aktuelle feltet, ifølge Bourdieu (1984, s. 101).

I den sammenheng kan man tenke seg at brukernes alarmbruk ble påvirket av hvilken informasjon om utstyret og bruken av det som ble formidlet til den enkelte, hvordan brukerne ble møtt når de brukte alarmen, samt hvor lang tid det tok før de fikk hjelp. I en Bourdieu-optikk er det i tillegg relevant å medtenke at de individuelle habituelle orienteringer på bakgrunn av tjenestemottakernes kapitalvolum og kapitalstruktur også virker inn på deres posisjoneringer (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 86-91). For eksempel var det trolig ikke «vond vilje» som lå bak de såkalte hyppige innringerne, men derimot disse brukernes sykdoms- og aldersrelaterte svekkelser eller deres kapitalvolum som førte til denne alarmpraktikken. Selv om de fleste ansatte viste empati og forståelse for at det ikke var vond vilje som lå bak, førte hyppige innringere til mye ekstraarbeid, samt forstyrrelser av arbeidet som følgelig var kilde til en viss grad av irritasjon blant de ansatte. Denne brukergruppen hadde i så måte tilsynelatende lav status i feltet, mens de lydige tjenestemottakerne som ikke ville være til bry tilsynelatende hadde høyere status.

7.6.4 Velferdsteknologi som legitimeringsstrategi for hjemmebasert eldreomsorg

Flere av de ansatte i Case-kommune 1 opplevde at kommunen «strakk strikken litt langt» relatert til hvor lenge mennesker med moderat til langtkommen demenssykdom som nå ble boende hjemme, fremfor institusjon. Det var særlig nattevaktene som reagerte på at velferdsteknologi ble brukt som et argument for å kunne bli boende hjemme med langtkommen demens, også i tilfeller der tjenstemottaker vandret ut om natten. Argumentene som ble brukt fra ledelseshold var at sengesensor eller dørsensor ville kunne varsle ved aktivitet på nattetid, men som nattevaktene uttalte det var det jo ikke slik at de kunne være der på sekundet varselet ble mottatt. Det var som nevnt lange kjøreavstander i denne kommunen, der det slik jeg har drøftet i underkapittel 7.5.1 og 7.5.2 ikke alltid var mulig for nattevaktene å avklare såkalte «tause alarmer».

I mange tilfeller fikk nattevaktene imidlertid kontakt med bruker via mobiltelefon, men i de tilfeller kontakt ikke ble oppnådd var et alternativ å holde løpende kontakt med responscenteret for å høre om dør- eller sengesensor hadde blitt aktivert igjen, der man på bakgrunn av disse opplysningene kunne anta at tjenstemottaker var i god behold. Å involvere pårørende på natten var et mindre aktuelt tiltak ettersom eksempelvis barn av eldre tjenstemottakere med demens ofte fremdeles stod i arbeidslivet og derav ikke ville bli oppringt om natten. I de fleste tilfeller klarte nattevaktene å rykke ut på de tause alarmene – der personer med demens hadde høy prioritet – men i de tilfellene alarmene ble utløst gjentatte ganger og det ble mye forstyrrelser på vekten kunne ikke alltid nattevaktene returnere til den aktuelle brukeren. Nattevaktene pleide i slike tilfeller å melde hendelsen til ledelsen som i dialog med forvaltningen og familien måtte ta nye vurderinger omkring tjenstemottakers evne til å bli boende hjemme i egen bolig (feltnotater og intervju med hjelpepleier Tonje og sykepleier Mariann i nattjenesten, august 2018). Det var imidlertid vanlig at det å bo hjemme selv med langtkommen demenssykdom kunne gå bra på dagtid, mens natteuro og forstyrrelser i døgnrytmen – som for øvrig er en vanlig problemstilling ved demens (Fermann &

Næss, 2014, s. 244-245) – var det som utfordret forvaltningen i deres vurderinger av tjenestetilbudets forsvarlighet.

En erfaren pleier som nå var blitt helsefagarbeidererelev posisjonerte seg som kritisk til utviklingen i kommunen der det etter hennes syn var slik at personer med demens bodde lengre hjemme nå enn før. Denne pleieren hadde over ti års erfaring som kunne underbygge hennes fornemmelser for utviklingen på hjemmetjenesteområdet. Pleieren mente at velferdsteknologi i mange, men ikke alle tilfeller kunne bidra til at personer med demens var trygge. Tryggheten var en ting, men hva med sosial stimuli og verdighet for personer med demens, spurte hun seg. Pleieren viste til at hun hadde funnet hjemmeboende tjenestemottakere med demens vandrende i gaten i bare morgenkåpe og tøfler, hvorpå det ikke først og fremst var sikkerheten, men derimot verdigheten som var truet etter hennes mening (feltnotat fra observasjon av hjelpepleiereleven Dianas arbeidsdag, februar 2019).

Under observasjon av sykepleieren Cecilia i hennes arbeid kom verdien av fysiske tilsyn frem. Den første tjenestemottakeren vi besøkte var en kvinne i syttiårsalderen som hadde en begynnende kognitiv svikt. Da vi entret boligen lukket det stramt og det var både overfylte søppelspann og matrester på kjøkkenbenken. Kvinnen som fortsatt var samtykkekompetent virket å ha god innsikt i egen sykdom, hvorpå hun innrømmet å ha glemt å ta ut søppelet de siste dagene. Hun opplyste videre at hun hadde følt seg økende forvirret de siste dagene. Da sykepleieren Cecilia spurte om hvor tjenestemottakeren hadde gjort av trygghetsalarmen sin kunne ikke den eldre kvinnen svare på dette. Cecilia hjalp tjenestemottakeren å lete etter alarmen hvorpå den ble funnet kort tid etterpå i sengen. Tjenestemottakeren uttrykket stor takknemlighet for dette – ikke først og fremst fordi hun var glad for å få den tryggende alarmen tilbake – men snarere fordi hun da slapp å bry de ansatte med å skaffe henne en ny alarm.

Trygghetsalarm og annen velferdsteknologi er i mye av forskningslitteraturen på området beskrevet som egnet for personer i et tidlig til moderat stadium av demenssykdom (Bowes & McColgan, 2009; Evans, Carey-Smith & Orpwood, 2011),

slik den overnevnte kvinnen trolig representerte. På den annen side har nyere forskning pekt i retning av at personer med demens kan ha større nytte av passive velferdsteknologiske sensorer som virker i bakgrunnen og ikke krever en aktiv handling fra brukeren slik trygghetsalarmen krever (Puaschitz et al., 2023). Videre krever også bruk av trygghetsalarm at man – som det empiriske eksempelet over belyser – husker å ta med seg alarmen eller unngår å miste den i hjemmet.

Brukernes sosiale lidelser som følge av velferdsteknologien var – slik det empiriske eksempelet i underkapittel 7.5.3 om sykepleieren Mathildes oppstykkede arbeidsdag viser – også relatert til at brukerne tidvis måtte endre på tidspunktene eller fikk oppstykket sin hverdag som følge av å vente på hjemmesykepleieren. Videre skapte det utrygghet at prosjektene skred sakte frem i etableringsfasen og prosjektmedarbeiderne ikke klarte å levere i henhold til de oppsatte fremdriftsplanene. Noen tjenestemottakere ble usikre på om bredbåndsinternett var påkrevd og om utstyret ville fungere i området med dårlig mobildekning. Videre skapte teknisk svikt en usikkerhet for brukerne i etableringsfasen. Til sist skapte erstatning av menneskelig tilsyn til fordel for teknologi ensomhet for enkelte, mens andre tjenestemottakere syntes det var en frihet å få muligheten til å styre hverdagen sin mer selv.

Enhetslederen for den landlege hjemmetjenesteavdelingen i Case-kommune 2 hadde flere motargumenter mot den herskende tesen om at teknologi sparer tid og penger for helse- og omsorgstjenestene, ettersom hun hadde et eksempel på en eldre mann som bodde alene og i utgangspunktet kun hadde hatt hjelp til medisiner. Da mannen hadde fått elektronisk pilledispenser og ikke lenger fikk fysiske tilsyn fra hjemmetjenesten, begynte det å gå nedover med hans psykiske helse, ifølge enhetslederen. Noen måneder senere hadde mannen utviklet en depressiv lidelse, som enhetslederen relaterte til ensomhet og økt isolasjon som følge av vedtaket om elektronisk pilledispenser. Kommunen hadde nå besluttet å avslutte bruken av den elektroniske pilledispenseren og øke opp fysiske tilsyn samt gjeninnføre manuell medikamentadministrasjon

(samtale med den aktuelle tjenestemottakeren og enhetsleder i landlig hjemmetjenesteavdeling i Case-kommune 2, april 2019).

Det at bruk av velferdsteknologi fikk så høy prioritet i hjemmetjenestene på tidspunktet feltstudiene ble gjennomført var både relatert til en villet politikk på området fra statlig hold (jfr. kapittel 5) – som avhandlingens andre analyse- og drøftingskapittel (jfr. kap. 6) har vist – kom til uttrykk i form av mange ulike former for press rettet mot kommunene. På tidspunktet jeg entret feltet og da det overnevnte empiriske eksempelet fant sted, kan man derfor tenke seg at pendelen nå hadde svingt til et ytterpunkt der prosjektledelsen ble mer opptatt av å få testet ut forskjellige teknologityper til mange ulike grupper av hjemmetjenestemottakere (eldre, funksjonshemmede, personer med demens mfl.), enn å gjøre grundige konsekvensanalyser omkring hva det å ta vekk menneskelige tilsyn kunne medføre. Ambisjonen om «spredning» av det myndighetene omtalte som «gode erfaringer med velferdsteknologi» (Helsedirektoratet, 2015b, 2017) gikk i så måte i denne perioden muligens foran grundige, individuelle vurderinger av hver enkelt brukers behov og livssituasjon. Feilvurderingene medførte i neste rekke en sosial lidelse for brukerne – men også de ansatte – når konsekvensene av «feilvurderingene» kom til syne.

I eksempel med den eldre mannen som opplevde økt nedstemthet etter at pilledispenseren ble implementert er det imidlertid viktig å presisere at det kan ha vært andre årsaker til at denne tjenestemottakeren utviklet en depresjon. At flere tjenestemottakere ble mer ensomme når fysiske tilsyn fra hjemmetjenesten ble erstattet av teknologi var det derimot en rekke ansatte i utøvende tjeneste som pekte på. Det å fjerne fysiske tilsyn pekte også i retning av en symbolsk makt fra myndighets- og lokalt ledelseshold, som på mange måter undergravde viktige helsefaglige prinsipper om å bruke ens «kliniske blikk¹⁸⁷» under tilsyn, stell og lignende, som man kan tenke seg at

¹⁸⁷ Kari Martinsen som er en anerkjent sykepleieteoretiker i de skandinaviske landene har kritisert biomedisinens påvirkning av sykepleiere og annet helsepersonells kliniske blikk på pasienten, da i form av å ikke evne å se mennesket bak diagnoser, funksjonsnedsettelse ol. På den annen side viser Martinsen (2003, s. 25) til at sykepleieren ut fra erfaring med lignende pasienter eller situasjoner utvikler en intuisjon og kyndighet omkring

sykepleiere og annet helsepersonell også i denne studien var opplært til å gjøre som følge av deres utdannelse og praktiske erfaring. Myndighetenes overstyring av de ansattes praktiske sans og selvstendige vurderinger ved hjelp av fysiske tilsyn og kontinuerlig vurdering av tjenestemottakeren førte da i siste ende til en symbolsk vold med en påfølgende sosial lidelse der de ansatte fikk dårlig samvittighet for at de (på bakgrunn av politikken) hadde kuttet tilsynene.

Både eksempelet med ensomhet og utrygghet som følge av manglende tilsyn ved alarmer, samt eksemplene som peker i retning av at teknologien ble bruk for å legitimere at flere – og nå også tjenestemottakere med relativt langtkommen demens – kunne bli boende hjemme viser at teknologien medførte noen uheldige konsekvenser og en sosial lidelse for tjenestemottakerne.

7.6.5 Oppsummerende drøftelser om teknologibrukernes sosiale lidelser

I dette siste analyse- og drøftingskapittelet har jeg vist at ulike agenter på tvers av tjenestehierarkiet blant annet på bakgrunn av sine disposisjoner posisjonerte seg ulikt til de pågående velferdsteknologiprojektene, valgte organiseringsmodeller og det nystallerte teknologiske utstyret. Et sentralt argument i kapittelet er at det forelå en diskrepans mellom produksjonsfeltets visjoner om aldring i hjemmet ved hjelp av velferdsteknologi i møte med teknologiens manglende modenhet og konsumpsjonsfeltets strukturelle vilkår.

Videre har det ved hjelp av en rekke empiriske eksempler fra både observasjons- og intervjuundersøkelser med ansatte og tjenestemottakere, blitt vist at diskrepansen mellom visjoner og realiteter førte til ulike former for «sosiale lidelser» i hjemmetjenestefeltet. De sosiale lidelsene rammet ulikt for de ulike agerende i feltet, der de mest sårbare med minst makt- og innflytelse omkring saken opplevde mest lidelser. For eksempel kjente både de prosjektgruppeansatte og ansatte i utøvende

pasientenes behov som gjør henne i stand til å vurdere hva som er riktig behandling og målsettinger for den aktuelle pasienten.

hjemmetjenester på en dårlig samvittighet og tilkortkommenhet når de ikke klarte å levere på prosjektets målsettinger og opprinnelige tidsplan. Ansatte i utøvende tjeneste kjente særlig på en dårlig samvittighet når de ikke klarte å følge reglene for bruken av utstyret som var angitt fra ledelseshold og lovet tjenestemottakeren. Videre var det særlig de ansatte i utøvende tjeneste som måtte stå til ansvar for at teknologien ikke fungerte og møte eventuelle spørsmål og kritikk fra tjenestemottakere og pårørende ansikt til ansikt.

Tjenestemottakerne sosiale lidelser utartet seg på ulikt vis ut ifra livssituasjon og disposisjoner, der noen ved å feiltolke eller misbruke alarmene av de ansatte ble posisjonert som uegnet for å ha utstyret, mens andre var livredde for å gjøre feil med utstyret og være til bry for de ansatte. Det kunne synes som at sistnevnte brukerposisjon var mer sosialt akseptert i feltet, på tross av at de ansatte forsøkte å forsikre brukerne om at de ikke måtte være redde for å bruke utstyret. At utstyret ikke var tilpasset eldre mennesker (dets primære målgruppe) i form av å ha lav lyd og være sensitivt for berøring, medførte videre til en rekke utilsiktede alarmer som både ga følelsen av å være til bry, i tillegg til en invadering av privatlivet i avklaringen av de såkalte tause alarmene. I tillegg var avbrytelser i pleierelasjonen og forstyrrelser i hjemmets sosiale og symbolske dimensjoner noen av konsekvensene som tjenestemottakerne og deres familier opplevde.

8. Avslutningsvise teoretiske drøftelser

I denne avhandlingens innledende deler ble studiens tema, hensikt og forskningsspørsmål presentert. I tillegg ble det gjort en gjennomgang av forskningslitteraturen på området. Avhandlingens posisjon i det akademiske felt ble i lys av denne gjennomgangen posisjonert som et bidrag som – i motsetning til mye av den tilstedeværende litteraturen på området – hadde til hensikt å bryte med prekonstruksjonene om forskningsobjektet slik det fremstilles i det politisk-byråkratiske felt, deler av academia, i praksisfeltet, i media og dagligtalen. På bakgrunn av studiens praxeologiske og historisk-epistemologiske posisjon hadde studien som målsetting å undersøke hvor velferdsteknologi som politisk satsningsområde og sosial praktikk hadde sin historiske opprinnelse (genese). Hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi har blitt en politisk prioritet og vokst frem som et satsningsområde i mange norske kommuner var også et sentralt forskningsspørsmål i studien. Til sist ble det stilt spørsmål til hvilke strukturerende virkninger både velferdsteknologi som politisk satsningsområde og teknologisk overvåking som sosial praktikk fikk for agerende på ulike nivå av hjemmetjenestefeltet, med to norske kommuner som empiriske case.

Ved hjelp av forskningsmetodikkene dokumentanalyse, deltagende objektivisering og individuelle forskningsintervju ble det innhentet et rikt datamateriale som kunne bidra til å svare på studiens forskningsspørsmål og belyse hvem som er engasjert på velferdsteknologiområdet i norsk kontekst – fra høyeste nivå av maktfeltet og helt inn i sluttbrukernes hjem. Hvordan de ulike agerende i det sosiale rommet posisjonerte seg på bakgrunn av deres disposisjoner var i denne sammenheng interessant og relevant å undersøke. På bakgrunn studiens praxeologiske posisjon var det også sentralt å forstå hvilke kamper om saken som hadde utspilt seg og utspilte seg i de ulike delene av makthierarkiene fra det statlige politisk-byråkratiske felt, det økonomiske felt, det lokalpolitiske og kommunale forvaltningsnivået, til ledelses- og iverksettelsesnivået av kommunale helse- og omsorgstjenester, hjemmetjenestefeltets ulike tjenestenivå, samt

innad i familiene og brukernes hjem. Alle disse nivåene eller sosiale rommene kunne i en bourdieu-optikk studeres som felt eller subfelter der noen på bakgrunn av sine disposisjoner og sosiale posisjon har større eller mindre grad av innflytelse og posisjonerer seg på bestemte måter (Bourdieu, 1997/2002).

8.1 Velferdsteknologi som politisk satsningsområde og teknologisk overvåking som sosial praksis

På bakgrunn av registrantanalyser av politiske dokumenter fra perioden 1973-2013, analyser av velferdsteknologinæringens markedsføringsstrategier i samme tidsperiode, i tillegg til en historisk innlesning på velferdsteknologiens rolle i hjemmetjenestefeltet og undersøkelser av hjemmetjenestefeltets posisjon i det medisinske felt – ble det konstruert frem en teori om et tilstedeværende velferdsteknologisk *produksjonsfelt* bestående av både statlige og private agenter. De historiske arbeidene viste at ulike former for velferdsteknologisk utstyr hadde sin opprinnelse i teknologinæringen, mens det på den annen side har blitt argumentert for og vist i avhandlingen at staten med især dets helse- og omsorgspolitiske statsbyråkratier har spilt en aktiv rolle i bygge opp under det velferdsteknologiske markedet i Norge fra 1970-tallet til i dag.

For eksempel avdekket historiseringen at smarthuset i betydningen bruk av multiple «intelligente» sensorer i boligen først ble lansert på 1980-tallet inn mot det private husmarkedet, mens ideen om smarte hus ble (re)lansert i en ny kontekst når myndighetene anbefalte kommunene å teste ut smarthusteknologi i omsorgsboliger for blant annet personer med demens på 1990-tallet. Historiseringen viste imidlertid at smarthuset ikke ble en varig suksess med særlig grad av utbredelse i norske kommuner i årene som fulgte av både etiske, juridiske og teknologiske årsaker. Videre har det med henvisning til tidligere studier blitt argumentert for at teknologisk overvåking i boliger ved hjelp av sensorer fremdeles var kontroversielt på 1990-tallet, hvorpå det krevdes en enda tydeligere statlig satsning og styring for å få til en varig holdningsendring, samt endring av måten pleie- og omsorgsarbeidet ble utøvd i kommunale hjemmetjenester

ved hjelp av teknologi. Historiseringen argumenterer i så måte for at flere politiske virkemidler var nødvendig for å øke utbredelsen av teknologiske overvåkingspraktikker i norske kommunale hjemmetjenestekontekster.

