

*«Smarte hus, sensorer og teknologistøttet omsorg-  
en praxeologisk studie om det norske  
velferdsteknologiområdet»*



**Yngvild Eline Brandser**

**Masteroppgave**

**Masterprogram i helsefag- studieretning sykepleievitenskap**

**Institutt for global helse og samfunnsmedisin**

**Det medisinsk-odontologiske fakultet**

**Forskningsgruppen Praxeologi**

**Universitetet i Bergen**

**Vårsemesteret 2015**

## **Store spørsmål**

*De store spørsmål har ingen  
løsninger, har ingen svar  
Store spørsmål er ikke til  
for at vi skal besvare dem  
Men for at vi skal leve dem*

*De største gåtene forblir  
gåter. Og det er som gåter  
de lar oss forstå vår plass  
i verden, idet de ubønhørlig  
setter oss på plass i oss selv*

Stein Mehren,  
Anrop fra en mørk stjerne (2006)

## **Gamal diktar prøver seg som modernist**

*Han med fekk hug å prøva  
desse nye styltrone.  
Han har kome seg upp,  
og stig varsamt som ein stork.  
Underleg, so vidsynt han vart.  
Han kan endåtil telja sauene til grannen.*

Olav H. Hauge,  
Dropar i Austavind (1966)

## **Forord**

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lang og strevsom prosess. Samtidig har det vært en svært givende og lærerik periode i mitt liv, som jeg aldri ville vært foruten. Studiet har gitt meg nye perspektiver og andre verktøy å tenke med, der jeg har lært masse om både sykepleiefaget og meg selv.

Jeg vil rette en stor takk til forskningsgruppen Praxeologi og en spesielt stor takk til min engasjerte veileder professor Karin Anna Petersen, som alltid har vært tilgjengelig for mine spørsmål per mail, telefon, Skype eller gode samtaler over lunsj. Dine mange gjennomlesinger med røde bemerkninger har lært meg uendelig mye. Likeledes har medlemmene i forskningsgruppen kommet med gode innspill, der man kan finne spor av disse i flere av oppgavens diskusjoner. Herav vil jeg rette takk til professor emr. Staf Callewaert, som veiledet meg i forbindelse med auto-sosio-analysen og har ellers vært en viktig ressurs i forskningsgruppen under flere besøk i Bergen.

Forskningsgruppen har hatt stor betydning for min læring og inspirasjon til å studere mitt interessefelt; *teknologi og omsorg* ut ifra et praxeologisk perspektiv. Enkelte av forskningsgruppens medlemmer har også bidratt i finlesningen frem mot ferdigstillingen; takk til PhD stipendiat Anja Pawlica og tidligere masterstudent Elisabeth Kleppe, for svært nyttige kommentarer. Likeledes vil jeg rette en stor takk til min biveileder professor Frode F. Jacobsen ved Senter for omsorgsforskning vest, for grundig gjennomlesing og faglige kommentarer mot slutten av arbeidet.

En stor takk må også rettes til kommunen der jeg gjorde mine empiriske undersøkelser. Samarbeidet med prosjektgruppen var et lærerikt møte med kunnskapsrike og engasjerte mennesker. En spesiell takk må rettes til mine intervjuinformanter som satt av tid til å dele sine tanker og erfaringer om det kommunale velferdsteknologiprojektet. Uten dere hadde ikke denne masteroppgaven fremstått som den gjør i dag!

Til sist vil jeg rette takk til medstudenter på lesesal for sunn fornuft og hensiktsmessige avbrytelser. Likeledes har venner, min kjære samboer Aksel og min øvrige familie vært flinke til å minne meg på at det er andre viktige ting i livet utover skriving! Takk til lillesøster Oda for grundig korrekturlesing gjennom sene nattetimer! Kjære Aksel, fra nå er min tid, vår tid. Takk for din enorme tålmodighet gjennom dette prosjektet!

Yngvild Eline Brandser, Bergen 15.5.15

## Sammendrag

I denne masteroppgaven søker jeg gjennom en praxeologisk optikk; hvordan det kan ha seg at det i dag utprøves og implementeres velferdsteknologi (VT) i kommunale hjemmetjenester, forstått som en sosial praktikk. Eldre brukeres hjem ble ansett å være VT hovedsiktemål, der dette begrunnes på bakgrunn av demografiske endringer i samfunnet; på folkemunne omtalt som 'eldrebølgen'. En tese om at VT også kan sies å være et politisk veivalg i eldreomsorgen ble derimot tidlig presentert, på bakgrunn av uenighet i fagmiljøer på området.

Pierre Bourdieus metodiske framgangsmåter og teoretiske verktøykasse har hjulpet meg i min søken etter svar, der også historiske, kontekstuelle og strukturelle forhold har kommet til syne. Den praxeologiske optikk har vært med meg i både innhenting av mine data og i analysen av materialet.

Studien har undersøkt hvordan den overnevnte teknologiimplementering kan sies å virke strukturerende på helsepersonell, med spesielt henblikk på sykepleieprofesjonens praktikk og posisjon i hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester; forstått som et subfelt av det medisinske felt.

Studiens empiri er innhentet gjennom observasjon- og intervjuundersøkelser av ansatte i en norsk kommune der et utprøvnings- og implementeringsprosjekt av velferdsteknologi foregår. Historiske og dagsaktuelle kilder om velferdsteknologi forstått som posisjoners (stillingsinnehaveres) posisjoneringer (meninger i ord og handling) på bakgrunn av deres disposisjoner (økonomisk, kulturell og sosial kapital), er også innhentet. De agerende på velferdsteknologiområdet i Norge er deretter blitt konstruert og fremanalysert ved hjelp av Bourdieus felt- og praktikkteorier samt tilhørende begreper.

Studiens funn peker på at VT er et dagsaktuelt tema der mange ulike agerende er involvert og kjemper for sine interesser. Sykepleieprofesjonen fremstår som tvetydig i sine posisjoneringer, der historiens kamper i dette subfeltet, i tillegg til de øvrige helseprofesjoners kamper for sin plass i feltet, har kommet til syne. Her synes kampen å handle om hvorvidt teknologier bør implementeres og hvilken rolle de i så fall skal spille i hjemmetjenestene. Likeledes er agenter innen det politiske maktfelt samt interesser innen det økonomiske felt tilstede, der kampen her i større grad synes å handle om *hva* teknologiene skal brukes til, ikke *om* slik teknologi er noe det skal satses på i kommunesektoren fremover.

Nøkkelord: *Bourdieu, felt, praktikk, sykepleie, teknologi, det medisinske felt, velferdsteknologi, eldreomsorg.*

## Abstract

The research question in this master project is; how can it be that welfare technologies is currently being tested and implemented in municipal home care? The theoretical framework in the thesis is praxeology, which examines social practices. Older users' home was considered welfare technologies primary objective, where this is justified based on demographic changes in society; colloquially referred to as the 'elderly wave'. One of the main theses in the study questions whether welfare technologies can be regarded as a political crossroad in the elderly care, based on disagreement among scientists on site.

Pierre Bourdieu's methodological approach and 'theoretical tool kit' has helped me in my search for answers, where also historical, contextual and structural factors have emerged. The praxeologic perspective has been with me in the collecting of data, as well as in the analysis of the material.

In the study I have examined how the technology implementation can be said to have a structuring impact on health professionals, particularly with regard to nursing practice and nurses' position in this subfield. The positions disposition based positionings (in meanings and actions) regarding homecare/municipal home care; has been the study's empirical material. The empirical material was obtained through observational and interview studies of employees in a Norwegian municipality where a test and implementation project of welfare technology takes place. Historical and contemporary sources on welfare technology has also been obtained.

The study's findings display that welfare technologies is a field where many different agents are involved and fight for their interests. It becomes apparent that the nurses are ambiguous in their positionings, and historical struggles for positions with in the field has been identified as relevant. The health professionals seems to fight a battle over *whether* technology should be implemented, while other agents are more concerned about *how* this should be organized. In addition, there are struggles between the professionals and the political and economic fields. However, in the political and economic fields, the battle seems to be about *what* technologies should be used to, not *whether* such technology is something that will be a focus on the municipal sector in the future.

Keywords: *Bourdieu, field, practice, nursing, technology the medical field, welfare technology, elderly care.*

## Innhold

1.0	Introduksjon og presentasjon av forskningsspørsmålet .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og metodologi .....	3
1.2	Heterodokse tilnærminger til eldrebølgen.....	5
1.3	Heterodokse tilnærminger til teknologisatsning i eldreomsorgen .....	6
1.4	Presentasjon av forskningsspørsmålet.....	10
2.0	Studiens plassering i et teoretisk og metodologisk rom .....	11
2.1	Teoretiske verktøy som anvendes i studien.....	13
2.1.1	Det sosiale rom, felt og maktfelt .....	13
2.1.2	Habitus (disposisjon og kapital).....	15
2.1.3	Doksa .....	16
2.2	Forskning av relevans for studiens analyser .....	17
3.0	Fremgangsmåter og etiske hensyn i studien.....	22
3.1	Bakgrunnen for valg av anvendte fremgangsmåter.....	22
3.2	Bakgrunn for utvalg av kilder, informanter og empiriske fokus.....	24
3.3	Fremgangsmåter for de empiriske undersøkelser .....	27
3.3.1	Deltakende objektivisering .....	27
3.3.2	Intervju .....	28
3.4	Etiske overveielser og studiens gyldighet .....	30
4.0	Første del av analysen .....	33
4.1	Auto-sosio-analyse .....	33
4.1.1	Masterstudentens habituelle disposisjoner .....	34
4.1.2	Masterstudentens posisjon i det akademiske felt.....	39
4.1.3	Relasjonen mellom masterstudentens posisjon og objektet som studeres .....	40
4.2	Historiske analyser og sentrale diskusjoner .....	41
4.2.1	Hjemmebasert eldreomsorg og hjemmesykepleies genese .....	41
4.2.2	Dikotomien mellom omsorg og teknologi i sykepleie .....	56
4.3	Oppsummering av analysens del en.....	61
5.0	Andre del av analysen .....	62
5.1	Orienteringer i feltet nærmere den verdslige/økonomiske pol.....	62
5.1.1	De nasjonale helsepolitiske føringer .....	63
5.1.2	Sentrale agenter på VT-området i Norge .....	66
5.1.3	Interesseorganisasjoner for eldre.....	74
5.1.4	Legeprofesjonen og legeforeningen.....	75
5.2	Orienteringer i feltet nærmere den kulturelle pol.....	77