Avhandlingen hevder i den sammenheng at satsningen på smarte hus med bruk av multiple «intelligente» sensorer var en gammel idé og politisk visjon som av myndighetene ble relansert på 2010-tallet under begrepet omsorgsteknologi, da også med henvisninger internasjonale velferdsteknologisatsninger – og især britiske myndigheters «telecare»-satsning. Velferdsteknologiens potensiale i norsk kontekst ble utredet av både Teknologirådet i 2009 og Hagen-utvalget i 2011, hvor det i etterkant skjedde et taktskifte i politikkkutforming på området både relatert til hva som ble akseptert og ikke-akseptert å mene om teknologibruken, samt i form av mer konkrete politiske virkemidler slik som opprettelsen av et nasjonalt velferdsteknologiprogram, endring av lovverket og opprettelsen næringsstimulerende program i regi av både statlige, delvis statlige og ikke-statlige næringslivsorganisasjoner. Bruddet med tidligere tiders posisjoneringer til saken ble også satt i sammenheng med mektige internasjonale organisasjoners neolibérale politikkkutforming som allerede tilbake til 1980-tallet hadde tegnet bilde av vestlige velferdsstater i krise, der innovasjon i offentlig sektor i økende grad ble fremmet som en nødvendighet av mektige transnasjonale organisasjoner på midten av 2000-tallet.

Til sist pekte historiseringen på at teknologinæringen også har forsøkt å påvirke myndighetene i retning av økt teknologibruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester helt tilbake til trygghetsalarmens opprinnelse på 1980-tallet. Videre viste analyser av et utvalg av teknologinæringens reklameannonser til en tilpasning av næringens markedsføringsstrategier i takt med statens posisjoneringer til saken. For eksempel ble velferdsteknologiens trygghets- og sikkerhetsskapende dimensjoner løftet frem i de første reklamene for smarthus og trygghetsalarmer, mens teknologiens selvstendigjørende egenskaper ble løftet frem senere i historien som et motsvar mot pågående kamper i feltet og især praksisfeltets kritikk av teknologiens potensielt

isolerende og overvåkende egenskaper. I lys av den statlige relanseringen av smarthuset på 2010-tallet og generelle anbefalinger til norske kommuner om å satse på digitale velferdsteknologiske «trygghetspakker» med bruk av sensorer, alarmer og andre varslingssystemer i boligen – fulgte næringen på sin side opp med reklamer som tegnet et bilde av at det nå var noe helt nytt og banebrytende vi skulle bli vitne til. En symbolsk bildebruk var fremtredende i samtlige av reklameannonsene hvor næringen spilte på det til enhver tid rådende statlige doxaet om saken. For eksempel gjenspeilte den nyeste reklameannonsen statens relansering av det smarte hus ved hjelp av et bilde av en sykepleier som setter bena på månen med slagordet: «*et lite steg for deg, et gigantisk sprang for omsorgen*» (Sensio, 2022).

Bourdieu (2000/2005) teorier om relasjonen mellom staten og det økonomiske felt, og begrepet «staten som dobbelt sosial konstruksjon» har i relasjon til den historiske gjennomgangen og dokumentanalysene vært særlig nyttig å medtenke. I denne teorien ligger en forståelse av staten og dets byråkratiske subfelter som medvirkende til å påvirke borgernes syn på et bestemt sosialt problem eller politisk satsningsområde på den ene siden – og på den annen side bidra til å iverksette politiske visjoner gjennom mer konkrete virkemidler slik som politiske føringer, anbefalinger, standarder, finansieringsordninger, endring av lovverk med mer. Bourdieu (2000/2005) viser i så måte at staten på både en symbolsk og implisitt måte – i tillegg til en mer aktiv og eksplisitt måte – er i stand til å påvirke både markedskreftene og konsumentenes preferanser. Teorien bryter i så måte med kjernen i klassisk økonomisk teori (deriblant teorien om tilbud og etterspørsel), der ulike markeders suksess hovedsakelig forklares på bakgrunn av konsumentenes rasjonelle valg og preferanser.

I denne studien om velferdsteknologimarkedet har det i likhet blitt vist at det siden 1970-tallet har pågått kamper i det politisk-byråkratiske felt om bruk av ulike former for overvåkingsteknologi i syke, eldre og hjelpetrequendes hjem, der særlig to sentrale teser har vokst frem og utgjør et herskende doxa om saken som det ikke lenger stilles spørsmål ved. Først ble tesen om at overvåkingsteknologier bidrar til trygghet og

sikkerhet i boligen på tross av sykdom og svekkelser lansert i det politisk-byråkratiske felt. Noe senere – men i økende grad de siste par tiår – er det blitt argumentert for at hjemmebasert omsorg ved hjelp av teknologi er mindre ressurskrevende for staten, enn menneskelig omsorg. I den sammenheng har innovasjon av offentlig sektor ved hjelp av teknologi blitt fremstilt som et premiss for velferdsstatens overlevelse. Studien har drøftet hvordan det ble mulig at disse dominante tesene vokste frem og ble del av et doxa som tidvis ble observert reproduisert ordrett i praksisfeltet.

Hjemmetjenestefeltet har siden velferdsteknologiens opprinnelse vært den primære kontekst for satsningen på teknologi i helse- og omsorgstjenester, ettersom produksjonsfeltet hovedargument for satsningen handler om at teknologi kan trygge og sikre hjemmeboende på tross av sykdom og svekkelser. Ved hjelp av historisering og kontekstualisering av både praktikken (teknologiske overvåkingspraktikker) og konteksten den studerte praktikken nedfelte seg i (hjemmetjenestefeltet), har jeg kommet nærmere en forståelse av hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi har blitt et utbredt satsningsområde i norske kommunale hjemmetjenester.

Satsningen på velferdsteknologi som helse- og næringspolitisk satsningsområde har videre blitt relatert til flere parallelle politiske strømninger og styringspraktikker i fortid og nåtid, deriblant en rådende desentraliserende og de-institusjonaliserende helse- og omsorgspolitikkk på primærhelsetjenesteområdet, som har pågått i mange tiår (K. Christensen & Wærness, 2018; Jacobsen & Mekki, 2012; Otnes, 2015). En rekke velferds- og omsorgsforskere drøfter i den sammenheng om det foregår en nedbygging av den norske velferdsstaten (Stamsø, 2017; Vike et al., 2016), deriblant i retning av en økt privatisering eller samproduksjon av omsorgen (K. Christensen, 2012; Ågotnes et al., 2021). Med økende privatisering henvises det ikke først og fremst til økt bruk av private kommersielle tilbydere av for eksempel hjemmetjenester eller institusjonell

eldreomsorg, som man tradisjonelt sett forbinder med begrepet privatisering¹⁸⁸. At det ikke kan vises til noen markant økning i private tilbydere på den kommunale pleie- og omsorgssektoren stemmer i så måte godt overens med at det fortsatt regnes å være en politisk konsensus om at eldreomsorg fremdeles er et offentlig anliggende (K. Christensen & Wærness, 2018; Kuhnle & Ervik, 2018). På den annen side drøftes mer subtile former for privatisering innen både helse- og omsorgssektoren og andre deler av velferdsstatens tjenesteområder, der Christensen (2012) for eksempel argumenter for en blandingsøkonomi eller «velferdsmik» i velferdsstaten bestående av både tradisjonelle former for privatisering, samt økt bruk av frivillighet og pårørendeomsorg. I den sammenheng kan det være relevant å spørre seg om de velferdsteknologiske markedskreftene kan regnes som del av en slik mikset økonomi i velferdsstaten og del av en privatiseringstrend i langtidsomsorgen i kommunene?

Andre former for privatisering knytter seg til at mer ansvar overlates til den hjelpetrengende gjennom initiativer om en aktiv og deltakende aldring, deriblant ved hjelp av teknologi (Alvsvåg, 2022a; Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999). Denne formen for privatisering underbygges ofte politisk av en tese om at fremtidens eldregenerasjon er ventet å være mer ressurssterke, høyere utdannet, mer teknologisk kyndige og dessuten vil kreve en aktiv og deltakende rolle i tjenesteutformingen (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018; Meld. St. 29 (2012–2013), 2013). En annen form for privatisering knytter seg til at et økende ansvar for omsorg overlates til familien, hvor omsorgen «flytter hjem igjen» med økt privat bidrag fra kvinnelige pårørende (Blix, Stalsberg & Moholt, 2021; K. Christensen, 2012; Sortland, 2020). En tredje form for privatisering knytter seg ifølge Christensen (2012) til økt inndragelse av frivillige private (individider og organisasjoner), som det er knyttet store forventninger til at skal løse mye av fremtidens omsorgsutfordringer særlig knyttet til mangelen på nok «hender» i pleie- og omsorgstjenestene (se også Blix & Hamran, 2018; Ågotnes et al., 2021). De

¹⁸⁸ I kategorien private tjenestetilbydere på det kommunale omsorgstjenesteområdet ses det ifølge NOU 2020:13 (2020, s. 191) kun en svak økning (4,6%) med en samlet privat markedsandel på 10 % av de kommunale omsorgstjenestene.

overnevnte trendene beskrives i litteraturen som «samskaping», der de offentlige velferdstjeneste med ulike formene for privatisering bidrar til å omdefinere velferdsstatens grunnlag uten at de offentlige og kollektivistiske aspektene helt forsvinner (K. Christensen, 2012).

Denne avhandlingen kan sies å skrive seg i inn den overnevnte akademiske diskusjonen om ulike former for privatisering av velferdsstaten, men kommer med et nytt bidrag ved å analysere strukturene i et statlig stimulert og voksende kommersielt marked¹⁸⁹ for velferdsteknologiske sensorer rettet mot hjemmeboende eldre og andre mennesker med ulike former for funksjonsnedsettelse og behov for hjelp.

Av andre sammenhenger for å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi har vokst frem som et sentralt politisk satsningsområde i Norge har det i de historiske analysene blitt pekt på at vi i Norge i likhet med mange vestlige kontekster har blitt del av et kommunikasjonssamfunn der bruk av informasjonsteknologisk utstyr er utbredt i både privat og profesjonell sammenheng. Teknologibruk sidestilles i den sammenheng ofte med et fremoverlent og innovativt samfunn, der bruk av informasjonsteknologi og digitalisering av offentlige tjenester ofte presenteres som ensbetydende med innovasjon av offentlig sektor fra både myndighetshold og teknologi-lobbyister. I tillegg har velferds- og helseteknologier blitt posisjonert som en potensiell ny næring for et oljeavhengig Norge, av næringspolitiske myndigheter.

Den gradvise aksepten for velferdsteknologiske overvåkingspraktikker må i så måte også tolkes i lys av både den teknologiske og samfunnsmessige utviklingen, samtidig som interne makt- og dominansforhold i hjemmetjenestefeltet har blitt løftet frem som en annen del av forklaringen. For eksempel har kjønnede makt- og dominansforhold i

¹⁸⁹ Myndighetene oppgir at det velferdsteknologiske markedet i Norge har ekspandert i omfang og inntjening, men fremdeles er et marked i utvikling (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 51).

tillegg til profesjonskamper blitt drøftet der sykepleierens dominerte posisjon i det medisinske felt kan være et maktforhold av betydning, mens hjemmetjenestefeltet som et subområde av det medisinske felt med mindre grad av prestisje og faglig autonomi til sammenligning med spesialisthelsetjenesten er blitt løftet frem som et annet makt- og dominansforhold på området. Hjemmetjenestesektoren er i likhet med andre helse- og omsorgsfaglige deler av offentlig sektor kvinnedominert og lavtlønnet, mens teknologinæringen er en mannsdominert del av en innbringende privat sektor. I den sammenheng har det blitt drøftet hvordan motstridende logikker møtes i forbindelse med velferdsteknologisatsningen, hvor i utgangspunktet brukernære og lavteknologiske pleie- og omsorgspraktikker ble erstattet med en teknologiske overvåkingspraktikker ved hjelp av til dels avansert sensorteknologi i boligen. I tillegg har studien vist at varsler fra utstyret til enhver tid må håndteres av helsepersonell på enten responscenter eller i utøvende tjeneste, som videre skapte et marked for IKT-løsninger via web- eller mobile applikasjoner.

Til sist har studien pekt på at en rekke andre tekniske hjelpemidler slik som rullatorer, dørhåndtak, stolheiser i tillegg til mer avansert medisinsk teknisk utstyr på linje med velferdsteknologien er del av et større hjelpemiddelmarked som livnærer seg på det statlige idealet om hjemlig omsorg, men uten at disse komplementerende markedene ses i sammenheng hverken som industri eller kommunal utgiftspost. Til det synes det herskende doxaet om at teknologi sparer personellressurser og derav kostnader å stå for sterkt. I den sammenheng er det blitt argumentert for at hjemmetjenestefeltet med dets ansatte og tjenestemottakere fremstår som et *konsumpsjonsfelt* som har fått i oppgave å sette produksjonsfeltets visjoner om hjemmebaserte omsorgstjenester ved hjelp av teknologi ut i livet, med liten eller ingen grad av medvirkning og innflytelse på grunnpremissene for velferdsteknologisatsningen. Med det mener jeg at det ikke er tale *om*, men *hvordan* man best mulig kan (om)organisere tjenestene for økt teknologibruk.

8.2 Velferdsteknologiens strukturerende virkninger i norske kommunale hjemmetjenester

Denne avhandlingen har vist at konsekvensene av den politiske satsningen på velferdsteknologi har medført en rekke strukturerende virkninger i ulike deler av det lokale tjenestehierarkiet. Studien argumenterer i første rekke for at norske kommuner har blitt utsatt for et økt press om å tilby mer avanserte former for velferdsteknologi som del av hjemmetjenestetilbudet siste par tiår, på bakgrunn av både et statlig og næringslivsinitiert produksjonsfelt. Ved hjelp av perspektiver fra nyinstitusjonell organisasjonsteori har det blitt drøftet hvordan både statlige krav og anbefalinger og profesjonsfaglige krefter trolig også bidro til å presse kommunene i en bestemt retning. På bakgrunn av et ønske om å fremstå som profesjonelle og på nivå med andre kommuner kan sammenligning mellom kommuner også bidra til en formlighet mellom kommuner som er del av samme organisasjonsfelt (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). I tillegg er det som følge av nyliberal styringsideologi blitt beskrevet en økende tendens til måling, telling og evaluering av kommunenes måloppnåelser i henhold til statlige føringer (Knutsson et al., 2012).

Ved hjelp av Bourdieus felt- og praktikkteori ble det belyst at det særlig var kommuner med høyt kapitalvolum på området som ble løftet frem som «eksempelkommuner» til etterfølgelse for andre kommuner fra myndighetshold. Det var i så måte også relasjonelle forhold som medvirket til både sammenligning og forskjellsbehandling av norske kommuner på velferdsteknologiområdet. For eksempla ble det gjennom opprettelsen av nasjonalt velferdsteknologi-program noen utvalgte norske kommuner – deriblant studiens første case-kommune – som fikk både faglig og finansiell støtte til å prøve ut ulike teknologiske løsninger på markedet. Parallelt ble det delvis statsstøttede og delvis næringslivsinitierte Leverandørutviklingsprogrammet etablert for å drive frem velferdsteknologisatsningen fra markedets side, i tillegg til at en rekke vitenskapelige institusjoner tok på seg ansvaret for å dokumentere effekter av satsningen via følgeforskningsprosjekter. I tillegg oppstod det næringslivsklynger som

arbeidet med å hjelpe teknologibedrifter med å etablere seg i norske kommuner, mens skattelettelsesordninger for innovasjonsprosjekter ble etablert fra myndighetshold.

De ansvarlige myndigheter legitimerte i neste rekke satsningen på velferdsteknologi ved å vise til både følgeforskningsrapporter, kommunale rapporter og statlig initierte gevinstrealiseringskartlegginger i kommunene. Måten myndighetene arbeidet med å transformere velferdsteknologi til en norm på kommunalt plan var i så måte mangfoldig, men fremstod overordnet sett som en symbolsk maktutøvelse som førte med seg en symbolsk voldsutøvelse som særlig rammet de kommunene som ikke ble inkludert i det statlige støtteapparatet. I tråd med Bourdieus (1989-1992/2014) utlegginger om staten som legitim utøver av symbolsk vold, var ikke den statlige velferdsteknologisatsningens voldelighet synlig for hverken maktutøverne eller dets offer. Med det mener jeg at det ikke eksplisitt kom frem at mange av kommunene som ble løftet opp og frem av myndighetene trolig hadde både høyt sosialt, økonomisk og kulturelt kapitalvolum på velferdsteknologiområdet. Denne antagelsen baserer seg på komparative analyser av studiens to case-kommuner der den første kommunen som ble inkludert i programmet hadde høyt kapitalvolum på området i form av høyt utdannete ansatte som hadde mye erfaring fra før med utstyret, teknisk kyndighet og språkbeherskelse i tillegg til et rikt kontaktnettverk på området og finansielle muskler til å gjennomføre satsningen. Studiens andre case-kommune hadde på sin side noe lavere kapitalvolum på området, mindre erfaring med velferdsteknologi og noe en noe mer avventende og tilbakeholden innstilling til området fra lokalpolitisk hold. I relasjon til disse to empiriske eksemplene fremstod det derav som et paradoks at den svakest stilte ikke kom i posisjon til å bli styrket av det statlige programmet.

Et annet sentralt funn fra feltstudiene fra lokalt iverksettelsesnivå i kommunene var at noen av kommunenes mest høykompetente og erfarne helseprofesjonelle ansatte med velferdsteknologisatsningen fikk helt andre mer administrative, organisatoriske og tekniske oppgaver til sammenligning med deres tidligere mer brukernære og kliniske fagarbeid. Videre var et sentralt funn at høyere posisjonerte ansatte på bakgrunn av

deres disposisjoner (både generelt og feltspesifikt kapitalvolum), var mer tro til produksjonsfeltets teknologioptimistiske doxa enn ansatte lavere ned i tjenestehierarkiet. Lavere posisjonerte iverksettere inntok på den annen side en mer pragmatisk innstilling til velferdsteknologisatsningen, mens utøvende helsepersonell nærmere tjenestemottakerne i større grad inntok en mer avventende, eller tidvis teknologiskeptisk posisjon i feltet. Blant tjenestemottakere og deres familier ble det på den annen side både identifisert teknologioptimistiske, pragmatiske og teknologiskeptiske posisjoner i feltet.

Avhandlingen argumenterer videre for at kampens kjerne om saken i hjemmetjenestefeltet ikke handlet om velferdsteknologi skulle være et satsningsområde eller ei, men når tekniske utfordringer ble omfattende oppstod det derimot også kamper om det herskende doxaet skapt i produksjonsfeltet. For eksempel ble det i større grad knyttet usikkerhet til om teknologien var til å stole på og derav kunne sies å utelukkende bidra trygghet og sikkerhet for tjenestemottakerne, samt besparelser for tjenestene. Videre lovte teknologinæringen på bakgrunn av myndighetenes ambisiøse målsettinger tilsynelatende mer enn den kunne holde, ettersom det ble observert mye tekniske problemer og forsinkelser under etableringsfasen av de «nye» digitale velferdsteknologitjenestene. Et komplekst teknisk oppsett bestående av en rekke teknologiske enheter med dertilhørende programvare førte videre til forsinkelser i de kommunale prosjektene og en rekke utilsiktede alarmer, som både stresset tjenestemottakerne og medførte mange ulike former for merarbeid for de ansatte.