5.2.1	Sykepleieprofesjonen og sykepleieforbundet .....	77
5.2.2	Inkonsekvent begrepsbruk som uttrykk for orienteringer mot den kulturelle pol?.....	81
5.3	Oppsummering av analysens del to .....	84
6.0	Tredje del av analysen.....	86
6.1	Velferdsteknologiprojektet i kommunen .....	86
6.1.1	Det kommunale hjemmetjenesteområdets posisjon i det medisinske felt .....	87
6.2	Analyse av empiri fra den deltakende objektivisering.....	90
6.2.1	Presentasjon av prosjektets rammer og prosjektgruppens medlemmer.....	90
6.2.2	Deltakende objektivisering av prosjektgruppens arbeid .....	91
6.2.3	Oppsummerende refleksjoner fra den deltakende objektivisering.....	98
6.3	Analyse av intervju med agentene i prosjektgruppen .....	99
6.3.1	Prosjektleder Marens habitus .....	100
6.3.2	Sykepleier Kristins habitus.....	103
6.3.3	Ergoterapeut Helenes habitus.....	107
6.4	Analyse av intervju med agentene fra hjemmetjenesteavdelingen .....	111
6.4.1	Sykepleier Annes habitus.....	113
6.4.2	Omsorgsarbeider Karens habitus .....	117
6.5	Oppsummering av analysens del tre.....	121
7.0	Studiens konklusjoner .....	125
7.1	Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres VT i de kommunale PLO?.....	126
7.1.1	Hvor kommer implementering av VT, som sosial praksis ifra historisk?.....	127
7.1.2	Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praksis? .....	129
7.1.3	Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praksis og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester? .....	131
7.2	Avsluttende konklusjoner og refleksjoner .....	132
	REFERANSER:.....	133

## **Liste over forkortelser**

**FoU:** Forskning og utvikling.

**GPS:** Global Positioning System.

**HF:** Helseforetak.

**HOD:** Helse- og omsorgsdepartementet.

**IKT:** Informasjon- og kommunikasjonsteknologi.

**IT:** Informasjonsteknologi.

**IPLOS:** Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk.

**KS:** Kommunesektorens organisasjon.

**LEON:** Lavest effektive omsorgsnivå, fra 2012 omtalt som **BEON:** Beste effektive omsorgsnivå.

**NAV:** Ny arbeids- og velferdsforvaltning.

**NFR:** Norges forskningsråd.

**NHO:** Næringslivets hovedorganisasjon.

**NKS:** Norske kvinners sanitetsforening.

**NOU:** Norges offentlige utredninger.

**NOVA:** Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

**NPM:** New Public Management.

**NSD:** Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

**NSF:** Norsk sykepleierforbund.

**NVP:** Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

**PLO:** Pleie- og omsorgstjenester.

**REK:** Regional etisk komité.

**STS:** Science and technology studies.

**SSB:** Statistisk sentralbyrå.

**UiB:** Universitetet i Bergen.

**VT:** Velferdsteknologi.



## 1.0 Introduksjon og presentasjon av forskningsspørsmålet

Denne masteroppgavens tittel «*Smarte hus, sensorer og teknologistøttet omsorg- en praxeologisk studie om det norske velferdsteknologiområdet*» angir studiens tema, kontekst og vitenskapsteoretiske plassering. Termen praxeologi er hentet fra sosiologen Pierre Bourdieu og indikerer en vitenskapsteoretisk posisjon, der man er opptatt av å studere sosiale praktikker. Bourdieu skriver seg inn i den franske historiske epistemologiske tradisjon, der hverdagens forklaringer utgjør et grunnlag for å forstå og forklare, men ikke representerer forklaringen alene (Petersen & Callewaert, 2013:11-48). Den sosiale verden forstås som historisk og sosialt konstruert, der man må avdekke skjulte objektive strukturer i den for å kunne forklare den (Priour & Sestoft, 2006:216).

Jeg har i dette masterprosjektet forfulgt den praxeologiske optikk gjennom studier om teknologiimplementering blant hjemmeboende eldre, som en sosial praktikk. Bakgrunn for valg av tema knytter seg til en økende politisk satsning på teknologiske hjelpemidler i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (PLO), der sykepleiere og andre helsepersonell er blant de agerende som må forholde seg til denne utviklingen. Som sykepleier av yrkesbakgrunn og som masterstudent i sykepleievitenskap, ble det ansett som interessant å undersøke hvordan teknologiimplementering håndteres av sykepleieprofesjonen<sup>1</sup>, samt hvordan denne praksis kan sies å virke strukturere på sykepleiere og annet helsepersonells arbeid i hjemmetjenestefeltet. Denne vinklingen fremstod også som lite utforsket.

I helsepolitiske dokumenter fremgår det at innovasjon er nødvendig i helsetjenestene generelt og i kommunehelsetjenesten spesielt, på grunnlag av demografiske endringer i samfunnet, ofte omtalt som *eldrebølgen*. Disse endringene er ventet å medføre mer enn en fordobling i andelen eldre i befolkningen de nærmeste tiår, samtidig som det vil være færre yngre til å ta vare på den eldre generasjon (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2006; 2008; 2011; 2013; Helse- direktoratet, 2012). Dagens velferdsordninger er i den sammenheng ansett som for ressurskrevende, der flere reformer har blitt gjennomført. Samhandlingsreformen som ble iverksatt fra 2012 fremstår som sentral, der denne la vekt på forebyggende helsearbeid, brukervedvirkning og et større ansvar for rehabilitering av utskrevne sykehuspasienter i kommunene. Hjelpemidler

---

<sup>1</sup> *Profesjon* betyr faglært og knyttes ofte til yrker som krever monopol på sitt fagfelt. Legene har vært høyt plassert i profesjonshierarkiet, mens sykepleieprofesjonen har vært omtalt som en *semi-profesjon* som følge av å ha mindre autonomi og et snevrere kunnskapsgrunnlag (Schjøtz, 2003:125). Helseprofesjonene og deres praktikker foregår i helsevesenet, et område tilhørende i det medisinske felt (Larsen, 2009: 38; 43). Jeg regner hjemmesykepleie og øvrige kommunale hjemmetjenester som et subfelt av det medisinske, på bakgrunn av et felt kjennetegnes av en relativ autonomi og egenlogikk, der sykepleieprofesjonen ikke oppfyller disse krav, som følge av å bære det medisinske felts profesjonslogikk (Petersen & Callewaert, 2013: 219).

for å fremme eldres selvstendighet i egen bolig har derved i tråd med denne reformen og andre helsepolitiske føringer, i økende grad blitt et satsningsområde i Norge (Gramstad, 2014:3-6).

### **Begrepsavklaring**

Samlebegrepet *velferdsteknologi* (VT)<sup>2</sup> er mye anvendt om de overnevnte teknologiske hjelpemidler som nå satses på politisk. Samtidig brukes en rekke andre begreper til dels overlappende, f.eks. *omsorgsteknologi* (teknologier brukt i omsorgsøyemed) *e-helse* (IKT i helse- og omsorgssektoren), *telemedisin* (teknologier brukt i medisinsk behandling) og *smarthus* (teknologiske systemer som styrer elektroniske komponenter i boligen) (Grytli & Støa, 1998:198; Eknes, 2014:64; Helsedirektoratet, 2012:16;). I det engelske språk brukes begrepene *telehealth* og *telecare* for å kunne distingvere mellom teknologi brukt i behandlings- eller omsorgsøyemed. Omsorgsteknologibegrepet har imidlertid vokst frem som et alternativ i det norske språk, om elektroniske teknologier orientert mot pleie/omsorg. Likeledes er det mange som har kritisert VT-begrepet for å være for bredt, da tekniske hjelpemidler som briller og dostoler også innbefattes av dette begrepet (Eknes, 2014:64). VT-begrepet er derimot mest utbredt i de nasjonale helsepolitiske føringer, da omsorgsbegrepet ikke anbefales i et sentralt helsepolitisk dokument på området<sup>3</sup> (HOD, 2011:42).

På bakgrunn av å være det mest anvendte begrepet, og et begrep som omfatter alle typer elektroniske teknologier som brukes i pleie- og omsorgsøyemed, har jeg valgt å bruke VT-begrepet i denne masteroppgaven. Dette valget gjøres også på bakgrunn av at denne masteroppgavens anliggende ikke er knyttet til utforskning av en spesifikk teknologi, men derimot undersøker den sosiale praktikk teknologiimplementeringen representerer. Likeledes forstås ord som *omsorg* og *velferd* som byråkratiske termer, der jeg med utgangspunkt i den praxeologiske vitenskap vil forsøke å bryte med slike prekonstruerte kategorier. Noen faktuelle forhold om temaet, vil likevel redegjøres for som del av introduksjonen til temaet.

---

<sup>2</sup> HOD (2011:100-105) deler VT inn i fire hovedkategorier: 1. *Trygghets- og sikkerhetsteknologi* (eks. alarmer, sensorer, detektorer, eks. fallalarm, dørsensor, GPS-sporing), 2. *Kompensasjons- og velværeteknologi* (eks. ganghjelpemidler, heiser, omgivelseskontroll, sporingsteknologi), 3. *Teknologi for sosial kontakt* (eks. videokommunikasjon via pc/mobil, kommunikasjonsroboter; robotselen Paro/Selma), 4. *Teknologi for behandling og pleie* (eks. videokonsultasjon med helsepersonell, egenmonitorering av medisinske data; eks. KOLS-koffert).

<sup>3</sup>Redegjøres nærmere for i punkt 5.1.1

## **Bruk av velferdsteknologi i norske kommuner**

I 2012 omtalte Helsedirektoratet bruken av VT som relativt lite utbredt i Norge, der kun 50 % av kommunene oppga å ha tatt i bruk VT. Ved spørsmål om hvilke typer VT som var i bruk, kom det frem at dette i stor grad dreiet seg om trygghetsalarmer<sup>4</sup>, der disse ikke regnes som nye teknologier da dette er et hjelpemiddel som har vært brukt siden slutten av 1980-tallet i hjemme-tjenestene (Helsedirektoratet, 2012:29-30; Fjørtoft, 2006:18;154). I dag foreligger det politisk enighet om at teknologiske hjelpemidler skal satses på som en integrert del av hjemme-tjenestetilbudet innen 2020, der det ifølge Helsedirektoratet<sup>5</sup> er stadig flere kommuner tar i bruk VT-løsninger (HOD, 2011:9;25;118; Helsedirektoratet, 2014:2;29). Opprettelsen av et *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* (NVP) underlagt Helsedirektoratet fremstår i den sammenheng som sentralt, der kommunene som er inkludert i programmet får både faglig og økonomisk støtte i utprøvingen av VT i tjenestene (Helsedirektoratet, 2014:4). I dette masterstudiet har det blitt gjort empiriske undersøkelser av en kommune inkludert i NVP (redegjøres for i kapittel 3.0).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema og metodologi**

Det var da jeg hadde undervisning i omsorgsteori og omsorgsforskning<sup>6</sup> at jeg først ble introdusert til temaet VT, men det var gjennom kurset i praxeologisk teori og forskning, og deltakelse i forskningsgruppen Praxeologi at nysgjerrigheten min omkring temaet virkelig ble vekket. Spørsmål om hvordan VT kunne studeres og analysere med henblikk på dets materialisering, historisering og virkemåte vokste frem som en alternativ tilnærming, da mye av litteraturen på VT-området er av en mer normativ analytisk art. Jeg hadde derimot blitt inspirert til å spørre *hvordan*. Hvordan kan det ha seg at vi i dag utvikler teknologier for å bistå oss i omsorgen til eldre og pleietrengende? Under hvilke betingelser, til hvilken tid og av hvilke grunner vokste denne praktikken frem? Likeledes underet jeg meg over hvordan denne praktikken kunne sies å strukturere sykepleieprofesjonens virke og posisjon i hjemme-tjenestene.

I praxeologiske studier går man som nevnt videre fra spontane beskrivelser og forklaringer om temaet, ved å bryte med de byråkratiske termer og forklaringsmodeller om saken. Bruddet

---

<sup>4</sup> *Trygghetsalarm* er en teknologisk innretning som gir brukeren mulighet til å varsle mottageren ved behov for hjelp. Alarmene har til nå sendt signal til mottager via telefon, mens nyere versjoner er utbedret med flere varslingsfunksjoner, samt en overgang fra analogt (telefonbasert) til digitalt (nettbasert) alarmoverføring (Helsedirektoratet, 2014:7-8).

<sup>5</sup> *Helsedirektoratet* er underlagt HOD. Direktoratet forvalter og gjennomfører nasjonal helse- og sosialpolitikk og gir rådgiving til helseinstanser, myndigheter og befolkningen (Store norske leksikon, 2014a).

<sup>6</sup> Masterstudiet i helsefags fagspesifikke kurs i sykepleievitenskap med professor Eva Gjengedal, SYKVIT 305 på Institutt for global helse- og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen våren 2014.

gjøres ved hjelp av den teoretiske konstruksjon av objektet som fremanalyseres gjennom studiet, med henblikk på kunne beskrive og forklare hvordan og hvorfor praktikken materialiserer seg på en bestemt måte, i en bestemt tid og kontekst (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1991:13-19; Petersen, 1993:42).

Når man som forsker undersøker samfunnet og det sosiale, konfronteres man hele tiden med de gjeldende oppfattelser blant menneskene i den sosiale verden, til forskjell fra naturvitenskapens objekt som ikke har noen mening om seg selv. Sosiale studier av sykepleieprofesjonen knytter seg likeledes opp imot sykepleiernes selvforståelse, der f.eks. sykepleiepraktikk ofte defineres som *omsorg* av sentrale agenter<sup>7</sup>, mens sykepleiepraktikk praxeologisk kan konstrueres frem og defineres på andre måter når praktikken studeres i den sosiale verden. En konstruktivistisk orientering innebærer at man som forsker ikke lar seg styre av et predefinert objekt (Petersen, 1993:35-45), men da VT er det empiriske og byråkratiske objekt som studeres vil begrepet måtte brukes for å kunne utvikle en preliminær teori om praktikken.

Petersen (1993:39) bruker et eksempel om bønn for å belyse hvordan man kan bryte med predefinerte kategorier. Bønn forstås av den troende som å legge frem sine bekymringer eller takknemlighet til Gud, en forståelse lik den som fremstilles av presten (den byråkratiske institusjon), mens en forskers objektive fremstilling og preliminare teori om bønn kan være: *en oral religiøs rite*. I mitt studie kan den predefinerte kategorien VT likeledes omgjøres til en preliminær teori formulert som: *et politisk veivalg i eldreomsorgen, materialisert som en teknologiutprøving- og implementeringspraktikk i de kommunale PLO*. Når jeg bruker termen 'et politisk veivalg' utelukker jeg ikke andre strukturelle og sosiale forhold som avgjørende for denne praktikken, men tydeliggjør at det finnes andre forklaringsmodeller enn de predefinerte/byråkratiske eller det herskende *doksa*<sup>8</sup>.

Jeg vil i de påfølgende avsnitt redegjøre for relevansen av min preliminare teori ved å presentere noen alternative eller *heterodokse* (se fotnote 8) tilnærminger til teknologi og omsorg, hentet fra litteratur på området.<sup>9</sup> Denne innføringen gjøres også for å gi leseren innsikt i sentrale problemområder og diskusjoner («kamper i feltet») vedrørende temaet. Jeg omtaler

---

<sup>7</sup> Bourdieu brukte begrepet *agent* om de handlende i det sosiale rom (samfunnet). Bruken av dette begrepet var viktig for å understreke mennesket som et agerende (handlende) vesen, utover å være et rasjonelt vesen (en som tenker logisk). Handlende per praktisk sans og adekvat via kropp. Via den inkorporerte praktikk lært gjennom livets historie, gjennom våre subjektive disposisjoner og de objektive strukturer (Bourdieu, 1997:8; Petersen, 1995:126;137).

<sup>8</sup> Bourdieu brukte begrepet *doksa* om en felles konsensus eller noe som tas for gitt i den sosiale verden (Bourdieu, 1997, s.137). *Heterodoksa* omtales som kampen mellom avvikende opinioner og *ortodoksa* som kampen for å fastholde det som forstås som den rette opinion (Petersen & Callewaert, 2013:24).

<sup>9</sup> Med bruk av søkeordene eldrebølge og velferds/omsorgsteknologi i Oria (Universitetsbibliotekets søkemotor).

disse tilnærmingene som heterodokse på bakgrunn av at majoriteten av den norske litteraturen knytter seg til rapporter og helsepolitiske dokumenter, som i stor grad referer til erfaringer fra utenlandsk forskning om teknologiutprøving og- implementering. Ut ifra en praxeologisk optikk forstår jeg disse dokumenter som symbolsk bærende av et doksa, der VT presenteres med stor grad av optimisme og positive forventninger, mens jeg er mer opptatt av å *forstå* og *forklare* VT som en sosial praksis.

## 1.2 Heterodokse tilnærminger til eldrebølgen

Lege og helsetjenesteforsker Hans Otterstad viser gjennom et historisk tilbakeblikk på eldrebølgen at de demografiske endringer og den økte levealder også kan anskues på bakgrunn av en vellykket velferdsstat. Vellykketheten knyttes til at man i helsevesen de siste 150 år nettopp har arbeidet for å forlenge levealderen, der man i dag ser tydelige resultater i form av at flere oppnår høy levealder (Otterstad, 2013:58). Samtidig har andre forhold som utviklingen av norsk industri og oppbyggingen av velferdsstaten, forbedret folks levekår og levealder betydelig de siste 200 år (Jacobsen & Mekki, 2012:129). I den sammenheng er det fagmiljøer som er opptatt av at dagens eldre også er friskere og mer ressurssterke enn tidligere tiders eldre, ofte omtalt som den *tredje alder*<sup>10</sup>. Dette perspektivet fremgår også i nasjonale helsepolitiske føringer, der det f.eks. advares mot en sykeliggjøring av naturlig aldring, mens de eldres ressurser og muligheter for å delta i «fremtidssamfunnet» derimot bør vektlegges (se f.eks. HOD, 2011:22-29). Om vektleggingen av dette mer nyanserte bildet av eldre brukes legitimerende for reformarbeid og innovative tiltak i helse- og sosialpolitikken, kan imidlertid være et relevant spørsmål i denne sammenheng.