I likhet med Bourdieus (2000/2005) studie av boligkjøperes sosiale lidelser som følge av omstruktureringer av boligpolitikken i retning av et individualisert fremfor kollektivt orientert husmarked – og der et marked for dyre kataloghus av dårlig kvalitet ble en av følgene – har denne studien om et statlig stimulert velferdsteknologimarked pekt på noen lignende dynamikker og dominansforhold. For eksempel har denne ph.d.-studien vist at de svakest stilte konsumentene var de som fikk den største sosiale

lidelsen i misforholdet mellom statlige visjoner, hva det velferdsteknologimarkedet kunne levere og kommunens (konsumentens) behov. Videre har det i denne studien blitt vist at helsepersonell på både prosjektgruppenivå og i utøvende tjeneste, samt tjenestemottakerne med deres pårørende, måtte ta de største sosiale konsekvensene når visjonen om smarte hus med bruk av multiple velferdsteknologiske sensorer viste seg å være et for ambisiøst mål fra både staten og næringens side.

Om man skal peke fremover på potensielle områder å forske videre på i lys av denne avhandlingen vil jeg især fremme behovet for en grundigere empirisk utforskning av velferdsteknologiens reelle bidrag til effektivisering av hjemmetjenestene spesielt, og økonomiske besparelser for norske kommuner generelt. Videre vil det være aktuelt å engasjere seg i den akademiske dialogen om ulike former for privatisering eller samproduksjon i velferdsstaten.

Litteratur

- Aesopus. (1975). *Æsops fabler* Schibsted.
- Aksøy, H. (2012). Inn i sykehjemmet. Trinn for trinn eller i store sprang? Pårørendes fortellinger om en eldre slektnings omsorgsforløp fram til tildeling av sykehjemsplass. I M. Veenstra & S. O. Daatland (Red.), *Bærekraftig omsorg?* (s. 147-156). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Alcatel Business systems. (1990). Bare i 1990 er det over 30 kommuner... *Kommunal Rapport*, 4(21), 10. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2018080781073_001
- Altinn. (2020, 18.11.20). SkatteFUNN – skattefradragordning. Hentet 07.01 2022 fra <https://www.altinn.no/starte-og-drive/stotteordninger/skattefunn--skattefradragordning/>
- Alvsvåg, H. (2022a). Omsorgsteknologi- motsetningsfullt? I H. Alvsvåg (Red.), *Å tenke sykepleiefaglig* (s. 109-118). Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2022b). *Å tenke sykepleiefaglig*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen: om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Alvsåker, Y. B. (2021, June 24-26th). *Technology as both a 'time saver' and the 'saviour' of future elderly care. Analysing Norwegian healthcare policies*. Innlegg presentert ved 5th Transforming Care Conference, Cà Foscari University of Venice, Italy.
- Alvsåker, Y. B. & Ågotnes, G. (2022). Technology as 'time saver' and the 'saviour' of older adult care: Analysing doxical representations in Norwegian healthcare policies. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blick på sosiale praktikker*, 4(e3637). Hentet fra <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v4i0.3637>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling– for økt deltakelse og mestring*. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2f3ae6c7a2dd4adbae2c2e152af97c3e/a-0043-b_rapport-hjelpemiddutvalget.pdf
- Armingeon, K. & Beyeler, M. (2004). *The OECD and European Welfare States*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Askedal, K. & Sjaavaag, S. (2016). *Kommunal responsentertjeneste. Kartlegging og anbefaling for etablering*. Kristiansand kommune, SINTEF og PA Consulting. Hentet fra <http://www.kommunalresponsentertjeneste.no/wp-content/uploads/2016/10/Utrekningsrapport-for-Kommunal-responsentertjeneste-september-2016.pdf>
- Ausen, D. (2013). *Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor*. Trondheim: SINTEF.
- Batt-Rawden, K. B., Björk, E. & Waaler, D. (2017). Human factors in the implementation and adoption of innovations in health care services. A

-
- longitudinal case study on the introduction of new technology. *Innovation Journal*, 22(3), 2-25.
- Batt-Rawden, K. B., Bjørk, E., Waaler, D. & Batt-Rawden, V. (2021). A qualitative study of user experiences from the implementation of new technology in healthcare services, Norway *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 26(3), 1-23.
- Benum, E. (2005). *Overflod og fremtidsfrykt 1970-1997*. Oslo: Aschehoug.
- Berg, A.-J. (1988). Husarbeid som et trekkspill om teknologi. I M. Lie (Red.), *I menns bilde. Kvinner, teknologi, arbeid*. (s. 105-118). Oslo: Tapir.
- Berg, A.-J. (1991a). *Framtidas teknologiske hjem*. Trondheim: SINTEF IFIM.
- Berg, A.-J. (1991b). *The smart house as a gendered socio-technical construction*. Trondheim: SINTEF IFIM.
- Berg, A.-J. (1994). A gendered socio-technical construction: The smart house. I C. Cockburn & R. Fürst-Dilić (Red.), *Bringing technology home : gender and technology in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Berge, M. S. (2016). Telecare acceptance as sticky entrapment: A realist review. *Gerontechnology*, 15(2).
- Berge, M. S. (2017). Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4.
<https://doi.org/10.1177/2055668317693737>
- Berge, M. S. & Øvsthus, K. (2014, 29.09.14). Overvåking gir frihet *Bergens tidende*. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/JOOV8/Overvaking-gir-frihet>
- Bernt, J. F. (2023, 23.01.). konkurranseloven. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/konkurranseloven>
- Berntzen, J. (1993). *Hjemmekontrollsystemer (smart-house) og trygghetsalarmer* Kjeller: Televerkets forskningsinstitutt.
- Berridge, C., Furseth, P. I., Cuthbertson, R. & Demello, S. (2014). Technology-based innovation for independent living: policy and innovation in the United Kingdom, Scandinavia, and the United States. *J Aging Soc Policy*, 26(3), 213-228. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.899177>
- Blix, B. H. & Hamran, T. (2018). ‘When the saints go marching in’: constructions of senior volunteering in Norwegian government white papers, and in Norwegian senior volunteers’ and health-care professionals’ stories. *Ageing and Society*, 38(7), 1399-1428. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000046>
- Blix, B. H., Stalsberg, H. & Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uføremell omsorg i Norge *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Boge, J. (2022). Arkitektur og teknologi som avgrensar plejetrengjande sin tilgang til WC. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blick på sosiale praktikker*, 1.
- Bourdieu, P. (1973/2019). De tre former for teoretisk viten. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blick på sosiale praktikker*, 1(e3637).
<https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.1564>

-
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1980/2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forl.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction : a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, P. (1985). The Social Space and the Genesis of Groups. *Theory and society*, 14(6), 723-744. <https://doi.org/10.1007/bf00174048>
- Bourdieu, P. (1988a). *Homo academicus*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1988b). Vive la Crise!: For Heterodoxy in Social Science. *Theory and society*, 17(5), 773-787. <https://doi.org/10.1007/BF00162619>
- Bourdieu, P. (1989-1991/2014). *On the state: lectures at the Collège de France, 1989-1992*. Cambridge: Polity.
- Bourdieu, P. (1992). *An invitation to reflexive sociology* (L. J. D. Wacquant, Overs.). Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1992/2011). Statens venstre og høyre hånd. *Agora (Oslo, Norway)*, 29(1), 166-173.
- Bourdieu, P. (1993/2010). Motstridende interesser i staten. *Praktiske Grunde . Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab Nr. 1-2* Hentet fra [http://praktiskegrunde.dk/2010/praktiskegrunde\(2010-1+2i\)bourdieu.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2010/praktiskegrunde(2010-1+2i)bourdieu.pdf)
- Bourdieu, P. (1994). Rethinking the State: Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. *Sociological Theory*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.2307/202032>
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen : en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt : artikler i utvalg*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1997/2002). Det økonomiske felt. *Dansk sociologi*, 02(1).
- Bourdieu, P. (1998/2000). *Den maskuline dominans* (K. Stene-Johansen, Overs.). Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1999a). Understanding (P. P. Ferguson, Overs.). I *The Weight of the World : social suffering in contemporary society* (s. 607-627). Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1999b). *The Weight of the World : social suffering in contemporary society* (P. P. Ferguson, Overs.). Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2000/2005). *The Social Structures of the Economy* Cambridge, UK: Polity.
- Bourdieu, P. (2003). Participant Objectivation*. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9(2), 281-294. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.00150>
- Bourdieu, P. (2007). *Viten om viten og refleksivitet*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (2008). *Utkast til en selvanalyse*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. & Passeron, J.-C. (1991). *The Craft of Sociology Epistemological Preliminaries*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bourdieu, P., Christin, O. & Will, P.-É. (2010). En videnskab om statens praksisformer. *Praktiske grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab.*, (1-2), 144-154. Hentet fra

- [http://praktiskegrunde.dk/2010/praktiskegrunde\(2010-1+2k\)bourdieu-christin-will.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2010/praktiskegrunde(2010-1+2k)bourdieu-christin-will.pdf)
- Bourdieu, P. & Passeron, J.-C. (1970/2006). *Reproduksjonen : bidrag til en teori om undervisningssystemet* (P. F. Bundgård, Overs.). København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1993). *Den kritiske ettertanke: grunnlag for en samfunnsanalyse*. Oslo: Samlaget.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1996). *Refleksiv sosiologi: mål og midler*. København: Hans Reitzel.
- Bowes, A. & McColgan, G. (2009). Implementing telecare for people with dementia: Supporting ageing in place in West Lothian, Scotland. *Journal of Care Services Management*, 3(3), 227-243.
<https://doi.org/10.1179/csm.2009.3.3.227>
- Bowes, A. & McColgan, G. (2013). Telecare for Older People. *Research on Aging*, 35(1), 32-49. <https://doi.org/10.1177/0164027511427546>
- Bowes, A., McColgan, G. & Bell, D. (2006). *Smart technology and community care for older people: innovation in West Lothian, Scotland*. University of Stirling.
- Boysen, E. S., Svagård, I. & Ausen, D. (2016). *Studie av utløste trykkløstalarmer i syv kommuner. Når og hvorfor utløses alarmene?* (Delrapport 2 fra prosjektet M4ALMO SINTEF A27757). SINTEF IKT.
- Brandser, Y. E. (2015). *Smarte hus, sensorer og teknologistøttet omsorg – en praxeologisk studie om det norske velferdsteknologiområdet* (Master). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Brandt Jørgensen, E. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje: om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellom dem ; for lægeerhvervet er perioden 1736-1937 og for sygeplejerhvervet er perioden 1836-1957* (Doktoravhandling). Hexis, S.I.
- Braut, G. S. (2020, 17.04.). velferdsteknologi. I G. S. Braut (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/velferdsteknologi>
- Breivik, E., Rotvold, G. H. & Boysen, E. S. (2019). *Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram* Hentet fra https://chealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2019-07_Evaluering-av-virkemidlene-i-Nasjonalt-velferdsteknologiprogram.pdf
- Broadly, D. (1991). *Sociologi och epistemologi. Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin* (2 korr. uppl. utg.). Stockholm: HLS Förlag.
- Broadly, D. (1998). Kapitalbegreppet som utbildningssociologiskt verktyg. *Skeptronhäften*, 15.
- Bye, R. & Sjøe, F. (2008). *Overvåket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bygstad, B. & Lanestedt, G. (2017). Expectations and realities in welfare technologies: A comparative study of Japan and Norway. *Transforming Government: People, Process and Policy*, 11(2), 286-303.
<https://doi.org/10.1108/TG-09-2016-0057>
- Bølstad, J. (1985). *Hjemmesykepleie : kommunehelsetjenestens grunnpilar*. Oslo: TANO.

-
- Callewaert, S. (2013). Pierre Bourdieu's kurs om staten på Collège de France 1989-1992. *PRAKTISKE GRUNDE. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 3, 21-36. Hentet fra [http://praktiskegrunde.dk/2013/praktiskegrunde\(2013-3d\)callewaert.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2013/praktiskegrunde(2013-3d)callewaert.pdf)
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Brønsted, M. Mottelson, C. Jørgensen & L. J. Muschinsky (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (s. 165-170). København: Hans Reitzels Forlag.
- Callewaert, S. & Petersen, K. A. (2010). Hvorfor dog Bourdieu? I K. Esmark, M. Høyen & K. Larsen (Red.), *Hvorfor Bourdieu?* (s. 27-32). København: Forlaget Hexis.
- Christensen, J. & Holst, C. (2017). Advisory commissions, academic expertise and democratic legitimacy: the case of Norway. *Science & public policy*, 44(6), 821-833. <https://doi.org/10.1093/scipol/scx016>
- Christensen, J. & Holst, C. (2020). *Ekspertenes inntog*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, K. (2012). Towards a mixed economy of long-term care in Norway? *Critical Social Policy*, 32(4), 577-596. <https://doi.org/10.1177/0261018311435028>
- Christensen, K. (2018). Kapittel 4: Myten om eldrebølgen. I K. Christensen & L. J. Syltevik (Red.), *Myter om velferd og velferdsstaten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk NOASP.
- Christensen, K. & Pilling, D. (2014). Policies of Personalisation in Norway and England: On the Impact of Political Context. *J. Soc. Pol.*, 43(3), 479-496. <https://doi.org/10.1017/S0047279414000257>
- Christensen, K. & Syltevik, L. J. (2013). Lønnsarbeid og kvinnearbeid – Tilbake til diskusjonen om arbeid. *Paid work and women's work : discussing work again*, 37(2), 157-172. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1781-2013-02-05>
- Christensen, K. & Wærness, K. (2018). Long-term care services in Norway. I K. Christensen & D. Pilling (Red.), *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World* (s. 15-28). Abingdon, Oxon: Routledge.
- Christensen, T. (2006). Staten og reformenes forunderlige verden. *Nytt norsk tidsskrift*, 23(3), 215-226. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2006-03-03>
- Corneliussen, H. G. & Dyb, K. (2017). Kapittel 9: Om teknologien som ikke fikk være teknologi – diskurser om velferdsteknologi II. R. Andersen, T. Årethun, J. G. Nesse & E. Bjørhusdal (Red.), *Immateriell kapital* (s. 165-181). Universitetsforlaget.
- Dahl, H. M. (2017). *Struggles in (elderly) care : a feminist view*. London: Palgrave Macmillan.
- Dahl, M. B. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020* Høgskulen på Vestlandet.
- Datatilsynet. (2009). *Overvåking eller omsorg?* (Personvernrapporten). Hentet fra <https://docplayer.me/1422243-Personvernrapporten-2009.html>

-
- Datatilsynet. (2013). *Big Data – personvernprinsipper under press* Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/rapporter-og-utredninger/big-data/>
- Davies, A., Rixon, L. & Newman, S. (2013). Systematic review of the effects of telecare provided for a person with social care needs on outcomes for their informal carers. *Health Soc Care Community.*, 21(6), 582-597. <https://doi.org/10.1111/hsc.12035>
- Davis, J. (2019a). Making a ‘modern’ decade: computers, videos and yuppies I *The Global 1980s. People, Power and Profit*. Milton: Routledge.
- Davis, J. (2019b). Reagan and Thatcher depart, a new world order emerges. I J. Davis (Red.), *The Global 1980s: People, Power and Profit*. (1. utg.). Milton: Routledge.
- De gamles helsekomite. (1961). *Boliger for eldre* Nasjonalforeningen mot Tuberkulosen for Folkehelsen.
- Den norske legeförening. (2011). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. I. Hentet fra www.regjeringen.no/contentassets/2f1c432922736d4db8ac300420a063d41b2fio_den_norske_legeförening.pdf%3Fuid%3DDen_norske_legeförening&clen=505804&chunk=true
- Department of Health (UK). (2011). *Whole System Demonstrator Programme. Headline Findings*. London: Crown Department of Health.
- Det norske akademis ordbok. (2023). formalkompetanse og realkompetanse. I. Hentet 12.05.23 fra <https://naob.no/ordbok/formalkompetanse>
- Di Stefano, G., Gambardella, A. & Verona, G. (2012). Technology push and demand pull perspectives in innovation studies: Current findings and future research directions. *Research policy*, 41(8), 1283-1295. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2012.03.021>
- Digdir. (2023). Kva er Digitaliseringsdirektoratet? Hentet 28.03. 2023 fra <https://www.digdir.no/digdir/kva-er-digitaliseringsdirektoratet/703>
- Direktoratet for e-helse. (2016). *Teknisk anbefaling velferdsteknologi. Anbefalinger knyttet til teknisk krav for trygghetskapende teknologi* (IS-2534). Oslo. Hentet fra https://ehelse.no/tema/velferdsteknologi/_attachment/inline/917f8c1b-775e-414f-b1a2-ee04f7810f94:4d0675e58e1a4ed4f37b894bede523049db188ee/Anbefalinger%20om%20tekniske%20krav%20til%20trygghetsteknologi.pdf
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2022). Unntak for enkelte FoU-kontrakter. Hentet fra <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/forsknings-og-utviklingskontrakter/unntak-enkelte-fou-kontrakter>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2023a). Om DFØ. Hentet 2023 08.02. fra <https://dfo.no/nn/om-dfo>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2023b, 23.03.). Organisasjon og leing i DFØ. Hentet 28.03. 2023 fra <https://dfo.no/nn/om-dfo/organisasjon-og-leing-i-dfo>

-
- Doughty, K. (2018). *From red buttons to smart technology support*. Coventry University: Centre for Usable Home Technology.
- Draper, H. & Sorell, T. (2013). TELECARE, REMOTE MONITORING AND CARE. *Bioethics*, 27(7), 365-372. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2012.01961.x>
- Dugstad, J., Sundling, V., Nilsen, E. R. & Eide, H. (2020). Nursing staff's evaluation of facilitators and barriers during implementation of wireless nurse call systems in residential care facilities. A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4998-9>
- Dørum, K. (2021, 14.04). embetsmannsstaten. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/embetsmannsstaten>
- Eccles, A. (2010). Ethical Considerations Around the Implementation of Telecare Technologies. *Journal of technology in human services*, 28(1-2), 44-59. <https://doi.org/10.1080/15228831003770759>
- Eccles, A. (2015). Telecare technologies and isolation: some ethical issues. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 3(default), 81-90. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S56244>
- Eccles, A. (2021). Remote care technologies, older people and the social care crisis in the United Kingdom: a Multiple Streams Approach to understanding the 'silver bullet' of telecare policy. *Ageing and Society*, 41(8), 1726-1747. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001776>
- Elstad, H. (2022, 30.12.). heresi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/heresi>
- Emcom. (2010). Emncoms kombinerte trygghetsalarm og GSM-telefon *PC world Norge*, forside. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2022061080023_018
- Endringslov til pasient- og brukerrettighetsloven mv. (2013). Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi) (LOV-2013-06-14-36). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2013-06-14-36>
- Engström, L. (2012). *Kliniken flyttar hem. Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård* (Doktroavhandling). Uppsala University, Uppsala.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T. & Styhre, A. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Evans, N., Carey-Smith, B. & Orpwood, R. (2011). Using smart technology in an enabling way: a review of using technology to support daily life for a tenant with moderate dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 249. <https://doi.org/10.4276/030802211X13046730116614>
- Fagforbundet. (2011, 01.12). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. I. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2f1c432922736d4db8ac300420a063d41b2fio_fagforbundet.pdf%3Fuid%3DFagforbundet&clen=566181&chunk=true

-
- Fagforbundet. (2013). Velferdsteknologi. *Fagbladet, Temahefte nr. 30*. Hentet fra <https://www.nb.no/items/84ceaccf38f07e5218111f7c8eff68d?page=0&searchText=velferdsteknologi%20fagforbundet>
- Falken. (2000). Falken – trygghet for deg og familien. *Snø & ski*, (1), 38. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitiidsskrift_2019061981026_001
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl.
- Farshchian, B. A., Vilarinho, T. & Mikalsen, M. (2017). From Episodes to Continuity of Care: a Study of a Call Center for Supporting Independent Living. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 26, 1-35. <https://doi.org/10.1007/s10606-017-9262-4>
- Fensli, R., Vatnøy, T., Svagård, I. & Boysen, E. S. (2016a). Evaluation of Organizational Models for Response Centres for Telecare Services of the Future. *International Journal of Integrated Care*, 16(5), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.2561>
- Fensli, R., Vatnøy, T., Svagård, I. & Boysen, E. S. (2016b). *Responsentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder. Delrapport 1 fra prosjektet M4ALMO*. SINTEF IKT og Universitetet i Agder.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 196-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fisk, M. J. (2003). *Social Alarms to Telecare : older people's services in transition*. Bristol: The Policy Press.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjørtoft, A.-K. (2022). *Hjemmesykepleie i endring : en analyse av profesjonelle og politiske diskurser* (PhD-thesis). VID Specialized University, Oslo.
- Forbruker- og administrasjondepartementet. (1980). *Hjelpeordninger for hjemmene nye tiltak*. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2017050848043
- Forskningsrådet. (2012). *Innovasjon i offentlig sektor. Policy for Forskningsrådets arbeid*. Forskningsrådet. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014033148094
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). (2011). FOR-2010-11-12-1426 Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberale velfærdsstats profesjoner*. (Doktoravhandling). Roskilde Universitet, Roskilde. Hentet fra <https://forskning.ruc.dk/da/publications/tv%C3%A6rfaglige-velf%C3%A6rdsprofesjoner-tv%C3%A6rsamarbejde-som-en-soc>
- Freeman, C. & Louçã, F. (2001). *As Time Goes By : From the Industrial Revolutions to the Information Revolution*. Oxford: Oxford University Press, Incorporated.
- Funksjonshemmedes fellesforbund. (2011, 15.11). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg". I. Oslo.
- Furre, B. (1999). *Norsk historie 1914-2000*. Oslo: Samlaget.

-
- Fæø, S. E. (2016). *Hjemmesykepleien - I spenningsfeltet mellom økonomi og moral. En praxeologisk studie av hjemmesykepleiens utvikling* (master). Universitet i Bergen.
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic journal of social research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Gautun, H. & Sørvoll, J. (2021). Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(3), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-03-04>
- Glasdam, S. (2007). Interview. En diskusjon af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser. I K. A. Petersen, S. Glasdam & V. Lorenzen (Red.), *Livshistorieforskning og kvalitative interview* (s. 131-139). Viborg: Forlaget PUC.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., ... Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J Med Internet Res*, 19(11), e367-e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., ... Shaw, S. (2018). Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: empirical application of the NASSS framework. *BMC Med*, 16(1), 66-66. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1050-6>
- Halskov, G. A. (2013). *Sygeplejerskeuddannelsen i Danmark: Reformforsøg, rekrutteringsmønstre og habituelle orienteringer* (Doktroavhandling). Institutionen för pedagogik, didaktik och utbildningsstudier. Uppsala universitet.
- Halskov, G. A., Lundin, S. & Petersen, K. A. (2008). Homologier. I K. A. Petersen & M. Høyen (Red.), *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu : æresbog til Staf Callewaert* (s. 273-293). Danmark: Forlaget Hexis.
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (5. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Hamblin, K. (2022). Technology in care systems: Displacing, reshaping, reinstating or degrading roles? *New technology, work, and employment*, 37(1), 41-58. <https://doi.org/10.1111/ntwe.12229>
- Hamblin, K., Burns, D. & Goodlad, C. (2023). Technology and homecare in the UK: Policy, storylines and practice. *Journal of Social Policy*, 1-17. <https://doi.org/10.1017/S0047279423000156>
- Hamblin, K., Yeandle, S. & Fry, G. (2017). Researching telecare: the importance of context. *Journal of enabling technologies*, 11(3), 75-84. <https://doi.org/10.1108/JET-04-2017-0016>
- Hansen, T. (2022, 26.01.). New Public Management. I *Store norsk leksikon*. Hentet fra https://snl.no/New_Public_Management

-
- Hanssen, G. S., Helgesen, M. K. & Vabo, S. I. (2011). *Politikk og demokrati : en innføring i stats- og kommunalkunnskap* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Harvey, D. (2007). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press, Incorporated.
- Hauge, H. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hauge, S. (2005). Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. Ei historisk analyse av sjukeheimens rolle og funksjon dei siste 150 åra. I R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 156-164). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haukelien, H. (2019). Det politiske ansvarets forvitring. I T. B. Wyller & H. Haukelien (Red.), *Ny helsepolitikk : det finnes løsninger* (s. 187-212). Oslo: Dreyers forl.
- Haukelien, H. (2020). Alderdom i det teknologiske Utopia? Velferdsteknologi i norske kommuner. I J. T. S. Cecilie Høy Anvik , Janne Paulsen Breimo & Øystein Henriksen (red.) (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår -nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 213-235). Universitetsforlaget.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene : sykepleieres erfaringer*. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi : fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de->
- Helsedirektoratet. (2014). *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Arkitektur for velferdsteknologi- anbefaling for utprøving og faser for realisering. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. (IS-2402). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Første gevinstrealiseringsrapport- Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Oslo. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inlinene/c879e5ef-715a-4277-9e89-e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf
- Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier* (IS-2552). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport- Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt->

[velferdsteknologi/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologi/attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologi/program.pdf](https://www.fagforbundet.no/a/370425/om-fagforbundet/yrkesseksjon-helse-og-sosial/aktuelt/velferdsteknologi-for-betretenester/)

- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse & KS. (2021). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologi*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologi/program/Gevinstrealiseringsrapport%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologi/program%202021.pdf>
- Henderson, C., Knapp, M., Fernández, J.-L., Beecham, J., Hirani, S. P., Beynon, M., ... Newman, S. P. (2014). Cost-effectiveness of telecare for people with social care needs: The Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing*, 43(6), 794-800. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu067>
- Hirani, S. P., Beynon, M., Cartwright, M., Rixon, L., Doll, H., Henderson, C., ... Newman, S. P. (2014). The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing*, 43(3), 334-341. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft185>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (9788253799247). Oslo-Kongsvinger.
- Hoen, H. & Tangen, U. (2014). *KS' undersøkelse om bruk av velferdsteknologi i norske kommuner*. Oslo: KS.
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi* (9788281213647). Oslo: Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten.
- Hole, G. O. (1996). *Teknologi og omsorg - to sider av samme sak? : ei analyse av Trygghetsalarmsystemet i Bergen* (Master). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Holvik, M. G. (2018). *Pårørende i sykepleiefaget - "Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner". Distinksjonen mellom betalt og ubetalt hjelp til hjemmeboende eldre. En dokumentanalyse av sykepleiefaglige tidsskrift og lærebøker fra tidsperioden 1945-2017 om deres omtale av pårørendes posisjon analysert med en praxeologisk optikk* (Master). Universitetet i Bergen.
- Horne, R. (2016). *"Like barn leikar best" : ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrequende barn og unge* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Hustad, B. D. (2014, 22.05.2018). Selma er en lure-sel. Hentet 16.09.2014 2014
- Hustvedt, E. (2023, 18.04.23). Velferdsteknologi for betre tenester. Hentet 28.05. 2023 fra <https://www.fagforbundet.no/a/370425/om-fagforbundet/yrkesseksjon-helse-og-sosial/aktuelt/velferdsteknologi-for-betretenester/>

-
- Intro International, A-2 Norge, Designit & AHO. (2018). *Effekter av avstandsoppfølging. Følgeforskning av medisinsk avstandsoppfølging i delprosjektene VIS, Mestry, GodhelseHjemme og HelsaMi+* Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Effekter%20av%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/fe5fa28b-8efe-4de5-b7e4-12e96f68b774:3e565eaf30abc5fc3dad1a15289bc0c1fed0c6bf/Effekter%20av%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf
- Isaksen, A. (2022, 14.11). Innovasjon Norge. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Innovasjon_Norge
- Jacobsen, F. F. (2022). Ti år med mer innovasjon i omsorgtjenestene? Søkelys på teknologi i omsorgstjenester til eldre. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 8(1), 1-4. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.3>
- Jacobsen, F. F. & Mekki, T. E. (2012). Health and the Changing Welfare State in Norway: A Focus on Municipal Health Care for Elderly Sick. *Ageing International*, 37(2), 125-142. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9099-3>
- Johansson, L. (2013). *Universiteter under forandring: En historisk konkret analyse af den faglige udviklingsproces på Aarhus Universitet*. (Master). Københavns universitet. Hentet fra <https://dokodoc.com/universiteter-under-forandring-en-historisk-konkret-analyse-.html>
- Jones, B. (2007, 22.07.). "Ads we can't get out of our heads". *USA Today*. Hentet fra <https://web.archive.org/web/20201129114508/https://usatoday30.usatoday.com/money/top25-ads.htm>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Kang, H. G., Mahoney, D. F., Hoenig, H., Hirth, V. A., Bonato, P., Hajjar, I. & Lipsitz, L. A. (2010). In Situ Monitoring of Health in Older Adults: Technologies and Issues. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 58(8), 1579-1586. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02959.x>
- Karlsen, C. (2019). *Telecare services to enable ageing in place. Exploring the experiences of older adults, family caregivers, and municipal employees* (Doktoravhandling). Universitetet i Agder, Grimstad
- Karlsen, C., Haraldstad, K., Moe, C. E. & Thygesen, E. (2019). Challenges of Mainstreaming Telecare. Exploring Actualization of Telecare Affordances in Home Care Services. *Scandinavian Journal of Information Systems*, 31(1). Hentet fra <https://aisel.aisnet.org/sjis/vol31/iss1/2>
- Karlsen, C., Moe, C. E., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2019). Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1300-1313. <https://doi.org/10.1111/jocn.14744>
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen Empowerment. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9-36. https://doi.org/10.1300/J293v03n02_03

-
- Kildal, N. & Kuhnle, S. (2004). Norway: an amenable member of the OECD IK. B. Armingeon & M. Beyeler (Red.), *The OECD and European Welfare States*. (s. 60-75.). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Kleinfield, N. R. (1984, 25.06.). Home Medical Alert System. *New York Times*, del D. Hentet fra <https://www.nytimes.com/1984/06/25/business/home-medical-alert-system.html>
- Kleiven, H. H. (2017). Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi. I S. Nakrem & S. Jóhannes (Red.), *Velferdsteknologi i praksis : perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 83-99). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, D. & Bakkevold, P. A. (2017). *Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi*. Tromsø: Nasjonal senter for e-helseforskning. Hentet fra <https://ehealthresearch.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-velferdsteknologi>
- Knutsson, H., Ramberg, U. & Tagesson, T. (2012). Benchmarking Impact through Municipal Benchmarking Networks: Improvement or Leveling of Performance? *Public performance & management review*, 36(1), 102-123. <https://doi.org/10.2753/PMR1530-9576360105>
- Kropp, K. (2007). *Et andet fokus i din undervisning- en kontruksjon af feltet for organisering af KVLsutdannelsesaktiviteter* (Master). Roskilde universitetscenter.
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. Historiseringen av et felt via dokumenter. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis* (s. 173-231). København: Hans Reitzel forlag.
- KS. (2023). N3. Hentet 20.03. 2023 fra <http://ks-innovation-tool.herokuapp.com/>
- Kuhnle, S. & Ervik, R. (2018). Velferdsstatens politiske grunnlag. I A. Hatland, S. Kuhnle & T. I. Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten* (s. 41-69). Oslo: Gyldendal.
- Kuhnle, S. & Kildahl, N. (2018). Velferdsstatens idégrunnlag og perspektiv. I A. Hatland, S. Kuhnle & T. I. Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten* (s. 15-40). Gyldendal.
- Laberg, T. (2011). Velferdsteknologi og ergoterapi. *Ergoterapeuten*, Årg. 54, nr. 6 (2011), 38-41.
- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider - Et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen* (Doktoravhandling). Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Det Humanistiske Fakultet. Københavns Universitet
- Larsen, K. (2009). Observtioner i et felt. Nogle muligheder og utfordringer. I O. H. Hammerslev, Jens Arnholtz Willig, Ida (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis*. København: Hans Reitzels forlag.
- Lebaron, F. (2009). How Bourdieu “Quantified” Bourdieu: The Geometric Modelling of Data. I K. Robson & C. Sanders (Red.), *Quantifying Theory: Pierre Bourdieu* (s. 11-29). Dordrecht: Springer Netherlands.

-
- Leverandørutviklingsprogrammet. (2017, 18.08.2017). Om innovative anskaffelser. Hentet fra <http://innovativeanskaffelser.no/about/>
- LifeCall. (1987). *I've Fallen and I Can't Get Up* [Tv-reklame]. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=bOlpDiXPZHO&t=52s>
- Lingås, L. G. (2011). *Over andres dørstokk* (4. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Lizardi, E. A. R. (2022). *Independent aging: Evaluation of the adoption of welfare technologies in Lister* (Master of Philosophy Degree in Health Economics, Policy and Management). University of Oslo.
- Lund, E. C. (2012). *Virke og profesjon, bind 2*. Oslo: Akribe.
- LUP. (2021). Innovative anskaffelser. Hentet 15.12. fra <https://innovativeanskaffelser.no/kom-i-gang>
- LUP. (2023a). Anskaffelser. Hentet 2023 24.05. fra https://innovativeanskaffelser.no/anskaffelser-arkiv/?_procurement_category=velferdsteknologi
- LUP. (2023b). Om LUP. Hentet 24.05. 2023 fra <https://innovativeanskaffelser.no/om-oss/>
- Lynch, J. (2015). *Policy aspirations and practice in english telecare: a case study of story-lines and invisible work* (PhD thesis). University of Birmingham. Hentet fra https://etheses.bham.ac.uk/id/eprint/6328/1/Lynch15PhD_Redacted.pdf
- Lynch, J., Glasby, J. & Robinson, S. (2019). If telecare is the answer, what was the question? Storylines, tensions and the unintended consequences of technology-supported care. *Critical Social Policy* 39(1), 44-65.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. & Wærness, K. (1979). *Pleie uten omsorg? : norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo: Pax.
- Mathiesen, A. (2002). Sociologiske feltanalyser. *Research papers from the Department of Social Sciences. Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi. Roskilde University, Denmark, Research Paper no. 8/02*.
- Mathiesen, A. & Delica, K. (2007). Historiserende feltanalyse. I L. Fuglsang, P. Hagedorn-Rasmussen & P. Bitsch Olsen (Red.), *Teknikker i samfundsvidenskabene* (s. 177-203). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl.
- Meissner, R. (1987). *Eldreomsorg og vaktsentralens tjenester i Hamarøy*. Stavanger: Rogalandsforskning.
- Meld. St. 15 (2017–2018). (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 30 (2019-2020). (2020). *En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra

-
- <https://www.regjeringen.no/contentassets/14fce122212d46668253087e6301cec9/no/pdfs/stm201920200030000dddpdfs.pdf>
- Midat. (1984). Det intelligente huset. *Byggenytt* 29(8), 46. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2020032683098_001
- Milligan, C., Roberts, C. & Mort, M. (2011). Telecare and older people: Who cares where? *Soc Sci Med*, 72(3), 347-354. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.014>
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstuder- en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Mort, M., Roberts, C. & Callén, B. (2013). Ageing with telecare: care or coercion in austerity? *Sociol Health Illn*, 35(6), 799-812. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01530.x>
- Mortenson, W. B., Sixsmith, A. & Woolrych, R. (2015). The power(s) of observation: theoretical perspectives on surveillance technologies and older people. *Ageing and Society*, 35(3), 512-530. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000846>
- Moser, I. (2019). Innledning. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi : en ressursbok* (1. utg., s. 11-22). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Moser, I. & Thygesen, H. (2013). Velferdsteknologi og teleomsorg: Nye idealer og former for omsorg. I L. Melby & A. H. Tjora (Red.), *Samhandling for helse* (s. 143-158). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Moser, I. & Thygesen, H. (2014). Prosjekteriets dilemma. Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon. *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund*, 21, 57-75. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/273591>
- Munkejord, M. C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(1), 16-26. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03>
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B. & Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017: statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358290?ts=165a44eac40>
- Nasjonalbiblioteket. (2022). Hva gjør Nasjonalbiblioteket? Hentet fra <https://www.nb.no/om-nb/>
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/publikasjoner/retningslinjer-nesh/>
- Neven, L. (2015). By any means? Questioning the link between gerontechnological innovation and older people's wish to live at home. *Technological Forecasting & Social Change*, 93(SI), 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.04.016>

-
- NHO & SPEKTER. (2019). *Morgendagens omsorg. Behov for en velferdsmiks*. Hentet fra <https://www.spekter.no/getfile.php/133285-1666274932/Dokumenter/Rapporter%20og%20analyser/Rapporter/Omsorgsutvalgets%20rapport%3A%20Morgendagens%20omsorgsutfordringer%20-%20behov%20for%20en%20velferdsmiks%20%282019%29.pdf>
- Nilstun, C. (2021, 25.05.). proprietær. I *Store norske leksikon*. Hentet
- NITO - Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon. (2011). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg”. I. Oslo.
- Nordic Council of Ministers. (2011). *Innovative Public Procurement and Health Care*. Copenhagen: Nordiska ministerrådets förlag.
- Norsk ergoterapiforbund. (2011, 10.11.). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. I. Oslo.
- Norsk gerontologisk selskap. (1959). *Arbeidet for eldre i by og bygd* (05463653). Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010111606025?page=31
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 04.11.). [Høringsuttalelse] NOU-rapport 2011:11 Innovasjon i omsorg I. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2f1c432922736d4db8ac300420a063d41b2fio_norsk_sykepleierforbund.pdf%3Fuid%3DNorsk_Sykepleierforbund&clen=485718&chunk=true
- Norsk Sykepleierforbund & Circus reklamebyrå. (2014, 12.05). Robonurse. I. Oslo. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=K7BLnLqWGj4>
- Norsk teknologi. (2011, 15.11). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (Hagen-utvalget). I. Oslo.
- Norsk telemuseum. (2006). *Telehistoriske glimt – telekommunikasjon før og nå*. Oslo: Norsk telemuseum.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Norwegian Smart Care Cluster. (2023). Hvem er Norwegian Smart Care Cluster. Hentet 14.06. 2023 fra <https://www.smartcarecluster.no/om-nssc>
- NOU 1973:26. *Eldres helse, aktivitet og trivsel*. Oslo: Sosialdepartementet. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2011053005064
- NOU 1980:10A. *Langtidsplan for Televerket*. Samferdselsdepartementet
- Televerket. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013120506018
- NOU 1982:10. *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v: spesialist-, tannhelse- og transporttjenestene, pleie-, alkoholist- og barnevernsinstitusjonene, oppgave- og ansvarsfordeling, finansieringsordninger* Sosialdepartementet.
- NOU 1992:1. *Trygghet - verdighet - omsorg*. Sosialdepartementet. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007110704030
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg* Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.nb.no/items/5e6c85d75c142aeebfcef72c6464ab2d?page=0&search>