I en NOVA<sup>11</sup>-rapport om fremtidens omsorgsutfordringer under tittelen «*Bærekraftig omsorg?*», drøftes dagens fremtidsvisjoner for eldreomsorgen av forskere på velferdsområdet. Forholdet mellom statlig og familiært ansvar for de eldre fremstår som en sentralt dilemma i den sammenheng. Rapporten redegjør også for forhold knyttet til at eldre som gruppe vil kunne endres med tiden, og kunne ha andre forventninger til tjenestene, mens den store vektleggingen av alternative fordelinger av omsorgsansvaret for denne gruppen møter skepsis. Rapporten tydeliggjør f.eks. at det vil være vanskelig for familier og annen lokal frivillighet å ta et betydelig omsorgsansvar for eldre, når det er spådd færre yngre i befolkningen. Denne ansvars-

---

<sup>10</sup> Der man tradisjonelt har delt livsløpet inn i barndom, voksenliv og alderdom, regnes *den tredje alder* som en periode som funksjonsfrisk pensjonist, mens den fjerde alder representerer perioden med evt. aldersrelatert funksjonsnedsettelse. Begreper som *psykologisk* og *sosial* aldring er også relevante, der disse f.eks. drøfter individets tilpasninger og endrede rolleforventninger i forbindelse med aldring og kan regnes som et supplement til biologiske teorier om aldring (Halvorsen et al. 2013:191).

<sup>11</sup> NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Daatland & Veenstra, 2012:2).

forskyvningen vil likeledes kunne virke truende på likestillingen i samfunnet. Organisering av tjenestene og fordeling av arbeidskraft i statlig regi, er derimot områder som bør vies større oppmerksomhet ifølge rapporten (Daatland & Veenstra, 2012: 7-13;189).

I den sammenheng hevdes det at Norge er demografisk og økonomisk bedre stilt enn mange land i Europa, samtidig som vi har vært tidlig ute med utbygging av velferdsstatens omsorgstjenester. Dette vil medføre utfordringer knyttet til høye utgifter, der økt skattelegging kan være en måte å finansiere dette på. Opinionsundersøkelser har pekt i retning av en velvilje til økt skattelegging, om velferdsordningene slik vi har de i dag forblir (Gunnedal, 2010:56; Daatland & Veenstra, 2012; 12-13;189). Likeledes er det spådd en økonomisk vekst i Norge også i årene fremover, der enkelte eksperter i økonomi til og med hevder at velferdsstaten vil kunne bygges ytterligere ut. I motsatt ende finner man beslutningstakere, næringsliv og arbeidsgiverorganisasjoner, der en forklaring på dette kan være at disse i større grad vil være tjent med formidlingen av krise da det kan legitimere økonomiske innsparinger, effektivisering og innstramminger f.eks. på bemanningssiden i arbeidslivet (Gunnedal, 2010:55-56).

Andre forskere har pekt på at det fortsatt er relativt stor immigrasjon i Norge, der dette både kan bidra til å jevne ut befolkningssammensetningen og derved gi tilgang til flere mennesker til å ta vare på de eldre (Ellingsen, 2006:4). Import av arbeidskraft til helsevesenet fra utlandet er et av flere foreslåtte alternative løsninger på de demografiske utfordringene, sammen med økt familieomsorg, frivillighet og teknologiske hjelpemidler (Daatland & Veenstra, 2012:194). Samtidig er dette et omstridt tema og en til dels kontroversiell løsning på utfordringene, f.eks. på bakgrunn av integreringsspørsmål der forskning bl.a. har vist et større forbruk av trygdeytelser blant arbeidsinnvandrere (Røed, 2011:18).

Poenget med denne gjennomgangen har vært å vise at måten man velger å organisere eldreomsorgen på, også innebærer noen veivalg for samfunnet. Implementering av teknologi har til nå blitt posisjonert som et slikt veivalg, der jeg i det påfølgende avsnitt vil presentere noen heterodokse tilnærminger til teknologiimplementering som sosial praktikk.

### **1.3 Heterodokse tilnærminger til teknologisatsning i eldreomsorgen**

I forrige avsnitt ble organiseringen av tjenestene og fordelingen av ansvar mellom stat og familie, presentert som et sentralt dilemma i planleggingen av fremtidens omsorgstjenester. Likeledes anskues fordelingen av teknologisk utstyr som del av denne planleggingen, men forstås derimot ikke som det sentrale i møtet med fremtidens omsorgsutfordringer (Daatland & Veenstra, 2012:194). Denne posisjoneringen kan således forstås som heterodoks, på bakgrunn

av at det til nå hevdede doksa på VT-området i Norge, anser teknologi som svært betydningsfullt for fremtidens eldreomsorg. En annen utfordring ved dette doksa knytter seg til at kostnads- og nytteeffekt vedrørende VT synes å være uavklart. Fagmiljøer og andre samfunnsengasjerte har i den sammenheng påpekt at det foreligger lite forskning på dette området (Hofmann, 2010:8; Skaksen, 2014:1; Berridge et al. 2014:224). På den annen side er nok myndighetene dette bevisst, da forskning er noe det satses på f.eks. gjennom Norges forskningsråd (NFR) og statlige initiativ som f.eks. NVP (Gramstad, 2014:4; Helsedirektoratet, 2014).

Flere av de helsepolitiske dokumenter på området viser på den annen side til dokumentert samfunnsøkonomisk gevinst på bakgrunn av andre lands erfaringer (HOD, 2011:115; 2013:114). Her kan optimismen også synes å handle om at VT kan utgjøre et markeds-potensiale, der de kommunale PLO følgelig kan bidra til verdiskaping i næringslivet (Hofmann, 2010:8; HOD, 2013:114; Skaksen, 2014:1). Mer kritiske røster har derimot argumentert for at VT kan anskues som et samfunnsskapt behov i en vestlig kontekst, der eldre mennesker følgelig kan bli potensielle privatkunder i et nytt marked (Tjora, 2014:204). Selv om anskaffelser av VT i hovedsak skjer i regi av kommunene eller statlige initiativ, har kampanjer som retter ansvaret for de Eldres trygghet i alderdommen mot de eldre selv, blitt observert<sup>12</sup>. Dagens generasjon eldre har gjennom hele sitt voksne liv bidratt til velferdsstaten gjennom skatteseddelen, der denne modellen har bygget på garantier om ivaretagelse gjennom alle deler av livet (Halvorsen et al. 2013:13).

At dagens eldre kan støte på oppfordringer om å selv ta ansvar for egen alderdom gjennom f.eks. anskaffelser av VT, fremstår derved som paradoksalt. Samtidig vil jeg igjen presisere at dette er unntaket og ikke regelen, på tross av at enkelte typer VT er tilgjengelig i privatmarkedet. Utviklingen så langt tyder derimot på at VT i større grad drives frem av statlige initiativ, der kommunene søker å integrere dette som en del av sin ordinære drift. Likeledes er Helsedirektoratet (2014:4) gjennom NVP opptatt av å utarbeide standardiseringer for slike innkjøp, der dette etter mitt syn kan ses i sammenheng med den norske velferdsstatens prinsipper om universelle ytelser og tjenester<sup>13</sup>.

Velferdsstatens fremvekst etter andre verdenskrig førte til at det offentlige i stor grad overtok familieansvaret for folks velferd. Eldreomsorgen har vært og er derfor mindre familiært

---

<sup>12</sup> Holdningskampanjen «Ta ansvar for din egen alderdom», er en film om velferdsteknologiske løsninger, der en av Norges mest kjente komikere spiller hovedrollen. Initiativtakerne er Lister, et kommunesamarbeid på Sørlandet (Lister, 2015).

<sup>13</sup> Prinsippet om universelle ytelser og tjenester innebærer at disse gis til hele befolkningen uavhengig av personlig inntekt og formue, f.eks. helsetjenester, trygdeytelser og utdanning (Halvorsen et al. 2013:41-45).

orientert og privatisert, sammenlignet med andre europeiske land (Halvorsen et al. 2013:19;31). Bruk av spesialiserte institusjoner som sykehus er likeledes mindre utbredt i den norske eldreomsorgen, mens sykehjemsomsorg fremdeles er utbredt sammenlignet med våre skandinaviske naboland. Fordelingen mellom hjemmebasert og institusjonell omsorg har vært mye omdiskutert, der institusjonskritiske strømninger på 1960 og 1970-tallet også har virket formende på et ideal om hjemlig eldreomsorg<sup>14</sup> (Jacobsen & Mekki, 2012: 125-132). Fra 1980-tallet har det foregått en generell avinstitusjonalisering og andelen hjemmetjenestebrukere har økt. Likeledes er brukersammensettingen blitt mer variert der en økt andel brukere er under 67 år. Hjemmetjenester er altså ikke ensbetydende med eldreomsorg, slik det i større grad var tidligere i historien (Halvorsen et al. 2013:192; HOD, 2011:23).

Hjemmets som omsorgsarena har også vært problematisert som en institusjonalisering av den private sfære (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999:15-31), der teknologienes inntog i disse tjenestene fordrer liknende problemstillinger (Hofmann, 2010:30; Segar et al 2013:606-607). Samtidig har teknologier virket inn på våre liv og våre hjem i en lengre historisk periode, og gjort samfunnet slik vi kjenner det i dag mulig (Grytli & Støa, 1998:11-21). Hjemmet som omsorgsarena er heller ingen ny oppfinnelse, men knytter seg til familiære tradisjoner før fremveksten av den moderne medisin og et statlig ansvar for borgernes helsetjenester (Schiøtz, 2003:18; Halvorsen et al. 2013:192). Studier av teknologi berører både instrumentelle, historiske og sosiale aspekter, slik begrepet teknologi er sammensatt av *techne* som betyr kunst/dyktighet/håndverk og *logia* som betyr studiet/læren om (Kolbæk, 2013:113).