- [hText=helse%20og%20omsorgsdepartementet%20innovasjon%20i%20omsorg](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/?ch=2)
g
- NOU 2020:13. (2020). *Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/?ch=2>
- NOU 2020:15. (2020). *Det handler om Norge Bærekraft i hele landet Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene* Oslo: Kommunal- og, moderniseringsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3b37c1baa63a46989cb558a65fccf7a1/no/pdfs/nou202020200015000dddpdfs.pdf>
- OECD. (1981). *The welfare state in crisis : an account of the Conference on Social Policies in the 1980s, OECD, Paris, 20-23 October 1981* Paris: OECD.
- Onsøien, O. G. (2022, 26.07.). Kjønnsgapet blant studiesøkere økte: Over 70 prosent kvinner som får studere medisin. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/jobb-og-utdanning-utdanning/kjonngapet-blant-studiesokere-okte-over-70-prosent-kvinner-som-far-studere-medisin/119152>
- Ordnett. (2023). heresy. Hentet 05.01.23 fra <https://www.ordnett.no/search?language=en&phrase=heresy>
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 1(1), 48-61. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/285003>
- PA Consulting Group. (2014). *Organisering av alarmmottak i Norge og utlandet. Kartlegginger og anbefalinger*. Oslo: PA Consulting Group.
- PA Consulting Group. (2016). *Organisering og dimensjonering av responsentertjeneste*. Oslo: PA Consulting group.
- Paulsen, K. B., Vekve, I.-A., Isaksen, J. & Skarli, J. Å. (2017). Trygg hjemme - Ansattes erfaringer med deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 3(2), 136-144. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-11>
- Pawlica, A. C. (2018). *Private hjem som utstillingsvindu og tildekket miskjent tvang? : om re-oppdragelse av psykisk lidende og påføring av samfunnets orden* (Doktoravhandling). Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Pedersen, T. H. (2013). Senterideen i samhandlingsreformen: Hjemlige og internasjonale inspirasjonskilder. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag.
- Pensjonistforbundet. (2011, 11.11.). [Høringsuttalelse] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. I. Oslo.
- Petersen, K. A. (1995a). Hvorfor Bourdieu? I K. Müller, Kusk, U. & Toxboe, M. (Red.), *Fokus på Sygeplejen* (s. 123-143). København: Mungsgaard.
- Petersen, K. A. (1995b). Kunst, praksisteori og videnskap. *FS NYT*, 13(1), 34-45.
- Petersen, K. A. (1998). *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed?: om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark* (ph.d.). Aarhus Universitet, Aarhus.

-
- Petersen, K. A. (2013). Viden, Teori I, For og Om sygepleje, sygeplejeforskning og videnskab i Danmark. I S. Hundborg & B. Lynggaard (Red.), *Sygeplejens fundament* (s. 769-783). Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.
- Petersen, K. A. (2021). Opkomst og afvikling af faget sygepleievitenskap ved Universitet i Bergen (1979-2019). *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*, 3. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3205>.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: hvad er det? : en diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. København: Forlaget Hexis.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2020). Det mandlige herredømme i middelhavskulturen ifølge Pierre Bourdieu. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*, 2, e3060. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v2i0.3060>
- Petersen, K. A. & Høyen, M. (2021). At arbejde teoretisk og refleksivt med empiri – set gennem et Bourdieu-perspektiv. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*, 3. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3371>
- Play-Tronic. (1984). Trygghetsvarsling for folk som bor alene i din kommune. *Kommunalt tidsskrift*, 71(9). Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2019022781067_001
- Pols, J. & Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *Alter - European Journal of Disability research, Revue européenne de recherche sur le handicap*, 3(2), 159-178. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2009.01.003>
- Praxeologi. (2021). Om Praxeologi. Hentet 05.10. 2021 fra <https://praxeologi.wordpress.com/>
- Prieur, A. (2002). Objektivisering og refleksivitet- om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I M. H. Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur (Red.), *Liv, fortelling og tekst. Streifetog i kvalitativ sosiologi* (s. 109-132). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Prieur, A. (2005). Forord. I P. Bourdieu (Red.), *Udkast til en praksisteori- indledt af Tre studier i kabylsk etnologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, A. (2006). En teori om praksis. I A. Prieur, C. Sestoft, K. Esmark & L. Rosenlund (Red.), *Pierre Bourdieu : en introduktion* (s. 23-69). København: Hans Reitzel forlag.
- Prieur, A. (2011). Bourdieus raseri: sosiologiens etiske og politiske projekt. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu- en introduktion* (s. 185-210). København: Hans Reitzels Forlag.
- Prop nr 90 L (2012-2013). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20122013/id719104/>
- Puaschitz, N., Fadnes Jacobsen, F., Iden Berge, L. & Sandgathe Husebø, B. (2023). Access to, use of, and experiences with social alarms in home-living people

- with dementia: results from the LIVE@Home.Path trial. *Frontiers in aging neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1167616>
- Roberts, C., Mort, M. & Milligan, C. (2012). Calling for Care: 'Disembodied' Work, Teleoperators and Older People Living at Home. *Sociology (Oxford)*, 46(3), 490-506. <https://doi.org/10.1177/0038038511422551>
- Romøren, T. I. (2005). Gamle mennesker i Norge. I R. Nord, Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (Red.), *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rovde, O. (2014). Lærarane. I J. Messel & R. Slagstad (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 346-380). Pax.
- Røed-Larsen, S. (Red.). (2015). *Fra alarmteknikk til samfunnssikkerhet*. Norsk Sikkerhetsforening 40 år 1975-2015 Norsk sikkerhetsforening. Hentet fra <https://docplayer.me/105297037-Fra-alarmteknikk-til-samfunnssikkerhet.html>
- Røhne, M., Svagård, I. & Holmesland, M. (2016). *Effekt av trygghetspakker. Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Lister regionene*. Hentet fra <https://www.sintef.no/en/publications/publication/?pubid=1446443>
- Saborowski, M. & Kollak, I. (2015). "How do you care for technology?" – Care professionals' experiences with assistive technology in care of the elderly. *Technological Forecasting & Social Change*, 93, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.05.006>
- Sandelowski, M. (2000). *Devices & desires : gender, technology, and American nursing*. Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina Press.
- Sandomir, R. (2019, 11.07.). Andrew Dibner, Medical Alert Pioneer, Is Dead at 93. *New York Times*, del A, s. 20. Hentet fra <https://www.nytimes.com/2019/07/11/science/andrew-dibner-dead.html>
- Scan Multitrading. (1992). Trygghetsalarm. *Kommunal Rapport*, 6(1). Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2018080781010_001
- Scanvest Ring Communications. (1988). Livets rett – en trygg tilværelse. *Hjelpepleieren*, 22(9), 37. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2022071180194_008
- Schiefloe, P. M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforl.
- Schiøtz, A. (2019). Omsorgens røtter – et historisk blikk. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 5, 1-16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-01>
- Securitas. (1984). Trygg i eget hjem. *Kommunalt tidsskrift*, 71(9). Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2019022781067_001
- Seip, A.-L. (1991). Velferdskommunen og velferdstrekanten- et tilbakeblikk. I A.-H. Nagel (Red.), *Velferdskommunen : kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater.
- Seip, A.-L. (1994a). *Sosialhjelpstaten blir til* Gyldendal forlag.
- Seip, A.-L. (1994b). *Veiene til velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal forlag.

-
- Sensio. (2022). Et lite skritt for deg, et gigantisk sprang for omsorgen. *Tidsskriftet sykepleien*, (3), 43. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2022070482006_001
- Senter for omsorgsforskning. (2019, 31.10). Om oss. Hentet 06.07. 2022
- Sestoft, C. (2006). Om Pierre Bourdieu og hans verk. I A. Prieur, Sestoft, C., Esmark, K. & Rosenlund, L. (Red.), *Pierre Bourdieu : en introduktion* (s. 9-22). København: Hans Reitzels Forlag.
- Sikt. (2022). Om Sikt. Hentet 11.12 2022 fra <https://sikt.no/om-sikt>
- SINTEF. (2022). SINTEF satser på velferdsteknologi. Hentet 06.07.22 fra <https://www.sintef.no/projectweb/velferdsteknologi/>
- Slagstad, R. (2014). Profesjonene i norsk samfunnsforskning. I J. Messel & R. Slagstad (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 13-45). Oslo: Pax.
- Slagstad, R. & Messel, J. (Red.). (2014). *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax forlag.
- Sortland, O. (2020). *Fordeling av gaver og oppgaver : en praxeologisk studie av hjelpe- og utvekslingspraksiser mellom eldre med hjelpebehov, familien og ansatte i kommunal eldreomsorg* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *St meld nr 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011081108221
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Telemedisin i Norge : status og veien videre : rapport fra arbeidsgruppe*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Sykehusavdelingen.
- Sosial- og helsedirektoratet, D. (2004). *Smarthusteknologi. Planlegging og drift i kommunale tjenester*. Oslo. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2463426>
- Sosialdepartementet. (1969). *Innstilling om institusjoner for eldre. Utredning og froslag fra Komitéen for eldreomsorgen*. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016051808172
- Sosialdepartementet. (1972-1973). *St. meld. nr. 104. (1972-73) Om hjemmesykepleievirksomhet*. Oslo: Sosialdepartementet. Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1972-73&paid=3&wid=f&psid=DIVL796&pgid=f_0373
- SSB. (2014, 01.01.2014). Tettsteders befolkning og areal. Hentet 27.05. 2023 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/bef tett/aar/2015-04-09?fane=om>
- SSB. (2019, 15.09.19). Likestilling Hentet 12.11. 2019 fra <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/likestilling>
- SSB. (2020, 27.02.). Sentralitetsindeksen. Hentet 31.05. 2023 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>
- SSB. (2021, 11.03.21). Helse- og sosialpersonell. Hentet 07.12 2021 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>

-
- SSB. (2023a, 25.01.23). Boforhold, registerbasert. Hentet 12.05.23 fra <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/bolig-og-boforhold/statistikk/boforhold-registerbasert>
- SSB. (2023b, 15.03.23). KOSTRA. Hentet 27.05. 2023 fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/statistikk/kostra-kommune-stat-rapportering>
- St. meld. nr. 7 (2008-2009). (2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Oslo: Nærings- og handelsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/>
- St. meld. nr. 22 (1975-1976). (1976). *Om de eldre i samfunnet*. Oslo: Sosialdepartementet. Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1975-76&paid=3&wid=c&psid=DIVL41&pgid=c_0062
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2015021808102
- St.meld nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening : framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Departementets serviceavdeling: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 41 (1987-88). (1988). *Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan*. Oslo: Departementets servicetjeneste: Sosialdepartementet.
- Stamsø, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring : om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). A historic shift: More elderly than children and teenagers. *NATIONAL POPULATION PROJECTIONS 2020-2100*. Hentet fra <https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/a-historic-shift-more-elderly-than-children-and-teenagers>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2018*. Hentet fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/419064?ts=171a1d0b1c8>
- Stensrud, I. T. (2020). *Retten i det digitale Norge : Senter for rettsinformatikk 1970-2020* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Steventon, A., Bardsley, M., Billings, J., Dixon, J., Doll, H., Beynon, M., ... Knapp, M. (2013). Effect of telecare on use of health and social care services: findings from the whole systems demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing*, 42(4), 501-508. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft008>
- Stirling, P. & Burgess, G. (2021). The promises and the reality of smart, digital telecare in England. *Housing, care and support*, 24(2), 65-79. <https://doi.org/10.1108/HCS-03-2021-0010>
- Stokke, R. (2016). The personal emergency response system as a technology innovation in primary health care services: An integrative review. *J Med Internet Res.*, 18(7). <https://doi.org/10.2196/jmir.5727>
- Stokke, R. (2018). *From "plug" to "play" : making established technology innovations work in caring services* (PhD dissertation in innovation in services)

- in the public and private sectors.). Inland Norway University of Applied Sciences.
- Stokke, T. A. (2021, 19.07.). Norsk Helse- og Sosialforbund. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Norsk_Helse-og_Sosialforbund
- Stortinget. (2022). Odeltingsproposisjon. Hentet 24.11. 2022 fra <https://www.stortinget.no/no/Stottemeny/Ordbok/?diid=MNO>
- Stortinget. (2023). Olav Gjærevoll (1916-1994). Hentet 06.01.23 fra https://www.stortinget.no/no/Representanter-og-komiteer/Representantene/Representant/?perid=OLG_E
- Strømberg, E. (1984). *Utdanningen i Televerket*. [Oslo]: Teledirektoratet.
- Sundby, J. (2019, 16.12.). Jan Boklöv. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Jan_Bokl%C3%B6v
- Sykepleien. (2014). Tema: Teknologi og helse. *Sykepleien*, (6), 20-27. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/1539027.pdf>
- Sykepleien. (2015). Hvem skal pleie oss om 20 år? *Sykepleien*, 7. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/sykepleien-72015>
- Sykepleien. (2020). #Alle skal hjem. *Sykepleien*, 1. Hentet fra <https://sykepleien.no/2020/02/sykepleien-12020-alle-skal-hjem>
- Sørvoll, J. (2011). *Norsk boligpolitikk i forandring 1970-2010*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Sørvoll, J., Martens, C. T. & Daatland, S. O. (2014). *Planer for et aldrende samfunn? : bolig og tjenester for eldre i kommunene* (NOVA-rapport). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Teigen, K. H. (2020, 07.01.). ubevissthet. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/ubevissthet>
- Teknologirådet. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi* Oslo: Teknologirådet. Hentet fra <https://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/105/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderdom-og-ny-teknologi.pdf>
- Telenor. (2018, 17.12.18). Telenor varsler nedleggelse av koplingspunkter. Hentet 21.03 2023 fra <https://www.telenorwholesale.no/2018/12/telenor-varsler-nedleggelse-av-koplingspunkter/>
- Thorsen, K. (2008). Betydningen av hjemmet i eldre år. I H. Alvsvåg, F. F. Jacobsen & S. Hauge (Red.), *Hjem, eldre og hjemlighet* (s. 177 s.). Cappelen akademisk forl.
- Thygesen, H. (2009). *Technology and good dementia care : a study of technology and ethics in everyday care practice*. PhD (PhD). University of Oslo.
- Thygesen, H. (2011). Fremtidens eldreomsorg: over/våking eller våking/over? *Ergoterapeuten*, 06(50), 13-16.
- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger II. Moser (Red.), *Velferdsteknologi. En ressursbok* (s. 25-44). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

-
- Trygghetsentralen. (1994). En trygghetsalarm gir økt trygghet for hele familien. *Handikapnytt*, 72(4), 40. Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digitidsskrift_2022072080050_004
- Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(3), 287-297. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-11>
- Tøndel, G. & Seibt, D. (2019). Governing the Elderly Body: Technocare Policy and Industrial Promises of Freedom. I M. Uli, S. Simon & S. David (Red.), *Digitalization in Industry : Between Domination and Emancipation* (s. 233-259). Cham: Palgrave Macmillan.
- Tøndel, G. & Søråa, R. A. (2021). Velferdsteknologi: Fra store forventninger til kommunale realiteter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 7(3), 1-7. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-10>
- Vabo, S. I. (2022, 08.12.). kommunereformen. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kommunereformen>
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd : hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo Oslo.
- Veggeland, N. (2013). Samhandlingsreformen- en bærekraftig reform? I *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre* (s. 81-110). Trondheim: Akademia forlag.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten : politikk, styring og tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Weihe, H. J. (2023, 18.01.23). hjelpemiddelsentral. I *Store norske leksikon*. Hentet 20.01.23 fra <https://sml.snl.no/hjelpemiddelsentral>
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu* (V. F. Andreassen, Overs.). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Woolham, J., Steils, N., Fisk, M. J. & Forsyth, K. (2017). *The UTOPIA Project: Using Telecare for Older People in Adult Social Care*. London: King's College London.
- Wærness, K. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, K. (1984). The Rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5(2), 185-211. <https://doi.org/doi:10.1177/0143831X8452003>
- Øgrim, T. & Otterdal, M. S. (2019). Stiller velferdsdiagnosen. *Stat & styring*, 29(2), 26-30. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2019-02-11>
- Ørjasæter, N.-O. & Kistorp, K. M. (2016). *Velferdsteknologi i Sentrum. En kartlegging av effekten*. Oslo: Intro International og Arkitektur og designhøgskolen i Oslo.
- Øyen, K. R., Sunde, O. S., Solheim, M., Moricz, S. & Ytrehus, S. (2018). Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and communication technology as a market good within Norwegian welfare services. *Inform Health Soc Care*, 43(3), 300-309. <https://doi.org/10.1080/17538157.2017.1297814>
- Aadnanes, P. (2007). Den uavhengige avhengige. Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. I T.-J. Ekeland & K.

-
- Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering : - reform eller retorikk?* (s. 223-245). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ågotnes, G., Moholt, J.-M. & Blix, B. (2021). From volunteer work to informal care by stealth: A “new voluntarism” in social democratic health and welfare services for older adults? *Ageing & Society*, 1-17.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X21001598>
- Aakvaag, G. C. (2008). Pierre Bourdieu: en konfliktteoretisk syntese. I G. C. Aakvaag (Red.), *Moderne sosiologisk teori* (s. 148-171). Abstrakt forlag.
- Aanesen, M., Lotherington, A. T. & Olsen, F. (2011). Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care. *Health Informatics Journal*, 17(3), 161-172.
<https://doi.org/10.1177/1460458211409716>

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell for innhenting av bakgrunnsopplysninger informant

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Tilbakemelding fra REK

Vedlegg 4: Informasjons- og samtykkeskriv ansatte

Vedlegg 5: Informasjons- og samtykkeskriv tjenestemottakere

Vedlegg 6: Observasjonsguide

Vedlegg 7: Tilbakemelding fra NSD, 2016

Vedlegg 8: Forlengelse av løyve til å behandle personopplysninger, 2020

Vedlegg 9a og 9b: Tabell med oversikt over bakgrunnsopplysninger om informanter i henholdsvis Case-kommune 1 og 2

Vedlegg 10: Analysetabell habituskonstruksjoner

Vedlegg 11: Analysetabell habituskonstruksjoner utfylt

Vedlegg 12: Analysetabell reklameannonser for velferdsteknologi

VEDLEGG 1: Tabell for innhenting av bakgrunnsopplysninger

Bakgrunnsopplysninger om informant i forbindelse med forskningsintervju

Navn:	
Alder:	
Kjønn:	
Sivilstatus og familie:	
Bolig/fritidsbolig:	
Fritidsaktiviteter/interesser:	
Stilling i kommunen/rolle i teknologiprojekt:	
Utdannings- og arbeidsbakgrunn:	
Faglige interesser:	
Annen viktig informasjon om deg?	

VEDLEGG 2: Intervjuguide

Introduksjon:

- Forskerens bakgrunn og studiens hensikt.
- Anonymisering og konfidensialitet.
- Temaer som vil bli gjennomgått.
- Lyddoptak, transkribering og sletting.

Informantens bakgrunn:

- Utdanning, yrkesbakgrunn, livshistorie (opprinnelse), familie, fritidsinteresser, nettverk.
- Tidligere arbeidsoppgaver sammenlignet med nåværende.
- Faglige interesser og hjertesaker

Tjenesteorganisering og praktikker.

- › Hvordan er hjemmetjenesten organisert?
- › Hvordan fordeles arbeids- og ansvarsoppgaver mellom ulike ansatte i hjemmetjenesten?
- › Hvordan foregår en typisk vakt, hva bruker du hvor mye tid på, beskriv...
- › Skiller organisasjonsmodellen deres seg fra andre hjemmetjenesteavdelinger?
- › Hvilke arbeidsoppgaver har du i dag?
- › Hva har du arbeidet med siste halvannet år?
- › Hva slags utstyr/teknikker bruker du i ditt daglige arbeid?
- › Hvem samarbeider du til daglig med i ditt arbeid?
- › Hvordan medvirker du i beslutninger som tas på arbeidsplassen?
- › Hvilke personer har arbeidsoppgaver knyttet til alarmene? Hvem har ansvar for hva?
- › Har du andre arbeidsoppgaver i dag sammenlignet med da du startet ditt arbeid i hjemmetjenesten?
- › Hva tror du vil være dine fremtidige arbeids- og ansvarsoppgaver?

Brukere av tjenesten

-Hvordan vil du beskrive brukerne av hjemmetjenesten som du har lært kjenne?

-Hvordan vil du karakterisere brukerne sammenlignet med brukere av hjemmetjenester andre steder i landet?

-Hvordan involveres pårørende i tjenesten? Har pårørendes rolle endret seg?

-Har det skjedd endringer i brukernes behov og krav i den tiden du har arbeidet i hjemmetjenesten? Hvis ja, hvordan har de ansatte forholdt seg til disse endringene?

Annet

-Er det annen informasjon om tjenesteorganisering eller omsorgsteknologi du mener er viktig å belyse?

Vår ref.nr.: 2016/1332

Vi viser til spørsmål om fremleggingsplikt for dette prosjektet.

Vi anser prosjektet om å dreie seg om organisering av helsetjenesten uten at der er noe formål om å få ny kunnskap om helse og sykdom.

Da faller prosjektet utenfor helseforskningsloven.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen er veiledende gjort med hjemmel i forvaltningslovenes § 11.

Med vennlig hilsen

Arne Salbu

rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978498

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vil du delta i forskningsprosjektet

”Velferdsteknologi i kommunen- om profesjonelle praksiser og organisering av hjemmetjenesten ved bruk av teknologi”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om velferdsteknologi i hjemmetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å undersøke hvordan velferdsteknologi virker inn på organisering av omsorgsarbeid i hjemmetjenesten. Studien vil kartlegge hvilke personer som involveres når velferdsteknologi tas i bruk, hvordan teknologien virker inn på arbeidet til ulike yrkesgrupper og de tjenester som ytes til brukerne. Måten kommunen organiserer mottak og respons på alarmer fra velferdsteknologi er et annet sentralt fokusområde. Studien er et doktorgradsprosjekt som vil utføres av doktorgradskandidat Yngvild Brandser i løpet av høsten 2018 og våren 2019.

Bruk av velferdsteknologi er ennå relativt lite utbredt i Norge og det finnes få studier som undersøker temaet, spesielt med henblikk på samarbeid, organisasjonsendringer og omsorgspraksiser. Deltakelse vil derav være verdifullt for videreutvikling av fagområdet. Studien vil ikke medføre vesentlige ulemper, med unntak av den tiden og tilretteleggingen du må ta i forbindelse med at forskeren følger deg i ditt arbeid. Forskeren vil gjøre sitt ytterste for å tilpasse seg din arbeidshverdag og rutiner.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Senter for omsorgsforskning, Vest ved Høgskolen på Vestlandet (HVL) og Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) ved Universitetet i Bergen (UiB) er ansvarlige for studien, i samarbeid med kommunen du arbeider i.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du har en av følgende stillingstitler: prosjektleder, leder, saksbehandler, tillitsvalgt, operatør på responscenter, ressurspsykepleier innen velferdsteknologi, sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagsarbeider, assistent eller annen ansatt tilknyttet prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse innebærer at forsker observerer ditt arbeid gjennom 1-2 vakter i løpet av en arbeidsuke og intervjuer deg en av dagene. For andre ansatte innebærer deltakelse at forskeren observerer arbeid som møteaktivitet, administrasjon ol., samt gjennomfører intervju. Hvis du samtykker til det vil intervjuet bli tatt opp på lydbånd, slik at forskeren kan få nedskrevet det som blir sagt. Det kan være aktuelt for forskeren å ta notater under observasjonen. Forskeren vil ikke delta i ditt arbeid eller på noen måte evaluere hva du gjør, men holde seg i bakgrunnen. Notater av relevante samtaler og situasjoner i ditt arbeid vil kunne brukes som eksempler i avhandlingen. Forskeren vil ikke observere sensitive situasjoner hos brukere som f.eks. morgenstell, dusj, toalettbesøk ol. eller gjengi taushetsbelagte opplysninger. Ansatte, brukere og evt. pårørendes opplevelser av hjemmetjenesten, erfaringer med velferdsteknologi og/eller responscenteret, er av interesse for forskeren. Du vil jevnlig bli spurt om de erfaringene du deler er opplysninger som kan publiseres i forskningen. Til intervjuet ønsker forskeren at du fyller ut et bakgrunnsskjema med opplysninger om bl.a. alder, bolig, sivilstand/familieliv, yrkes- og utdanningsbakgrunn, faglige interesser og fritidsinteresser. Denne informasjonen innhentes for å forstå mer om yrkesgruppers holdninger og handlinger i ulike situasjoner (f.eks. hvordan de ansatte forholder seg til innføring av ny velferdsteknologi).

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten konsekvenser og uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Ditt valg om deltakelse vil ikke ha noen innvirkning på ditt arbeidsforhold i hjemmetjenesten.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dersom beskrivelser av deg og dine erfaringer skal publiseres i studien brukes et pseudonym for å tilstrebe anonymitet. Navn på kommunen og fakta om området du arbeider (innbyggertall, næringsliv, bebyggelse, geografi ol.) vil publiseres. Ansatte som arbeider i hjemmetjenesten vil kunne gjenkjenne brukere og andre ansatte i det publiserte materialet. De ansatte har imidlertid taushetsplikt og vil ikke ha anledning til å opplyse noen om hvem som er med i studien.

Det er i utgangspunktet kun ansatte involvert i forskningsprosjektet som har adgang til opplysningene som innhentes, men det kan bli aktuelt å ansette en forskningsassistent til å transkribere (overføre lydopptak til tekst) intervjuene. Vedkommende vil måtte skrive under på en taushetserklæring. Datamaterialet lagres på en passordbeskyttet pc som oppbevares innelåst på forskerens kontor. Dersom det er behov for å skrive ned navnet ditt, vil forskeren erstatte dette med et pseudonym (fiktivt navn) som oppføres på en egen liste, adskilt fra øvrige opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.01.2021. Når prosjektet er avsluttet vil notater og lydopptak slettes og navnelister makuleres. De opplysninger du har delt med forskeren vil som nevnt kunne brukes som eksempler i doktorgradsavhandlingen.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Senter for omsorgsforskning, Vest ved Høgskolen på Vestlandet (HVL) og Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) ved Universitetet i Bergen (UiB), har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med doktorgradsstipendiat Yngvild Brandser per tlf:55585734/mob:46861688 eller epost: yeb@hvl.no eller hennes hovedveileder Karin Anna Petersen per tlf:55586160 eller epost: karin.petersen@uib.no. Advokat Halfdan Mellbye er personvernombud for HVL og kan kontaktes på denne mailadressen: personvernombud@hvl.no. UiB har oppnevnt NSD som sitt personvernombud for forskning. NSD kan kontaktes på epost personvernombudet@nsd.no eller telefon:55582117.

VEDLEGG 4 (forts.): Informasjons- og samtykkeskriv ansatte

Med vennlig hilsen

Yngvild Brandser og Karin Anna Petersen

(Prosjektansvarlige)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Velferdsteknologi i kommunen- om profesjonelle praksiser og organisering av hjemmetjenesten ved bruk av teknologi*", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjonsstudien
- å delta i individuelt intervju med bruk av lydopptak
- at opplysninger om meg innhentes og publiseres slik det er beskrevet i dette skrevet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, den 01.01.2021

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Velferdsteknologi i kommunen- om profesjonelle praksiser og organisering av hjemmetjenesten ved bruk av teknologi”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om velferdsteknologi i hjemmetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å undersøke hvordan velferdsteknologi virker inn på organisering av omsorgsarbeid i hjemmetjenesten. Studien vil kartlegge hvilke personer som involveres når velferdsteknologi tas i bruk, hvordan teknologien virker inn på arbeidet til ulike yrkesgrupper og de tjenester som ytes til brukerne. Måten kommunen organiserer mottak og respons på alarmer fra velferdsteknologi er et annet sentralt fokusområde. Studien er et doktorgradsprosjekt som vil utføres av doktorgradskandidat Yngvild Brandser i løpet av høsten 2018 og våren 2019.

Bruk av velferdsteknologi er ennå relativt lite utbredt i Norge og det finnes få studier som undersøker temaet, spesielt med henblikk på samarbeid, organisasjonsendringer og omsorgspraksiser. Studien vil ikke medføre vesentlige ulemper, med unntak av den tiden og tilretteleggingen du og de ansatte må ta i forbindelse med at forskeren følger med inn i hjemmet ditt. Forskeren vil gjøre sitt ytterste for å tilpasse seg de ansattes arbeidshverdag, slik at observasjonsstudiet ikke medfører ulemper i deres bistand til deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Senter for omsorgsforskning, Vest ved Høgskolen på Vestlandet (HVL) og Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) ved Universitetet i Bergen (UiB) er ansvarlige for studien, i samarbeid med kommunen du bor i.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Forskeren ønsker å følge ansatte i hjemmetjenesten i deres arbeid og trenger derav tillatelse fra deg til å besøke ditt hjem. Grunnen til at akkurat du blir spurt handler om at en eller flere av de ansatte som forskeren observerer har et oppdrag hos deg på sin arbeidsliste.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse innebærer at forskeren følger de ansatte i en lengre tidsperiode (alt fra noen dager til flere uker i strekk). Metoden kan hjelpe forskeren til å danne seg et helhetsbilde av organisasjonen, praksiser, teknologier og ulike yrkesgruppers arbeid. Forskeren vil ikke delta i de ansattes arbeid eller på noen måte evaluere hva de gjør, men holde seg i bakgrunnen. Notater av relevante samtaler og situasjoner vil kunne brukes som eksempler i avhandlingen, men forskeren vil ikke observere sensitive situasjoner som morgenstell, dusj, toalettbesøk ol. Person- og helseopplysninger om deg, som navn, kontaktopplysninger eller diagnoser vil ikke bli innhentet. Ansatte, brukere og evt. pårørendes opplevelser av hjemmetjenesten, erfaringer med velferdsteknologi og/eller responscenteret, er av stor interesse for forskeren. Du vil jevnlig bli spurt om de erfaringer du deler er opplysninger som kan publiseres i forskningen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Ditt valg om deltakelse vil ikke ha noen innvirkning på ditt tjenestetilbud eller forhold til hjemmetjenesten.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dersom beskrivelser av deg og dine erfaringer skal publiseres i studien, brukes et pseudonym for å tilstrebe anonymitet. Navn på kommunen og fakta om området du bor i (innbyggertall, næringsliv, bebyggelse, geografi ol.) vil publiseres. Ansatte som arbeider i hjemmetjenesten vil kunne gjenkjenne brukere ut ifra overnevnte opplysninger og situasjonsbeskrivelser. De ansatte har imidlertid taushetsplikt og vil ikke ha anledning til å opplyse noen om hvem som deltar. Det er kun doktorgradskandidaten og hennes veiledere som har adgang til opplysningene som innhentes. Datamaterialet lagres på en passordbeskyttet pc som oppbevares innelåst på forskerens kontor. Dersom det er behov for å skrive ned navnet ditt, vil forskeren erstatte dette med et pseudonym (fiktivt navn) som oppføres på en egen liste, adskilt fra øvrige opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.01.2021. Når prosjektet er avsluttet vil notater slettes og navnelister makuleres.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Senter for omsorgsforskning, Vest ved Høgskolen på Vestlandet (HVL) og Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) ved Universitetet i Bergen (UiB), har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med doktorgradsstipendiat Yngvild Brandser per tlf:55585734/mob:46861688 eller epost: yeb@hvl.no eller hennes hovedveileder Karin Anna Petersen per tlf:55586160 eller epost: karin.petersen@uib.no. Advokat Halfdan Mellbye er personvernombud for HVL og kan kontaktes på denne mailadressen: personvernombud@hvl.no. UiB har oppnevnt NSD som sitt personvernombud for forskning. NSD kan kontaktes på epost personvernombudet@nsd.no eller telefon:55582117.

Med vennlig hilsen

Yngvild Brandser og Karin Anna Petersen

(Prosjektansvarlige)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Velferdsteknologi i kommunen- om profesjonelle praksiser og organisering av hjemmetjenesten ved bruk av teknologi*", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjonsstudien
- at opplysninger om meg innhentes og publiseres slik det er beskrevet i dette skrevet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, den 01.01.2021

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Tjenesteorganisering og møtevirksomhet

- Organisering av kontorer og arbeidslokaler
- Hvilke arbeidsoppgaver og praktikker utføres i lokalene? (administrasjon, planlegging, dokumentasjon, faglige diskusjoner...?)
- Hva bruker de ansatte tid på? (registrer gjennom dagen)
- Hvordan fremmer de ansatte brukernes behov?
- Hvordan fordeles ulike arbeidsoppgaver mellom de ulike ansatte?
- Hvordan forholder de ulike yrkesgruppene seg til hverandre?
- Hvordan omtales brukere og arbeidsoppgaver?
- Hvilke faste møteaktiviteter foregår i lokalene?
- Hvilke uformelle møter/møteplasser finnes?
- Hvilke tema er de ansatte opptatt av?
- Hvilke rutiner finnes og hvordan kommer de frem i lokalene?
- I hvilke sammenhenger tas bruk av teknologi opp?
- Hvordan organiseres bruk av omsorgsteknologi som en del av tjenesten?

Observasjonsguide for hjemmet og aktiviteten der

- Hvordan forholder de ansatte seg til brukerne i deres hjem?
- Hvilke arbeidsoppgaver utføres i hjemmene?
- Hvordan er hjemmene innrettet etter de arbeidsoppgaver som utføres av hjemmesykepleien?
- Hvordan er hjemmet innrettet for bruk av teknologi?
- Hvordan kommuniserer brukerne med de ansatte ved hjelp av teknologi?
- Hvilke yrkesgrupper gjør hvilke arbeidsoppgaver?
- Hvilke yrkesgrupper er i hovedsak involvert i bruk av omsorgsteknologi?

VEDLEGG 6 (forts.): Observasjonsguide

-Hvilke arbeidsoppgaver er delegert til pårørende og hvordan virker dette inn på tjenesteorganiseringen?

Observasjonsguide for aktiviteter på responsenter

-Organisering av kontorer og arbeidslokaler

-Hvilke yrkesgrupper arbeider på responsenteret og hva er deres bakgrunn?

-Hvilke arbeidsoppgaver har de ansatte?

-Hvilke henvendelser får senteret fra brukerne av hjemmetjenesten?

-Hvordan kommuniserer senteret med brukerne?

-Hvordan brukes pasientjournalen i arbeidet?

-Hvordan delegeres arbeidsoppgaver og ansvaret for brukerne fra responsenteret?

-Hva baseres avgjørelsene på?

-Hvilke hovedutfordringer er til stede i de ulike fasene?

-Hvilke fordeler har et lokalt vs. eksternt mottak ift. kommunikasjon, utilsiktede alarmer, ressursutnyttelse?

Yngvild Eline Brandser
Senter for omsorgsforskning Vest Høgskolen i Bergen
Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Vår dato: 26.08.2016

Vår ref: 49266 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.07.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49266 *Telecare technologies in the context of Norwegian home care services: on roles, professional practices and distribution of care*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Yngvild Eline Brandser*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49266

UTVALG OG DATAINNSAMLING

Utvalget består av ansatte i hjemmetjenesten i to norske kommuner. De ansatte vil bli rekruttert ved at forsker holder informasjonsmøte om prosjektet og ansatte vil da enten bli spurt eller melde sin interesse for deltagelse. Datainnsamlingen skal foregå ved personlig intervju og deltagende observasjon. De ansatte skal observeres gjennom sin arbeidsdag, også når de er på hjemmebesøk hos brukerne.

I utgangspunktet var brukerne ansett som tredjepersoner i prosjektet. Personvernombudet anser brukerne også som en del av utvalget. Årsaken er at det kan bli relevant å stille disse spørsmål under observasjon. Det er avklart med forsker (jf. epostkorrespondanse 24.08.2016) at de deltagende ansatte skal formidle informasjon om studien, til brukerne, på et tidligere hjemmebesøk. Forsker vil bare observere på hjemmebesøk hvor bruker har samtykket til dette.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (ansatte) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Brukerne informeres skriftlig og muntlig om prosjektet. Informasjonsskrivet mottatt 24.08.2016 er godt utformet.

TAUSHETSPLIKT

Det er helsepersonell som er informanter i prosjektet. Disse har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om andre, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Personvernombudet tar høyde for at forsker kan få innsyn i sensitive personopplysninger om helseforhold om brukerne, ettersom forskeren skal observere dem i en situasjon hvor de kan være pleietrengende.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Høgskolen i Bergen sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger. Ettersom det skal behandles sensitive personopplysninger, er det viktig at dere krypterer opplysningene tilstrekkelig.

VEDLEGG 7 (forts.): Tilbakemeldinger fra NSD

PUBLISERING

I meldeskjemaet har dere krysset av for at dere skal publiseres indirekte personopplysninger i oppgaven. Dersom personopplysninger skal publiseres, må det innhentes et eksplisitt samtykke til dette. Vi kan imidlertid ikke finne informasjon om dette i informasjonsskrivet. Personvernombudet legger derfor til grunn at dette er feil, og har endret dette punktet til at dere skal publisere anonymt og at ingen informanter vil kunne gjenkjennes i publikasjonen.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet/informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 01.01.2020. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

VEDLEGG 8 : svar på søknad om forlengelse av behandling av personopplysninger**NSD** NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA**NSD sin vurdering****Prosjekttittel**

Alarmmottak som sentral utfordring og mulighet i et kommunalt omsorgsteknologiprojekt

Referansenummer

126716

Registrert

20.09.2019 av Yngvild Brandser Alvsåker - Yngvild.Brandser.Alvsaker@hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Yngvild Brandser Alvsåker, yeb@hvl.no, tlf: 46861688

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

01.01.2016 - 31.05.2022

Status

13.11.2019 - Vurdert

Vurdering (1)**13.11.2019 - Vurdert****BAKGRUNN**

Behandlingen av personopplysninger ble opprinnelig meldt inn til NSD 15.07.2016 (NSD sin ref: 49266) og vurdert under personopplysningsloven som var gjeldende på det tidspunktet.