I moderne tid er det spesielt informasjons- og kommunikasjonsteknologier (IKT) som har forandret våre liv, eksempelvis med fjernsynet på 1950-tallet, mobiletelefonen på 1980-tallet og internett på 1990-tallet. Sykepleieprofesjonen har i likhet utviklet seg i takt med teknologiske fremskritt, der denne profesjonen har håndtert medisinsk-teknisk utstyr helt fra yrkets opprinnelse. Likeledes har sykepleiedokumentasjonen utviklet seg fra håndskrevne og muntlige beretninger, via pc til dagens bruk av smarttelefoner ol. i hjemmetjenestene (Sandelowski, 2000:1-25; Kolbæk, 2013:113-115). På tross av den lange teknologihistorien peker mye av litteraturen på at sykepleieprofesjonen har hatt et anstrengt forhold til teknologier. Sosiale studier av teknologi er derved opptatt av agentene og det sosiale rundt utstyret i større grad enn utstyret i seg selv, der teknologiene f.eks. kan representere symbolske forhold som status og prestisje (Sandelowski, 2000:1-25; Martinsen, 2003:96; Hofmann, 2010:26; Obstfelder &

---

<sup>14</sup> F.eks. «Asylums» av Goffmann (1961) og «Klinikkens fødsel» av Foucault (1973) (Jacobsen & Mekki, 2012:131).



Lotherington, 2014:310-312). Album & Westin (2007, referert i Hofmann, 2010:26) hevder at teknologi til enhver tid har gitt status og prestisje i helsevesenet, i likhet med at enkelte sykdommer har høyere prestisje enn andre. Et nærliggende spørsmål i den sammenheng er om den store optimisme og satsning på VT også kan knyttes til slike forhold?

På den annen side fremstår VT som et til dels omstridt tema i enkelte miljøer (deriblant helsefaglige), der jeg særlig knytter striden til det man på engelsk omtaler som «telecare», altså bruk av teknologi i omsorgsøyemed. Likeledes fremstår VT som et tema som involverer mange problemstillinger, interessenter og målforståelser, noe sivilingeniør, forsker og medisinfilosof Bjørn Hofmann (2010:31) er opptatt av. En diskursanalyse fra Storbritannia viser til slike motstridende interessenter innen VT-området, der ulike interessenter kan karakterisere teknologienes formål, verdi, evidens og utfordringer ulikt, avhengig av deres posisjon i feltet (Greenhalgh et al. 2012:1-5). Likeledes viser en litteraturgjennomgang med fokus på VT og innovasjon i Storbritannia, USA og til dels Skandinavia, at de eldre og deres omsorgsgiveres ønsker og behov i mindre grad er undersøkt i den foreliggende forskning. Fokuset synes derimot å dreie seg om teknologiutvikling og promotering i større grad enn statlig politikk, organisering og regulering av de omkringliggende tjenester (Berridge et al. 2014:213). Innen det norske VT-området er det likeledes ulike interessenter og agerende, som f.eks. de eldre (brukerne), de som organiserer omsorgstilbudet (kommunen og de helsefaglige), de som skal finansiere omsorgen (myndighetene) og industrien bak teknologien. Møter mellom disse kan føre til interessekonflikter, moralske problemstillinger og etiske utfordringer, på bakgrunn av at ulike rasjonalitetsformer møtes (Hofmann, 2010:18-20).

Hofmann (2002) peker på at slike motstridende interesser er noe av det som gjør det utfordrende å vurdere både muligheter og begrensinger ved teknologier rettet mot helse og omsorg. Teknologi har til enhver tid vært et symbol på modernitet og derav vært forbundet med noe nyskapende/forbedrende ved en gjeldende praksis. Dette kan trolig utgjøre deler av forklaringen på hvorfor nye teknologier innføres i helsevesenet, på tross av manglende dokumentasjon vedrørende nytteverdi (Hofmann, 2002:416). Samtidig er det nettopp det vanskelige møtet mellom natur og kultur som tradisjonelt har vært forklaringsmodellen på teknologiskepsis, altså klassiske og mye omtalte polariseringer mellom det vitenskapelige/teknologiske og det mellommenneskelige/humanistiske (Hofmann, 2010:17). Bourdieus måte å ordlegge dette på knytter seg til at et felt alltid består av kamper mellom posisjoner med motstridende interesser (Bourdieu & Wacquant, 1996:84). Implementering av VT innebærer f.eks. forventninger om

økt velferd og forbedret omsorg, presentert gjennom en rekke moralske målsettinger som trygghet, livskvalitet og selvstendighet (Homann, 2010:22-23). Oppsummert blir følgende etiske utfordringer med VT utpekt og drøftet i Hofmanns (2010) rapport på bestilling fra HOD:

Teknologi som potensiell erstatning for menneskelig kontakt er mye problematisert opp i gjennom historien (Hofmann, 2010:16). Dette vil av enkelte hevdes å være spesielt relevant vedrørende eldre mennesker, da man vet at denne gruppen kan være utsatt for ensomhet, der f.eks. 28% av brukerne av hjemmetjenester i en undersøkelse fra 2003 oppga at de var ensomme (Helsedirektoratet, 2012:28). Teknologier for sosial kontakt og sansestimuli har følgelig blitt lansert som «løsning» på denne utfordringen, men da teknologi i større grad enn mennesker er forbundet med det instrumentelle og produktive, reiser dette spørsmål til hvorvidt VT kan bidra til å endre vårt syn på hva velferd er eller bør være. Dette forsterkes ytterligere av målsettinger om kostnadsbesparelser ved implementering av teknologi, der spørsmål om VT knytter seg til pasientens beste eller en lettvent problemløsning, er sentrale. Da det er vanskelig å måle eventuelle tids- og kostnadsbesparelser, kan også pårørende og helsepersonell stå i fare for å bli pålagt skjulte byrder ved teknologien. Sist, men ikke minst knyttes f.eks. hjemmemonitorering, springsteknologi og alarmer til etiske dilemma vedrørende overvåkning, selvbestemmelsesrett og personvern (Hofmann, 2010:8-31).

#### **1.4 Presentasjon av forskningsspørsmålet**

Forskningen- og faglitteraturen i de to foregående avsnitt er gjennomgått for å underbygge relevansen av min preliminnære teori, som representerer et brudd med *doksa* eller en *heterodoksisk* tilnærming til temaet. Gjennomgangen har pekt på at forskere og fagmiljøer forholder seg ulikt til eldrebølgen og dets utfordringer og løsninger. Hvordan man forstår og velger å håndtere eldrebølgen kan derved anskues som et politisk veivalg, der måten man velger å organisere omsorgen på også avhenger av hvem som har makt og innflytelse i samfunnet (Gunnedal, 2010:55; Daatland & Veenstra, 2012:195). En praxeologisk utforskning vil som følge av å være opptatt av de relasjonelle forhold, komme inn på fordelingen av makt som vesentlig vedrørende ethvert objekt som studeres. Objektet ses i sammenheng med de institusjonelle og samfunnsmessige rammer, som virker inn på den interne og eksterne makt og kontroll (Petersen & Callewaert, 2013:40).

Hvorvidt VT er et behov skapt av de eldre eller andre, berører etter mitt syn slike spørsmål om beslutnings- og definisjonsmakt. Fra et praxeologisk perspektiv undersøkes dette ut ifra agentene og institusjonenes posisjon og grad av dominans i det sosiale rom. I den sammenheng

og som ledd i bruddtenkningen, vil det derved være nyttig å utforske de sosiale betingelser historisk, altså hva som muliggjorde praktikken i å oppstå (Petersen, 1993:38). Historisering om eldreomsorgen i Norge og sykepleieprofesjonens posisjon på dette området, har derfor en sentral plass i denne masteroppgaven. Historiseringen undersøker de forhold som har strukturert utviklingen mot idealet om en hjemlig eldreomsorg. I den sammenheng fremstår hjemmesykepleie som en sentral posisjon i feltet, ettersom denne yrkesgruppen har hatt ansvaret for den hjemlige omsorg over en lengre historisk periode. Når VT implementeres i de kommunale hjemmetjenester kan dette derved undersøkes relasjonelt; som kamper i et sosialt rom (felt), der sykepleieprofesjonen er blant agentene som posisjonerer seg på VT-området og kjemper sine kamper av sine grunner.

**Det overordnede forskningsspørsmål ble formulert som følger:**

*Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres velferdsteknologi i de kommunale pleie- og omsorgstjenester?*

**Underspørsmålene ble ut ifra en praxeologisk metodologi formulert som følger:**

1. *Hvor kommer implementering av VT som sosial praktikk ifra historisk?*
2. *Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praktikk?*
3. *Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praktikk og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester?*

## **2.0 Studiens plassering i et teoretisk og metodologisk rom**

Praxeologi som vitenskap og Pierre Bourdieus teorier og begrepssett, har formet måten jeg har arbeidet med det valgte temaet og studiets forskningsspørsmål. Praxeologiens hensikt er å beskrive og forklare det relasjonelle som foregår i feltet, der agentenes bakgrunn og erfaringer anses som betydningsfulle for å kunne konstruere frem en teori om deres praktikk. Ambisjonen er en vitenskap *om* sosiale praktikker, ikke først og fremst handlingsanvisninger *for* praksis (Petersen & Callewaert, 2013:11). Praktikkteorien og de tilhørende begreper som *felt*, *habitus* og *kapital*, ses på som et perspektiv å tenke med eller en teoretisk verktøykasse å arbeide med. I et studie inntar man en bestemt posisjon og befinner seg i et teoretisk rom, der dette former ens arbeid både teoretisk, metodologisk og analytisk (Engström, 2012:47).

Likeledes er min egen livshistorie på bakgrunn av denne vitenskapsteoretiske plassering, viet relativt stor plass gjennom auto-sosio-analysen. Denne vektleggingen er i tråd med Bourdieus anvisninger om refleksivitet, der han var spesielt opptatt av den dobbeltheten forskeren kan møte som følge av å selv være en del av den sosiale verden. Som masterstudent og sykepleier

plasserer jeg meg i feltet på en bestemt måte, der jeg posisjonerer meg som jeg gjør av bestemte grunner. Hva og hvordan vi formes av vår posisjon i samfunnet vil kunne gi innsikt om de sosiale betingelser bak ens undersøkelse, og derved kunne minske studiens grad av bias (Priour, 2002:109-111;114). Håndverket sosiologi i Bourdieus mening handler om å bryte med både egne og offisielle antagelser om objektet som studeres, omtalt som *det dobbelte brudd*. Bruddet handler ikke om å fjerne seg fra predefinerte kategorier og egen førforståelse, men heller å bli dem bevisst for å kunne øke ens forståelse (Hansen & Hammerslev 2009:16-17). Forforståelsen brukes derimot aktivt i forsøket på å innfange måten det snakkes om praktikken på i den sosiale kontekst, både hos agentene selv, i byråkratiet, men også slik man umiddelbart og spontant forstår det som er på spill (Petersen & Callewaert, 2013:69).

Bourdieu anvisninger handler om et møte mellom de subjektivistiske og objektivistiske alternativer, av han selv omtalt som refleksiv sosiologi eller praxeologisk vitenskap (Petersen & Callewaert, 2013:11-12;87). Bourdieu pekte på at refleksivitet er spesielt utfordrende i samfunnsvitenskapene, der skillet mellom hverdagsforståelsen og den vitenskapelige diskurs er mindre tydelig, på bakgrunn av at man studerer mennesker og det sosiale. Man hankses med «et snakkende objekt», men ifølge Bourdieu og kollegaer snakker ikke fakta til deg, de må *konstrueres* frem (Bourdieu, et al. 1991:13-37). *Historiseringen*<sup>15</sup> og konstruksjonen av objektets *genese*<sup>16</sup> vies derfor mye plass i denne studien, da historien for Bourdieu var et sentralt verktøy for å kunne utføre det dobbelte brudd. En innføring i feltets genese og struktur vil også være viktig for å kunne bryte med doksa, dvs. den herskende mening om saken (Hansen & Hammerslev, 2009:22-23; Larsen, 2009:43).

Det at jeg har latt meg inspirere av Bourdieus teorier og begrepssett vedrørende sosiale praktikker i en feltoptikk<sup>17</sup>, er ikke tilfeldig, men handler om min tilknytning til forskningsgruppen Praxeologi og veiledning av professor Karin Anna Petersen. Petersen har selv gjort studier inspirert av Bourdieu om sykepleie, pedagogikk og det medisinske felt, der hun og forskningsgruppens epistemologiske utgangspunkt har ført meg i en bestemt retning. I dette miljøet har jeg lært om den franske historisk-epistemologiske tradisjon, som Bourdieu skriver seg inn i. I denne tradisjon er ikke forskningsobjektets spontane erfaringer forklaringen på ens spørsmål, men den objektive virkelighet som ikke umiddelbart er tilgjengelig for oss må konstrueres frem (Petersen & Callewaert, 2013:42-48; Bourdieu, et al. 1991:15-16).

---

<sup>15</sup> Historisering innebærer å arbeide ut fra et perspektiv der praktikken som studeres anskues som leiret i en materialitet, med en historie i en sosial kontekst (Hansen & Hammerslev, 2009:22).

<sup>16</sup> Opprinnelse, tilblivelse, skapelse (Store norske leksikon, 2014b)

<sup>17</sup> Teoriene og begrepene vil redegjøres nærmere for i punkt 2.1

Ambisjonen er å kunne fremskrive og forklare den sosiale praktikks materialisering (f.eks. bruken av VT i hjemmet hos eldre i Norge). Man sier ofte at teorien er metoden i denne vitenskap, noe som knytter seg til at refleksiviteten var med Bourdieu i både hans empiriske arbeider, så vel som de konstruerte teorier og drøftelser av epistemologiske spørsmål. Det er en sammenheng mellom Bourdieus ontologiske og epistemologiske antagelser, der måten han betraktet det sosiale liv gjenspeiles i hans vitenskapelige fremgangsmåter (Prieur, 2002:109).

Jeg vil i det påfølgende avsnitt redegjøre grundig for Bourdieus teoretiske begrepssett, som jeg vil bruke både i det empiriske arbeid og i analysen av materialet som herav fremkommer.

## **2.1 Teoretiske verktøy som anvendes i studien**

Bourdieu's praxeologiske vitenskap er brukt som en teoretisk verktøykasse for å lage orden i all den informasjonen som fremkommer i empiriske undersøkelser (Petersen, 1995:128). Et felt er et relativt autonomt sosialt mikrokosmos, der en bestemt type praksis foregår (Prieur & Sestoft, 2006:158). Feltet står i relasjon til andre maktfelt, der en feltanalyse derved også innebærer en kartlegging av feltets plassering i relasjon til disse (Bourdieu & Wacquant, 1996:91). De konstruerte begrepene *felt*, *habitus* og *kapital*, utgjør følgelig hoveddrammeverket i studien, da disse henger sammen i et teoretisk system hos Bourdieu. Jeg vil i de påfølgende underkapitler redegjøre grundigere for de overnevnte begreper, samt begreper som brukes i tilknytning til disse.

### **2.1.1 Det sosiale rom, felt og maktfelt**

Bourdieu omtaler menneskene som studeres, som *agenter* (de agerende) i et *sosialt rom* (del av samfunnet) innenfor et *felt* (det avgrensede empiriske området som studeres) (Petersen, 1995:124). Mitt empiriske område er VT-området i Norge, der dette materialiser seg som en praktikk i subfeltet kommunale hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie).

Innenfor feltet er der en «kamp i feltet» der agentene slåss om retten til å definere situasjonen, dette konstruert frem gjennom det teoretiske begrepet *doksa* forstått som den «rette» forståelse av hva saken handler om. Man undersøker «*et system av objektive relasjoner mellom posisjoner*». Felter vil alltid bestå av ulike posisjoner og posisjoneringer, avhengig av de disposisjoner som gjør at agentene inntar de bestemte posisjoner og posisjoneringer (Bourdieu & Wacquant, 1996:84-89). Systemet av objektive relasjoner kan avdekke de sosiale forhold bak den *posisjon* agenten tilhører og de *posisjoneringer* denne posisjonen fremmer gjennom ord og handling, altså hvilke holdninger man har til saken, hvorfra man har disse og hvor man taler ut ifra i det sosiale hierarki. Agentenes erfaringer og holdninger tas så et steg videre og forklares

ut ifra det historiske, kontekstuelle og strukturelle forhold som har formet dem, der *habitus* og *kapital* defineres som *disposisjon* (Bourdieu & Wacquant, 1996:106, Prieur, 2002:122). Dette gir en annen viten om sosiale relasjoner enn den levde erfaring, som ifølge Bourdieu reduserer det sosiale til forhold mellom subjekter, drevet av indre motivasjoner (Bourdieu, et al. 1991:18).

Bourdieu bruker enkelte ganger et spill som en metafor for å forklare feltbegrepet, der feltet innehar visse uskrevne regler bestemt ut ifra hva som verdsettes i feltet. Det handler også om at det er noe å kjempe om i feltet (*illusio*), der ulike former for kapital har verdi for hvordan man mestrer spillet, i form av underkastelse eller dominans (Bourdieu & Wacquant, 1996:85; Prieur & Sestoft, 2006:165). Hva VT er og skal brukes til kan i dette teoretiske perspektivet forstås som det man kjemper om, dvs. det *doksa* kampen handler om. Det er min tese at agentenes posisjoneringer omkring teknologi i omsorgen for eldre er ulike, som følge av å representere ulike posisjoner. Hva dette innebærer, hvem som bestemmer spillereglene og hvorfor det er slik, vil derfor kunne forklares gjennom empiriske undersøkelser og en teoretisk konstruksjon av disse funn. I dette studiet materialiseres posisjonenes posisjoneringer i skriftlige kilder, empiri fra deltakende objektivisering i de kommunale hjemmetjenester, samt andre fora der posisjoneringer innen VT-området i Norge kommer til syne (redegjøres nærmere for i punkt 3.2).

Bourdieu omtalte den arena der brytningene foregår med begrepet *maktfeltet* (dvs. eliten/de dominerende) i det sosiale rom. Makten avgjøres av styrken på kapitalformene og den strukturerende polarisering i maktfeltet mellom kulturell og økonomisk kapital (symbolsk versus materiell makt). Denne polarisering ble av Bourdieu vist med eksempler fra historien der eksempelvis presten og kirken hadde spirituell (kulturell) myndighet, mens kongen og aristokratiet hadde verdslig (økonomisk) myndighet i middelalderen. De to poler konstrueres likeledes frem i eksempler om smak i *Distinksjonen* og maktforholdene i *akademia* i *Homo Academicus* (Prieur & Sestoft, 2006:107-118). Polarisingen forstås som foreliggende i det overordnede sosiale rom, og derav også i de avgrensede felter. Bourdieu hevder at det sosiale rommet er konstruert på en slik måte at agentene eller gruppene ut ifra den posisjon de har, til enhver tid fordeler seg mot to differensieringsprinsipper: økonomisk og kulturell kapital. Dess nærmere agentene står hverandre i henhold til disse to dimensjoner, jo mer har de felles. Likeledes er posisjonen man tilhører avgjørende for ens forestillinger om det sosiale rom og standpunktene man inntar i kampen for å reprodusere eller endre den (Bourdieu, 1995:34-42). Grunnantagelsen er derved at agentenes posisjoneringer ikke kun er subjektive, men også

knyttet til strukturelle forhold, der feltanalysen har til hensikt å fremanalysere disse forhold (Prieur & Sestoft, 2006:159).