Den 07.06.2019 meldte prosjektleder inn en endring av prosjektet (utvidelse av prosjektperioden fra 01.01.2021 til 31.05.2022).

Det er vår vurdering at behandlingen/hele prosjektet vil være i samsvar med den gjeldende personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 13.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet har innhentet samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet la opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det var en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige kategorier av personopplysninger er den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Lovlig grunnlag for behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte har motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Prosjektleder har oppgitt at det vil være uforholdsmessig vanskelig eller umulig å gi ny informasjon til de registrerte om utvidelse av prosjektperioden. Vi minner om at det kun skal behandles personopplysninger så lenge som er nødvendig for å oppnå formålet med prosjektet.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Agentens posisjon		Anna (kvinne, 30-40 år) assisterende prosjektleder i kommunens velferdsteknologiprojekt, spes.ergoterapeut	Lisa (kvinne 50-60 år) Prosjektgruppe medlem, spes.sykepleier	Katrin (kvinne, 40-50 år) Prosjektgruppe medlem, spes.sykepleier	Emma (kvinne, 40-50 år) Prosjektgruppede m, spes.sykepleier
Disposisjoner					
Kapitalform	Indikator:				
<i>Sosial kapital (privat og ervervsmessig)</i>	-Sivilstatus og nettverk -Profesjonelt nettverk og samarbeidsrelasjoner lokalt, nasjonalt og internasjonalt	<p>Privat: Gift, barn</p> <p>Profesjonelt: -Stort nettverk på det statlige og private norske velferdsteknologi-området slik som Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Leverandørutviklingsprogrammet, PA Consulting group (gevinstrealisering), Husbanken mfl.</p> <p>-Arrangør av konferanse og faglig arrangement med posisjoner fra lokalt og/eller statlig maktfelt tilstede.</p> <p>-Ettertraktet foredragsholder</p> <p>-Kontakter i akademia</p> <p>-Interkommunalt samarbeid (innovativt anskaffelse)</p>	<p>Privat: Gift, barn</p> <p>Profesjonelt: -Lite aktiv på statlige arenaer eller i direkte kontakt med private teknologilevera ndører. Lite direkte kontakt med lokal IKT-avd.</p> <p>-kjent fagperson for ansatte, tjenestemottakere og pårørende i lokal hjemmetjenesteavd.</p>	<p>Privat: Gift, barn</p> <p>Profesjonelt: -Lite aktiv på statlige arenaer eller i direkte kontakt med private teknologilevera ndører. Lite direkte kontakt med lokal IKT-avd.</p> <p>-kjent fagperson for ansatte, tjenestemottakere og pårørende i lokal hjemmetjenesteavd.</p> <p>-vært litt aktiv i lokalmedier og</p>	<p>Privat: Skilt, barn, kjæreste</p> <p>Profesjonelt: -Lite aktiv på statlige arenaer eller i direkte kontakt med private teknologileverandører. Lite direkte kontakt med lokal IKT-avd.</p> <p>-kjent fagperson for ansatte, tjenestemottakere og pårørende i lokal hjemmetjenesteavd.</p>

Kapitalvolum (økonomisk kapital):	++	+	+	-
<p>Feltsesifikk kulturell kapital som kan generere symbolsk kapital i fellet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formal kompetanse (utdanning, videreutdanning og kurs) -Realkompetanse (kunnskap og ferdigheter tilegnet gjennom utdanning, lønnet og ulønnet arbeid, organisasjonsarbeid eller fritidsaktiviteter) 	<p>-Formalkompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bachelor i sykepleie -Videreutdanning i geriatri -Videreutdanning i ledelse, helse og sosialadministrasjon -Videreutdanning kommunalledelse -Myndighetsinitiert videreutdanning planlegging av helse- og omsorgstjenester, med fokus på folkehelse. -Videreutdanning i velferdsteknologi <p>Realkompetanse:</p> <p>1980-tallet:</p> <p>Arbeid som sykepleier på Sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie</p> <p>1990-tallet:</p> <p>Ulike lederverv i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen, både sykehjem, hjemmetjenesten og integrerte tjenester</p> <p>-saksbehandling</p> <p>2000-tallet: enhetsleder hjemmetjenesten</p> <p>2010-tallet: ledelse og prosjektledelse, særlig</p>	<p>Formalkompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grunnfag i sosialantropologi -Bachelor i psykologi/neuroscience -Master i ergoterapi -Videreutdanning i velferdsteknologi <p>Realkompetanse:</p> <p>2000-tallet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Erfaring fra arbeid innen eldreomsorg og psykiatri som ufraglært/student -Spesial-ergoterapeut i psykisk helse og rus <p>2010-tallet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ergoterapeut i prosjekt om hverdags- rehabilitering i kommunen -Prosjektterapeut kommunens velferdsteknologi-prosjekt -teknisk kyndighet og beherskelse av teknisk språk - Var med å skrive rapport med akademisk institusjon om velferdsteknologiprojektet <p>-Fritidsinteresser:</p> <p>Familieliv Løping</p>	<p>Formalkompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bachelor i sykepleie - Videreutdanning i diabetes og velferdsteknologi <p>Realkompetanse:</p> <p>1980-tallet:</p> <p>Sykehus</p> <p>1990-tallet-d.d.</p> <p>Sykehjem Ambulans Hjemmesykepleie</p> <p>2010-tallet:</p> <p>Hjemmesykepleie Hjemmesykepleie prosjekt hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi</p> <p>Fritidsinteresser:</p> <p>Var med å skrive rapport</p>	<p>Formalkompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fagbrev omsorgsarbeider -Bachelor i sykepleie -Videreutdanning i velferdsteknologi <p>Realkompetanse:</p> <p>1990-tallet:</p> <p>Jobbet i militæret Sykehjem og enhet for utviklingshemmede først som ufaglært, deretter omsorgsarbeider</p> <p>2000-tallet:</p> <p>Hjemmesykepleien som sykepleier</p> <p>2010-tallet:</p> <p>Hjemmesykepleien som sykepleier og 20% innen velferdsteknologi</p> <p>Fritidsinteresser:</p> <p>Praktisk arbeid i og utenfor hjemmet.</p>

Kulturell kapital	-Fritidsinteresser	velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering. Var med å skrive rapporter med akademisk institusjon om velferdsteknologiprojektet i kommunen. -Fritidsinteresser: Familie Reising Hytte Presentere på konferanser	Friluftsliv Kjøkkenhage Faglige verv	Familie Håndarbeid Tur Dyrehold Reising Hjemmesalg av kosmetikk	med akademisk institusjon om velferdsteknologi giprojektet Fritidsinteresser: Familieliv Tur i fjellet Hagearbeid Håndarbeid	
Feltspesifikk kulturell kapital	++	++	++	+-	+-	+-
Kapitalvolum kulturell kapital: Posisjoneringer til saken (faglige interesser)	+-	-geriatrike pasienter og rehabilitering -samfunnsplanlegging og ledelse -velferdsteknologi -folkelyse og forebygging	+- -Velferdsteknologi -Hverdagsmestring/ Rehabilitering -Helsefremmende og forebyggende arbeid	- -Klimisk sykepleie -Jobbe med mennesker -Å være en ressurs -å videreutvikle meg og tjenesten -å få ting til -å løfte andre - Kommunikasjon og etisk refleksjon	-- -Palliasjon -Rehabilitering -Tilrettelegging for at brukere og familien skal kunne bære mest mulig uavhengig av hjelp fra andre - velferdsteknologi	-- -Eldre og teknologi, hvordan teknologi kan hjelpe eldre til å få en bedre hverdag -Velferdsteknologi
Habitusgruppe 1, 2, 3	1		2	2	2	2

Habitusgruppe 1: Økonomisk kapital ++

Feltspesifikk sosial kapital ++

Sosial kapital ++

Feltspesifikk kulturell kapital ++

Kulturell kapital +-

Habitusgruppe 2: Økonomisk kapital +-

Feltspesifikk sosial kapital+-

Sosial kapital +-

Feltspesifikk kulturell kapital ++

Kulturell kapital -

Habitusgruppe 3: Økonomisk kapital +-

Feltspesifikk sosial kapital--

Sosial kapital +-

Feltspesifikk kulturell kapital +-

Kulturell kapital -

<p>Agentens posisjon</p>	<p>Elise (kvinne, 50-60 år) Prosjektleder i kommunens velferdsteknologi prosjekt. Seniorrådgiver i helse- og omsorgsavdelingen i kommunen. Både sykehjem, fysio/ergo, tjenester til utviklingshemmede, rus og psykisk helse.</p>	<p>Dagny (kvinne, 30-40 år) Prosjektmedarbeider/rådgiver i kommunens velferdsteknologi prosjekt. Jobber også med tillitsreformen. Konsulent i helse- og omsorgsavdelingen i kommunen 100%. Både sykehjem, fysio/ergo, tjenester til utviklingshemmede, rus og psykisk helse.</p>	<p>Louise, kvinne 20-30 år Ressursperson innen velferdsteknologi i landlig hjemmesykepleiegruppe.</p>
<p>Kapitalform</p>	<p>Disposisjoner:</p>		
<p>Sosial kapital (privat og ervervsmessig)</p>	<p>Indikator -Sivilstatus og nettverk -Profesjonelt nettverk og samarbeidsrelasjoner lokalt, nasjonalt og internasjonalt</p>	<p>Privat: Gift, barn Profesjonelt: -Deltaker i innovativ offentlig anskaffelse, interkommunalt samarbeid -Deltager på konferanser om velferdsteknologi der agerende fra produksjonsfeltet (stat/næring) var til stede. -Dialog med teknologileverandør, teknikere og IKT-personell (kommunalt)</p>	<p>Privat: Enslig, ingen barn Profesjonelt: -Ressursykepleier for velferdsteknologi, ble 'headhunted'. Har også ansvar for kreftpasienter og palliasjon. -Deltar ikke på møter om VFT i nasjonal eller kommunal regi. -Kjennskap til prosjektgruppen og mulighet for å ta kontakt ved spørsmål. -Ingen dialog med teknologileverandører.</p>
<p>Kapitalvolum (sosial kapital):</p>	<p>++</p>	<p>+</p>	<p>+</p>

<p>Økonomisk kapital</p>	<p>-Bolit (selveiende eller leie, urban-rural) og sivilstatus</p> <p>-Stilling og gjennomsnittslønn (basert på SSBs lønnsstatistikker)</p>	<p>Gift. Selveiende rekkehus (urban).</p> <p>-Prosjektleder, 100 % fast stilling</p> <p>-Relativt høyt lønnstrinn som rådgiver/spesialrådgiver/adm. leder i staten/kommunene.</p> <p>f.eks. oppgir SSB at rådgivere innen sosial fagfelt har en gjennomsnittlig månedslønn på 47 890 norske kroner, mens ledere av eldreomsorg i snitt ligger på 65880</p> <p>++</p>	<p>Gift. Selveiende rekkehus (urban). Tilgang på fritidsbolig.</p> <p>-Prosjektmedarbeider i kommunens velferdsteknologiprojekt. Økende andel av stillingsprosent siste tiden.</p> <p>-Relativt høy lønn som spesialsykepleier og lang ansiennitet. SSBs stillingskode 2221 Spesialsykepleier ligger på 56490 i gj. snittlig månedslønn.</p> <p>+</p>	<p>-Ugift. Leier leilighet (rural).</p> <p>-Grunnutdanning i sykepleie</p> <p>-Relativt lav grunnlønn for sykepleiere med SSBs kode 2223 sykepleiere i kommunen med 51220 i gjennomsnittslønn for skatt.</p>
<p>Kapitalvolum (økonomisk kapital):</p> <p>Generell og feltspesifikk kulturell kapital som kan generere symbolsk kapital i feltet</p>	<p>-Formal kompetanse (utdanning, videreutdanning og kurs)</p> <p>-Realkompetanse (kunnskap og ferdigheter tilegnet gjennom utdanning, lønnet og ulønnet arbeid, organisasjonsarbeid eller fritidsaktiviteter)</p>	<p>-Formalkompetanse:</p> <p>-Bachelor i vernepleie</p> <p>-Videreutdanning i ledelse</p> <p>Realkompetanse:</p> <p>1980-tallet:</p> <p>Vernepleier</p> <p>1990-tallet og 2000-tallet:</p> <p>Ulike lederverv og tjenesteutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.</p>	<p>+</p> <p>Formalkompetanse:</p> <p>-Bachelor i sykepleie</p> <p>- Myndighetsinitiert videreutdanning planlegging av helse- og omsorgstjenester, med fokus på folkehelse.</p> <p>-Tar for tiden master i samfunnsplanlegging og ledelse.</p> <p>Realkompetanse:</p> <p>1990-tallet:</p> <p>Sommervikar som assistent i bofelleskap og sykehjem.</p>	<p>-+</p> <p>Formalkompetanse:</p> <p>-Bachelor i sykepleie</p> <p>-Holder på med videreutdanning i palliasjon.</p> <p>-Har tatt kurs initiert fra KS/NVP kalt Velferdsteknologiens ABC.</p> <p>Realkompetanse:</p> <p>2010-tallet:</p> <p>-Har arbeidet i hjemmetjenesten 10 år, 5 år som sykepleier.</p> <p>-Har hatt ansvar for noen utviklingsprosjekter.</p>

¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/11418/tableViewLayout/?loadedQueryId=10066123&timeType=top&timeValue=1>

	-Fritidsinteresser	<p>2010-tallet: Rådgiver og prosjektledelse</p> <p>-Fritidsinteresser: Familie Musikk Bøker Turgåing</p>	<p>2000-tallet: sykepleier i hjemmesykepleien, avdelingsleder i hjemmesykepleien</p> <p>2010-tallet: Konsulent, planlegging og omlegging av tjenester. Samhandlingsreformen, tillitsreformen, velferdsteknologi</p> <p>-Fritidsinteresser: Oppfølging av familien Trening Korps Studier</p>	<p>-Fritidsinteresser: Trening og tur i naturen.</p>
Feltsesifikk kulturell kapital	+-	+-	+-	-
Kapitalvolum (kulturell kapital):	-	-	-	-
Posisjoneringer til saken (faglige interesser)	-utviklingsarbeid innenfor tjenesteområdet helse- og omsorg -rehabilitering -bruker og pårørendearbeid -tjenesteutvikling	- Velferdsteknologi og mestringstankegangen -Kommunikasjon/ dialog -Organisering -Planlegging og utvikling	-Er interessert i kliniske tematikker slik som mer avanserte kliniske prosedyrer, særstell og oppfølging av akutsituasjoner. -Kreft og palliasjon -Har alltid vært interessert i at folk har best mulig hjelpemidler. -Liker å være organisert og ha det ryddig.	
Habitusgruppe 1, 2 3	2-3	2-3	2-3	3

VEDLEGG 10: Analysetabell kapitalvolum og kapitalstruktur

Indikator	Skala	Verdi	Kategorisering
Sosial kapital			
-Sivilstatus og personlig nettverk	0-3	0=enslig, ikke barn 1=gift/samboende, ikke barn 2=gift/samboende, barn	0=lav sosial kapital 1= middels sosial kapital 2=høy sosial kapital
-Profesjonelt nettverk	0-7	0=lite profesjonelt nettverk utover nærmeste kollegaer 1= lokale og regionale samarbeid slik som samarbeid med lokalpolitikere, interkommunale samarbeidsrelasjoner og samarbeid med IKT-avd (kommunalt) 2=eksterne samarbeidsrelasjoner slik som teknologileverandører (privat), akademisk institusjon 3=innpass i næringslivets fora/nettverk for velferdsteknologi og/eller innpass i nasjonale (statlige) og/eller internasjonale nettverk/fora for velferdsteknologi	0-1=lite profesjonelt nettverk 2=middels profesjonelt nettverk (lokale og regionale samarbeidsrelasjoner) 3=stort profesjonelt nettverk med høy symbolsk verdi
Totalt sosialt kapitalvolum			
Økonomisk kapital			
-Bolig (selveiende eller leie)	0-3	0=eier ikke egen bolig 1=selveiende leilighet 2= selveiende rekkehus/tomannsbolig 3=selveiende enebolig og/eller fritidsbolig	0=lite økonomisk kapital 1-2=middels økonomisk kapital 3=relativt høy

VEDLEGG 10 (forts.): Analysetabell kapitalvolum og kapitalstruktur

			økonomisk kapital
-Bor landleig eller sentrale strøk	0-1	0=landleig 1=sentralt	0=middels økonomisk kapital 1=relativt høy økonomisk kapital
-Eneforsørger eller samboende	0-1	0=eneforsørgende 1=samboende eller gift	0=lite økonomisk kapital 1-2=middels økonomisk kapital
-Gjennomsnittslønn (basert på SSBs lønnsstatistikker)	0-2	0=<300 000 NOK 1= 400 000-600 000 2= >600 000	0=lite økonomisk kapital 1=middels økonomisk kapital 2=relativt høy økonomisk kapital
-Interesse/erfaring med gevinstrealisering	0-2	0=gevinstrealisering gir ikke mening, kvalitet kan ikke telles og måles 1=gevinstrealisering kan være viktig for å indikere kvalitative og økonomiske effekter av velferdsteknologi 2=gevinstrealisering er helt essensielt og er dessuten et krav fra myndighetene	0=lite økonomisk interesse 1=middels økonomisk interesse 2=høy økonomisk interesse
-Søknad om/tildeling av eksterne finansiering av velferdsteknologiprosjekter	0-3	0=har ikke vært med på å søke om ekstern finansiering av velferdsteknologiprojektet 1=har vært med på noen søknader, men har ikke fått tildelt midler	0-1=lite økonomisk kyndighet 2=middels økonomisk kyndighet

VEDLEGG 10 (forts.): Analysetabell kapitalvolum og kapitalstruktur

		2= har vært med på noen søknader og fått noen tildelinger 3=har vært med på mange søknadsprosesser og fått flere tildelinger	3=relativt høy økonomisk kyndighet
-Bruk av skattefradragordninger slik som Skattefunn, FOU-prosjekt ol.	0-2	0=har ikke erfaring med slike støtteordninger 1=har noe erfaring med slike støtteordninger, eller er i oppstarten med slike ordninger 2=har erfaring med flere slike støtteordninger ved gjentatte anledninger	0=lite økonomisk kyndighet 1=middels økonomisk kyndighet 2=relativt høy økonomisk kyndighet
Totalt økonomisk kapitalvolum			
Kulturell kapital			
-Formalkompetanse (utdanning, videreutdanning og kurs)	0-5	0=grunnskole 1=videregående skole (studiespesialiserende/ yrkesutdanning) 2=Nettkurs, e-kurs, opplæringspakke om velferdsteknologi 3=Bachelorgrad 4=Videreutdanning 5=Mastergrad	0-2=lav kulturell kapital 3-4=middels kulturell kapital 5=høy kulturell kapital
-Realkompetanse (kunnskap og ferdigheter tilegnet gjennom utdanning, lønnet og ulønnet arbeid, organisasjonsarbeid eller fritidsaktiviteter)	0-2	0=kort arbeidserfaring og lite relevant erfaring 1=middels til lang og bred arbeidserfaring med relativt mye kunnskap om helseledelse, innovasjon, planarbeid, omstrukturering av tjenester, management og noe teknisk kyndighet både praktisk og språklig 2=lang og bred arbeidserfaring med mye kunnskap om helseledelse, innovasjon, planarbeid, omstrukturering av tjenester,	0=lav feltspesifikk kulturell kapital 1=lav feltspesifikk kulturell kapital 2=høy feltspesifikk kulturell kapital