Denne relasjonelle forståelsen av det sosiale rom knytter jeg i mitt prosjekt til tesen om at agentene som befinner seg i dette mikrokosmos, likeledes orienterer seg mot de overnevnte poler: verdslig/økonomisk (medisin, teknologi, politikk, byråkrati, økonomi etc.) og kulturell (humaniora, omsorg, sykepleie). Dette kan i det spesifikke feltet relateres til en *autonom* eller *heteronom* pol, der den autonome pol forstås som den ekte (egenlogikken), mens den heteronome pol i større grad påvirkes av eksterne makter som økonomi eller politikk (Prieur & Sestoft, 2006:163).

### **2.1.2 Habitus (disposisjon og kapital)**

Bourdieu forklarer *habitus* slik:

*«At bestride en position i et felt medfører, at man har inkorporert positionens dispositioner, som i sin tur orienterer de positioneringer, som tilhører positionen»* (Petersen & Callewaert, 2013:23).

Posisjonen som agenten kan befinne seg i er betinget *disposisjoner*, der disse innvirker på hvilke *posisjoneringer* (ytringer/praksis) ens *posisjon* inntar i feltet. Den *praktiske sans* forstås som en kroppslig kunnskap eller sunn fornuft, som viser seg i agentenes praktikk. Det er ubevisst kunnskap som ligger i oss og er innlært med bakgrunn i vår egen og vår institusjonelle livshistorie i en bestemt kontekst, der denne sansen bidrar til å forme hvordan vi forstår våre handlingsmuligheter og meninger. Sansen har blitt formet sosialt gjennom årenes løp, der agentenes handlinger slik sett også rommer deres historie (Bourdieu & Wacquant:106). Sagt med andre ord er den praktiske sans alltid gyldig i det feltet den har blitt formet, den fungerer som en kroppslig intelligens der man til enhver tid vet hvordan man skal handle (Petersen & Callewaert, 2013:70).

Habitus er en teoretisk konstruksjon av det som ligger til grunn for den praktiske sans. Begrepet må settes i sammenheng med feltbegrepet, der habitus er et samlebegrep for det som virker orienterende (disposisjoner og kapitaler) på en gruppe eller et individs tanker eller handlinger. I feltets kamper kan agentenes habitus justeres mot det styrende i feltet (doksa). På samme måte blir feltets dynamikk smidigere om de agerendes habitus har mange likhetstrekk, gjerne omtalt som *«et orkester som spiller uten en dirigent»* (Petersen, 1995:136). Når agentenes posisjoneringer samsvarer med feltets logikk, omtales dette som en *homologi* (Halskov, Lundin & Petersen, 2008:291). Slektskap mellom habituser bidrar til å gi feltet mening, mens ulike

habituser kan føre til gjentakende kamper i feltet, der ulikhetene også kan forstås ut ifra posisjonens *kapital* (Prieur & Sestoft, 2006:87).

Kapital er ulike ressurser som en posisjon kan besitte, og fremtrer i hovedsak i form av økonomisk, sosial eller kulturell kapital (Bourdieu & Wacquant, 1996:104). Der *økonomisk* kapital er mer selvforklarende, kan *kulturell* kapital dreie seg om ulike former for dannelse, som igjen bidrar til å plassere agenten i det sosiale hierarki, det være seg utdannelse eller preferanser (Prieur & Sestoft, 2006: 87). *Sosial* kapital dreier seg mer i retning av det nettverket man har, og i hvilken grad disse kontaktene virker inn på oppnåelse av makt i feltet (Bourdieu & Wacquant, 1996:105). Indikatorene for kapitalene kan derved dreie seg om alt fra f.eks. alder, fødested, ekteskapelig status, antall barn, familiær bakgrunn, oppvekst, religiøs tilknytning, smak, nettverk, yrkesstilling, økonomi, utdanning, deltakelse i samfunnsinstitusjoner og grad av makt i det sosiale rom (Myking, 2013:94; Prieur & Sestoft, 2006:87-94). Begrepet *symbolsk kapital* bidrar derimot til å avklare hvorvidt den aktuelle kapitalen får noen gjenklang i det feltet som studeres. Det må med andre ord være et «marked» for kapitalen i det aktuelle feltet, som samsvarer med agentenes habitus og feltets logikker, regler og normer (Bourdieu & Wacquant, 1996:85). I dette studiet kan en tese være at teknologisk innsikt representerer en form for kapital. Hvorvidt dette får noe symbolverdi i feltet, vil i denne forståelsen avhenge av den dominerende logikk og feltets *doksa*.

### **2.1.3 Doksa**

Doksa kan betegnes som den offisielle hverdagsforståelsen, eller den tause konsensus i et felt (Petersen & Callewaert, 2013:19). I dette studiet kan doksa dreie seg om opinionen eller maktfeltets forståelse av hva VT er eller bør brukes til. Agenter i et felt har ifølge Bourdieu en doksisk erfaring av verden, der ens standpunkter og viten er noe man tar for gitt. For å kunne kalle sin vitenskap reflektiv er man som forsker nødt til å bryte med doksa, og gå forbi ens egne og agentenes forklaringer omkring objektet (Prieur & Sestoft, 2006:27;234). Prinsippet blir derved at du aldri skal spørre om det du egentlig lurer på, men observere hva agentene gjør og hvordan de omtaler det de gjør. Dette med bakgrunn i at opinionens doksa, det avvikende doksa (heterodoksa) og forsøket på å opprettholde opinionens doksa (ortodoksa), kan regnes som kamper i feltet. Når saken er verdt å kjempe om, bidrar det til å forme doksa. Det aktuelle doksa, heterodoksa og dermed også ortodoksa, dvs. at doksa tvinges til å bli mer presis vedrørende hva som anses som viktig (Petersen & Callewaert, 2013:124), er følgelig områder denne studien berører.



## **Habitus, kapital og sosialt rom (felt)**

Oppsummert om de teoretiske verktøy i denne studien, vil jeg presisere at disse vil brukes helhetlig som et teoretisk system. Agentenes posisjon og posisjoneringer forstås med bakgrunn i deres *habitus (disposisjoner og kapitaler)* i forbindelse med kampene i *feltet*, og brukes derved som forklarende på praktikken og *doksa* (Halskov et al. 2008:279), i dette masterstudiet relatert til VT som en sosial praktikk i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester.

## **2.2 Forskning av relevans for studiens analyser**

I feltanalyser er det anbefalt å gjøre en gjennomgang av tilgjengelig kunnskap på området som første steg på veien, selv om dette kan dreie seg om forskning med en annen vitenskapsteoretisk posisjon enn den praxeologiske (Larsen, 2009:39). Det vil si studier som har samme empiriske fokus (VT i Norge og andre sammenlignbare land), materialisert som teori-*for* praksis eller vitenskap-*om* praksis<sup>18</sup>. Forskning av relevans for mine analyser knytter jeg også til vitenskap-*om* praksis, forstått som studier som ikke har eksakt samme empiriske fokus, men som benytter et praxeologisk eller andre teoretiske perspektiver for å konstruere teorier om f.eks. hjemmetjenesteområdet som praksis.

Det ble gjort søk i Oria med søkeordene *teknologi, omsorg, velferdsteknologi, omsorgsteknologi og sykepleie*, Citation Pearl Growing- metoden<sup>19</sup> ble også anvendt. Det ble funnet en del implementeringsforskning (teori-*for*) fra f.eks. Storbritannia, USA og Nederland, dvs. industriland med god økonomi. Forskningen fokuserer bl.a. på muligheter og utfordringer knyttet til teknologien, med bakgrunn i erfaringer gjort av teknologer, brukere, pårørende og helsearbeidere<sup>20</sup>. Slik forskning samt rapporter refereres det til i sentrale politiske dokumenter om VT her til lands, mens det ennå foreligger lite forskning på dette området i Norge (Helsedirektoratet, 2012:36, HOD, 2013:26). Kjennskap til denne forskningen kan ut ifra et praxeologisk perspektiv være viktig for forståelsen og forklaringen av *doksa*, men adskiller seg fra mitt arbeid ved å være forskning-*for*-praksis i større grad enn vitenskap-*om*-praksis. Dette med bakgrunn i at den overnevnte forskning-*for* interesserer seg for å utvikle, implementere og skape innovasjoner dvs. forandringer og forbedringer i praksis, mens jeg har en ambisjon om

---

<sup>18</sup> De tre vitensformer defineres Bourdieu (1994:72) som den fenomenologiske, objektivistiske og praxeologiske. Den praxeologiske vitenskap forklarer det de øvrige vitensformer har frambragt, ut ifra mulighetsbetingelsene i den sosiale verden. Forskning-*for* praksis er ikke vitenskap i streng forstand, men viten som kan veilede praktikerne i praktikken, mens vitenskap-*om* er beskrivelser og kritiske forklaringer om den aktuelle praktikken (Petersen & Callewaert, 2013:20).

<sup>19</sup> Bibliotekfaglig uttrykk som innebærer at man bruker kildehenvisninger i relevant litteratur til å finne andre relevante henvisninger (Højberg, 2011: 43).