VEDLEGG 10 (forts.): Analysetabell kapitalvolum og kapitalstruktur

		management og stor teknisk kyndighet både praktisk og språklig	
Faglige interesser (posisjoneringer): -Kliniske/brukernære/pleie- og omsorgsfaglige problemstillinger -Etliske problemstillinger -Innovasjon, management, effektivisering av tjenester -Teknologi -Mestring og folkehelse	0-3	0=mellommenneskelige relasjoner/omsorg/etikk 1=kliniske/brukernære problemstillinger 2=innovasjon og effektivisering av hjemmetjenestene 3=teknologiske løsninger for å løse fremtidens eldreomsorgsutfordringer og bidra til mestring og selvstendigjøring	0-1=lite feltspesifikk kulturell kapital i form av faginteresser 2=middels feltspesifikk kulturell kapital i form av faginteresser 3=høy feltspesifikk kulturell kapital i form av faginteresser
Fritidsinteresser: -Hushold og familieliv -Fritidsliv og trening -Studier/arbeid/formidling av kunnskap om velferdsteknologi/innovasjon	0-2	0=hushold og familieliv 1=friluftsliv og trening 2= studier/arbeid/formidling av kunnskap om velferdsteknologi/innovasjon på fritiden	0-1=generer noe feltspesifikk kulturell kapital 2= generer høy grad av feltspesifikk kulturell kapital
Totalt kulturelt kapitalvolum			
Kapitalvolum og struktur			
Totalt kapitalvolum (skår) Lavt: 14-19 Middels: 20-24 Høyt:25-30			
Kapitalstruktur (skår): Sosial kapital: Lav: 0-2= - Middels: 2-4=+- Høy: 5-6=+ Økonomisk kapital: Lav: 5-7= -			

VEDLEGG 10 (forts.): Analysetabell kapitalvolum og kapitalstruktur

Middels: 8-9= +/- Høy: 10-13=+	
Kulturell kapital: Lav: 7-8=- Middels: 9-10= +/- Høy: 11-12=+	

Vedlegg 11: grunnlag habituskonstruksjoner av "iverksetterne" i studiens case-kommuner

Indikator	Skala	Verdi	Kategorisering	Berit	Anna	Lisa	Katrin	Emma	Elise	Dagny	Louise
Sosial kapital -Sivilstatus og personlig nettverk	0-3	0=enslig, ikke barn 1=gift/samboende, ikke barn 2=gift/samboende, barn	0=lav sosial kapital 1=middels sosial kapital 2=høy sosial kapital	2	2	2	2	1	2	2	0
-Profesjonelt nettverk	0-7	0=lite profesjonelt nettverk utover nærmeste kollegaer 1= lokale og regionale samarbeid slik som samarbeid med lokalpolitikere, interkommunale samarbeidsrelasjoner og samarbeid med IK-T-avd (kommunalt) 2=eksterne samarbeidsrelasjoner slik som teknologileverandører (privat), akademisk institusjon 3=innpass i næringslivets fora/nettverk for velferdsteknologi og/eller innpass i nasjonale (stailige) og/eller internasjonale nettverk/fora for velferdsteknologi	0-1=lite profesjonelt nettverk 2=middels profesjonelt nettverk (lokale og regionale samarbeidsrelasjoner) 3=stort profesjonelt nettverk med høy symbolsk verdi	3	2-3	1	1	1	2	2	0
Totalt sosialt kapitalvolum				5	4-5	3	3	2	4	4	0

Vedlegg 11 (forts.): grunnlag habituskonstruksjoner av "i verksetterne" i studiens case-kommuner

		oppstarten med slike ordninger 2=har erfaring med flere slike støtteordninger ved gjentatte anledninger	1=middels økonomisk kyndighet 2=relativt høy økonomisk kyndighet	13	10-11	6-7	9-10	5-6	8-11	9-10	1
Totalt økonomisk kapitalvolum											
Kulturell kapital											
Formalkompetanse (utdanning, videreutdanning og kurs)	0-5	0=grunnskole 1=videregående skole (studiespesialiserende/ yrkesutdanning) 2=Nettkurs, e-kurs, opplæringspakke om velferdsteknologi 3=Bachelorgrad 4=Videreutdanning 5=Mastergrad	0-2=lav kulturell kapital 3-4=middels kulturell kapital 5=høy kulturell kapital	4-5	5	4	4	4	4	3-4	3-4
-Realkompetanse (kunnskap og ferdigheter tilegnet gjennom utdanning, lønnet og ulønnet arbeid, organisasjonsarbeid eller fritidsaktiviteter)	0-2	0=kort arbeidserfaring og lite relevant erfaring 1=middels til lang og bred arbeidserfaring med relativt mye kunnskap om helseledelse, innovasjon, planarbeid, omstrukturering av tjenester, management og noe teknisk kyndighet både praktisk og språklig 2=lang og bred arbeidserfaring med mye	0=lav feltspesifikk kulturell kapital 1=lav feltspesifikk kulturell kapital 2=høy feltspesifikk kulturell kapital	2	2	1-2	1-2	1-2	2	1-2	1

Vedlegg 11 (forts.): grunnlag habituskonstruksjoner av "iverksetterne" i studiens case-kommuner

Kapitalstruktur	lav	middels	høy	S=+ Ø=+ K=+	S=+- Ø=+ K=+-	S=- Ø=- K=-	S= +- Ø= +- K= +-	S=+- Ø=+- K=+-	S=- Ø=- K=-
Sosial kapital:	0-2=-	2-4=+-	5-6=+						
Økonomisk kapital:	1-7=-	8-9=+-	10-13=+						
Kulturell kapital:	6-8=-	9-10=+-	11-12=+						

Vedlegg nr. 12: analyse av reklameannonser for velferdsteknologi 1980-d.d.

Årstall	Primærkilde	Firma	Slagord/budskap	Bilde
1970-1979	X	X	X	X
1980-1989	Kommunalt tidsskrift. 1984 Vol. 71 Nr. 9, s. 24	Securitas	Trygg i eget hjem-trygghetsalarm for enslige, funksjonshemmede og eldre Sikkerhet Alarmering	Trygghetsalarm rundt halsen, hånd som trykker på knappen
	Kommunalt tidsskrift. 1984 Vol. 71 Nr. 9, s. 24	Play-Tronic	Analyse: firmaet retter seg trolig mot kommunalt ansatte når det reklameres for trygghetsalarmen under sloganet <i>«trygghetsvarsling for folk som bor alene i din kommune»</i> «Vi har montert trygghetsvarslings system i over 2000 leiligheter»	Eldre kvinne som sitter i seng og der alarmen henger synlig foran henne
	Byggenytt 1984 vol 29 nr. 8	Smarthussystemet Microtrol levert av Midat A/S	Det «intelligente» huset Analyse: Fremstilles som en luksusvare for den moderne bolig.	Et hus med mangfoldige sikkerhets og automatiserings-funksjoner, inkl. trygghetsalarm for eldre og uføre. En hånd som holder kontrollen med alle funksjonene.
	Hjelpepleiere 1988 Vol 22, nr 9	Ring Master Trygghetstelefon/system Scanvest ring Communications	Livets rett- en trygg tilværelse Ring Master Trygghetssystem i en nødsituasjon. Livskvalitet for eldre er ofte knyttet til om de kan bo hjemme. Dette setter trygghetsfølelsen på prøve og her kommer Ring	Bilde: Eldre kvinne med trygghetsalarm rundt halsen og hånd som trykker på alarmen.

Vedlegg nr. 12: analyse av reklameannonser for velferdsteknologi 1980-d.d.

			<p>Master trygghetstelefon inn som en problemløser.</p> <p>Analyse: publisert i Hjelpepleieren, noe mer brukernært i bildebruken selv om budskapet spiller på frykt vs. trygghet (som teknologien kan levere), som premiss for livskvalitet for den hjemmeboende eldre. For en NØDSITUASJON</p>	
1990-1999	Kommunal rapport 1990 vol 4 nr. 21	Alcatel Business systems	<p>Bare i 1990 er det over 30 kommuner som har sett fordelene med og investert i Trygghetstelefon fra Alcatel Business Systems.</p> <p>Analyse: Spiller på sikkerhetsaspektet, nød, frykt. Interessant hvor tidlig ideen om et nettverk av mulige respondenter som fremstilles som noe nytt og banebrytende på 2000 og 2010-tallet, egentlig har sin opprinnelse så langt tilbake.</p>	<p>Bilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Eldre kvinne som har falt i trappen -Selve trygghetstelefonen. -En illustrasjon som viser nettverket av mulige respondenter på varslene fra telefonen: Sentral på eldrebolig/bofelleskap, legevakt, nabo/slektning, utrykningsenhet, alarmsentral, patrulje i oppdrag.
	Kommunal rapport 1992 vol 6 nr. 1	Scan Multitrading	<p>Trygghetsalarm</p> <p>Er du redd for å sove med vinduet åpent, eller være hjemme alene? Ønsker du å gi vesketyven et «sjokk» så han</p>	<p>Bilde av innbruddstyv med kjøter og hånd med trygghetsalarm som vern mot inntrengeren, en rullestolbruker, alarm over døren, alarm ved vindu.</p>

Vedlegg nr. 12: analyse av reklameannonser for velferdsteknologi 1980-d.d.

			<p>kaster fra seg den stjålne vesken med en gang?</p> <p>Analyse: Spiller på frykt for eksterne farer i større grad enn interne (fallfare etc.)</p>	
	Handikapnytt 1994 Vol. 72 Nr. 4, s. 40	Trygghetsentralen Telegruppen (eies av Televerket)	<p>En trygghetsalarm gir økt trygghet for hele familien</p> <p>Det menneskelige aspektet på tross av teknologien, ikke alltid pårørende har tid til å følge opp</p>	Far og sønn som holder rund hverandre, smiler og møter blikket til hverandre.
2000-2009	Tidsskriftet Snø og Ski Nr. 2 2000	Falken trygghetsalarm	<p>Falken- trygghet for deg og familien</p> <p>Falken trygghetsalarm: Eldre eller funksjonshemmede kan kontakte Falken ved behov. Utrykning med helsefaglig personell.</p> <p>Analyse: Spiller på fortsatt på frykt og alt som kan skje av skader og ulykker i livet, men fokuset ligger på den tryggheten man kan skaffe seg ved hjelp av teknologi. Stereotype (kjønns)roller når det kommer til hvem som er hjelpetrengende og hvem som gir hjelp til hva.</p>	<p>Reklame for alle Falkens trygghetsprodukter, en totalleverandør av trygghetsløsninger for deg og familien: boligalarm, praktiske tjenester, trygghetsalarm, sikkerhetsprodukter, sykkelregister.</p> <p>Bilde av alle tjenestene: en vekterbil som rykker ut, en mannlig vekter i telefonene, en mannlig vekter på døren hjemme hos en kvinne (i nød) med et spedbarn på armen, en mannlig vekter som assisterer en mannlig sjåfør med motorstopp, en kvinnelig sykepleier/helsearbeider som svarer på trygghetsalarm i responscenter, en eldre kvinne med trygghetsalarm rundt håndledet som står ved komfyren.</p>

Vedlegg nr. 12: analyse av reklameannonser for velferdsteknologi 1980-d.d.

2010-2019	PC World Norge Nr. 6 2010	Emcon GSM-bordapparat med RF-modul	Kombinerte trygghetsalarm og GSM-telefon for eldre	Annonse på forsiden av magasinet. Retter seg mot sønner? Fokuserer på teknologien og innovasjonen i den, ingen bilder av mennesker eller andre «myke» verdier
2020-d.d	Tidsskriftet Sykepleien Nr. 3 2022	Sensio velferdsteknologi	Slagord: Et lite steg for deg, et gigantisk sprang for omsorgen	Helside i tidsskriftet Sykepleien. Bilde av kvinnelig sykepleier som har gjort en månelanding og et stort steg for menneskeheten. Analyse: nytt brudd. Reklamen henvender seg i større grad mot ansatte og at teknologien skal bidra til å løse omsorgskrisen. Fra promising-premise

Errata for
«Velferdsteknologi i norske hjemmetjenester»

«En praxeologisk studie om statlige visjoner i møte med markedskrefter og kommunale realiteter»

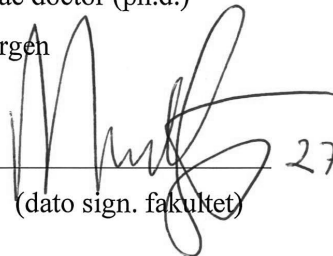
Yngvild Brandser Alvsåker



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

Yngvild B. Alvsåker, 23.11.23

(dato sign. kandidat)

 27.11.23

(dato sign. fakultet)

Errata

Side 10 Feil rekkefølge på ord: hendene hennes er ikke lenger «varme» rettes til «hendene hennes ikke lenger er «varme»»

Side 11 Manglende ord: «miljøer har engasjert seg» rettes til «miljøer som har engasjert seg»

Side 11 Stavefeil: «mulig hindringer» rettes til «mulige hindringer»

Side 14 Manglende kursiv og stor bokstav i boktittel: «den kritiske ettertanke» rettes til «*Den kritiske ettertanke*»

Side 27 Manglende kolon: Bourdieus nøkkelbegreper *felt*, *kapital* og *habitus* rettes til «Bourdieu's nøkkelbegreper: *felt*, *kapital* og *habitus*»

Side 28 Manglende kolon: slik som *strategier*, *posisjon*» endres til «slik som: *strategier*, *posisjon*»

Side 35 Feilplassert bokstav: «heterodox(Bourdieu & Wacquant, 1993)e» rettes til «heterodoxe (Bourdieu & Wacquant, 1993)»

Side 38 Manglende mellomrom: «ofte komfra» rettes til «ofte kom fra»

Side 43 Stavefeil: «(eldre)omsorgspoltikk» rettes til «(eldre)omsorgspolitikk»

Side 46 Feil tegnsetting: «Bourdieu:2000/2005» rettes til «Bourdieu, 2000/2005»

Side 85 Fjerne feilplassert parentestegn: «(PA Consulting Group), 2014, s. 25)» rettes til «(PA Consulting Group, 2014, s. 25)»

Side 97 Ord som mangler: «blitt godt kjent» rettes til «hadde blitt godt kjent med»

Side 98 Stavefeil: «digitalisers» rettes til «digitaliseres»

Side 102 Fjerne ord og sette inn manglende ord: «utvikler seg til gradvis mot» rettes til «utvikler diagnosen seg gradvis mot»

Side 110 grammatisk feil: «case-kommuner i studien» rettes til «case-kommunene i studien»

Side 111 Manglende ord: «indikatorer kapital» rettes til «indikatorer på kapital»

Side 120 Manglende ord: «mulig i mange tiårene» rettes til «mulig i mange av tiårene»

Side 166 Stavefeil: «kostander» rettes til «kostnader»

Side 175 Manglende mellomrom i referanse: «(NOU1973:26, s. 88-89)» rettes til «(NOU 1973:26, s. 88-89)»

Side 200 Feil ord: «Til den» rettes til «Til det»

Side 200 Skrivefeil: «Fransk-norsk» rettes til «fransk-norsk»

-
- Side 201 Fjerne feilplassert kursiv: «*Innovasjon i omsorg, der det*» rettes til «*Innovasjon i omsorg, der det*»
- Side 204 Manglende ord: «var veldig kontroversielt tema» erstattes med «var et veldig kontroversielt tema»
- Side 217 Fjerne feilplassert kursiv: «å kunne «*bidra til å*» rettes til «å kunne «*bidra til å*»
- Side 228 Manglende ord: «posisjonert som representerte» rettes til «posisjonert som å representere»
- Side 235 Manglende kursiv: «NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*» rettes til «NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*».
- Side 250 Feilplassert ord: «kan være sies å være» rettes til «kan sies å være»
- Side 255 Feilplassert ord: «de firmaet» rettes til «firmaet»
- Side 257 Skrivefeil: «mennesket fremskritt» rettes til «menneskets fremskritt»
- Side 259 Feilplassert parentes: («magiske») rettes til «magiske»
- Side 262 Setning ført inn to ganger: «Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i eldreomsorgen» rettes til «Bruk av velferdsteknologi bidrar til å frigjøre tid (personellressurser) som derav gir økonomiske innsparinger i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og eldreomsorgen»
- Side 265 Stavefeil: «høringsuttaler» rettes til «høringsuttalet»
- Side 268 Manglende ord: «hvordan det ha seg» rettes til «hvordan det kan ha seg»
- Side 285 Skrivefeil/grammatikk: «tjenestehierarkienes» rettes til «tjenestehierarkiene»
- Side 287 Stavefeil: «liveverdige tjenester» rettes til «likeverdige tjenester»
- Side 287 Fjerne feilplasserte ord: «som var der av en industriallianse» rettes til «som var en industriallianse»
- Side 295 Feil ord: «vitnet på en tro på tesene» rettes til «vitnet om en tro på tesene»
- Side 298 Fjerne komma, legge til punktum: «nytenkende, kommunen» rettes til «nytenkende. Kommunen»
- Side 299 Manglende ord: «forskningssamarbeid også gitt» rettes til «forskningssamarbeid hadde også gitt»
- Side 300 Skrivefeil: «det innovative anskaffelsen» rettes til «den innovative anskaffelsen»

Side 304 Skrivefeil: «de sensoren» rettes til «de sensorene»

Side 365 Skrivefeil: «begynne å samarbeid» rettes til «begynne å samarbeide»

Side 372 Feil tall: «mindre skuffet enn Case-kommune 2» rettes til «mindre skuffet enn Case-kommune 1»

Side 393 Skrivefeil: «tekniske feil om mangler» rettes til «tekniske feil og mangler»

Side 414 Manglende mellomrom: «densammenheng» rettes til «den sammenheng»

Side 429 Skrivefeil: «Bourdieu (1996) teser» rettes til «Bourdieu (1996) teser»

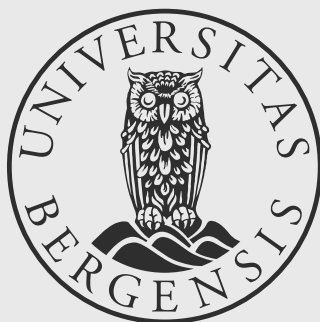
Side 437 Fjerne overflødig/feil ord: «Mathilde bestemte seg deg da» rettes til «Mathilde bestemte seg da»

Side 450 Fjerne overflødig/feil ord: «men ei heller ikke kritisk til bruken» rettes til «men ei heller kritisk til bruken»

Side 465 Fjerne overflødig/feil ord: «tilbydere av på» rettes til «tilbydere på»



Graphic design: Kommunikasjonsevidensen, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



uib.no

9788230852484 (print)

9788230868317 (PDF)