<sup>20</sup> F.eks. Aspnes et al. (2012). *Velferdsteknologi i boliger. Muligheter og utfordringer* eller Bowes & McColgan (2013). *Telecare for Older People: Promoting Independence, Participation, and Identity*.

en vitenskap-om, der jeg stiller spørsmål til denne utviklingen, dets tilhørende implementeringsstrategier og innovative prosesser for å kunne *forklare* mine spørsmål.

Når det gjelder vitenskap-om sykepleie i sammenheng med implementering av teknologi i de kommunale PLO, foreligger det lite materiale av nyere dato. Dette kan knytte seg til at implementering av VT i disse tjenestene ikke har vært gjort i stor skala tidligere, men først aktualiseres fra omkring midten av 2000-tallet i Norge (Aspnes et al. 2012:62). Det er dog funnet et masterstudie i sykepleievitenskap på området, samt en del studier innen STS-tradisjonen<sup>21</sup> f.eks. ved UiO, der ergoterapeut og sosiolog Hilde Thygesens (2009) arbeider om etikk i bruken av VT i demensomsorgen kan trekkes frem. Dette studiet har vært et viktig bidrag i arbeidet med historiseringen omkring VT-området i Norge. I teoritradisjonen Thygesen skriver seg inn brukes imidlertid aktør-nettverksteorier (inspirert av Bruno Latour m.a.) for å vise hvordan teknologi kan studeres som en sammenvevd del av omsorgen. Omsorg beskrives som en kontinuerlig prosess, hvor både menneskelige og ikke menneskelige aktører virker inn i et felles nettverk, der dette nettverket hevdes å ha større betydning for det etiske aspektet ved bruk av teknologier, enn teknologiene alene.

*«Care is not just about meeting individual needs, but involves a large network of humans and technologies, involved in shared daily life and in the caring process (Thygesen & Moser, referert i Scillmeier & Domènec, 2010:11).*

Bourdieu var en kritiker av dette perspektivet da det bygger på en moderne sosial-konstruktivistisk forståelse av at mennesker skaper mening og konstruerer menings-sammenhenger gjennom nettverk, der man ifølge Bourdieu ikke medtenker den materialitet som den sosiale menneskelige agering er innleiret i (Schinkel, 2007:719-721).

Da mitt studie knytter VT til en diskusjon omkring sykepleieprofesjonen, var jeg derfor ute etter vitenskap-om hjemmesykepleieområdet. I ett nytt søk inkluderte jeg derfor søkeord som *sykepleieprofesjon, profesjonsidentitet, profesjonelle, eldreomsorg, hjemmesykepleie, og velferd*. Sammen med bruk av Citation Pearl Growing-metoden, fant jeg flere studier av relevans for mitt prosjekt.

### **Om den hjemlige omsorgs genese**

Det er gjort et betydelig antall studier om hjemmetjenesteområdet de siste 30 årene, spesielt innen omsorgsforskningen som vokste frem på 1970-tallet i Norge: bl.a. innen de sosiologiske kretser og kvinneforskningstiljøet ved UiB. Sosiologen Kari Wærness fra dette miljøet har vært en sentral bidragsyter, bl.a. kjent for studier om omsorgsutøverne i hjemmetjenesten,

---

21 Science and Technology studies, eller på norsk Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (NTNU, 2014).

spenningsfeltet mellom formell og uformell omsorg, samt utviklingen av begrepet *omsorgsrasjonalitet*, der dette representerer et motbegrep til formålsrasjonalitet. Det empiriske utgangspunktet for begrepet omsorgsrasjonalitet var hjemmehjelperne i hjemmetjenesten, der disse ifølge Wærness og kollegaer ble oppfattet som irrasjonelle fordi de ga brukerne mer hjelp enn det de formelt var tildelt. Wærness samarbeidet også med sykepleier og filosof Kari Martinsen<sup>22</sup>, der de sammen stilte spørsmål til akademisering av sykepleiefaget og det store fokuset medisinsk-tekniske og administrative oppgaver fikk, sammenlignet med det tradisjonelle pleie- og omsorgsarbeidet.

Herav er bidrag av sosiolog Karen Christensen fra samme miljø også relevante, der begreper som effektivisering, avinstitusjonalisering og bolig/hjemliggjøring er blitt brukt om endringsprosessene i eldreomsorgen som har foregått siste 30-40 år, der tjenestenes organisering har blitt hevdet å være sentralt for agentenes handlinger og omsorgens vilkår (Næss, 2005:11-32).

Likeledes har Karen Jensen (1992), med bakgrunn fra vernepleie og pedagogikk, gjort en studie om de endringsprosessene som fant sted i omsorgen for utviklingshemmede på begynnelsen av 1990-tallet. Hun beskriver også den helsepolitiske norm/ideologi om hjemliggjøring, som førte til endringer i organiseringen av tjenestene. Ved hjelp av Bourdieus praktikkteori fant hun dog at nye normer og regler i tjenesten hadde mindre betydning i reguleringen av personalets adferd, enn *feltets agenter* og deres strategier i denne overgangen.

Lignende tendenser vises i et praxeologisk studie av sykepleier og pedagog Lizbeth Engström (2012), der overgangen fra institusjonell til hjemlig behandling innen palliativ sykepleie også har skjedd gradvis. Studiet viste at agentene selv innvirket i stor grad på feltet, der sykepleierne gjennom deres habitus tilpasset seg hjemmet som omsorgsarena, samtidig som de hadde med seg en institusjonell logikk der avanserte medisinske teknologier og symptombehandling også var formet av deres *habitus*, og helseinstitusjonene derved fulgte agentene inn i hjemmets sfære.

Ann K.B. Akselbergs (2012) praxeologiske masterstudie, om helsepersonells praktikk i en kommunal hjemmesykepleieenhet i Norge, har også inspirert meg mye. Akselberg (2012) fant at sykepleiernes praktiske sans ble guidet av en *omsorgshabitus*, på tross av sterk innvirkning fra de omkringliggende felter med motstridende logikker, som det medisinske og politiske.

---

<sup>22</sup> Kari Martinsen kan regnes som Nordens største omsorgsforsker; hun er opprinnelig utdannet sykepleier, tar senere videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og velger så en tradisjonell akademisk utdannelse til filosof med senere bifag i historie. Martinsens interessefelt strekker seg fra studier av velferdsstaten, helse- og sosialpolitikk, kjønnsteorier og kvinneforskning, men især om omsorg og sykepleiefaget/praktikken (Petersen, 2013a:5).

De presenterte funn fra disse studiene er relevante for meg på grunnlag av at de underbygger mine forskningsspørsmål og teser, der jeg har valgt å fokusere på «kamper i feltet» og teknologiimplementeringens mulige innvirkning på sykepleieprofesjonens posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester. Dette bringer meg videre til studier om makt, dominans og polariseringer innen det medisinske felt, der disse tema anses som relevante for mine analyser.

### **Om makt, dominans og polariseringer i det medisinske felt**

Vedrørende tesen om den kulturelle og økonomiske pol innen samfunnets felter er det særlig et praxeologisk masterstudie som har inspirert meg mye; Marianne Myking (2013) viser i sitt studie av helsepersonells praksis innen palliativ medisin, at den todelte dominansstruktur kommer til syne gjennom legens dominerende posisjon i feltet (verdslig pol), på tross av at de lavere posisjonerte posisjoner i en lengre historisk periode har stått for denne omsorgen (kulturell pol). Dette studiet har i stor grad latt seg inspirere av Kristian Larsens (2009) litteraturstudie og tentative feltskisse av det medisinske felt, som igjen er inspirert av Albus (1991) sykdomshierarki og Bourdieus teorier om felt (se vedlegg 12).

Larsen (2009) skisserer et tentativt hierarki i det medisinske felt, som i ulik grad orienterer agentene mot den verdslige/økonomiske pol og den vitenskapelige/kulturelle pol. En fellesnevner i det medisinske felt er håndtering av sykdom og bidraget til menneskers helse, hevder Larsen (2009:43). I den førstnevnte heteronome pol knytter dette seg til å reparere og behandle sykdom som en økonomisk kapital, mens det i den sistnevnte handler om å skape ny viten gjennom grunnforskning, en kulturell kapital. Sosialt regnes den verdslige/økonomiske pol som høyere posisjonert og dominerende i samfunnet. Likeledes kan de ulike posisjonene i feltet kategoriseres i henhold til disse poler, der diagnoser, teknologier, pasienter og profesjonelle nærmere den verdslige/økonomiske pol, regnes som høyere posisjonert enn de tilsvarende posisjoner, metoder og utstyr nærmere den motsatte pol. Sykepleieprofesjonen som posisjon havner midt i systemet, mens posisjonene lege/jurist/økonom er på toppen og pleieassistenter og pasienter er lavest posisjonert i hierarkiet (Larsen, 2009:43-46).

Sosiologen Gerd Lindgren (1992) fant likeledes at de agerende helsepersonell i sykehus-hierarkiet, arbeidet og uttrykket seg ulikt som følge av deres posisjon i systemet. Disse forhold forklares av Lindgren (1992) med bakgrunn i agentenes livshistorie, der det interessante ved Lindgrens undersøkelser er at sykepleierne utskilte seg fra legene og hjelpepleierne, der sykepleierne ikke kunne anses som en homogen gruppe ut ifra deres livsvilkår/historier. Legene og hjelpepleierne (høyt og lavt plasserte i det sosiale hierarki), var derimot mer homogene.

Andre studier med henblikk på disse to poler har inspirert meg mye, da jeg mener det kan ha relevans når VT (verdslig/økonomisk orientert?)<sup>23</sup> implementeres innen et lavt posisjonert område av det medisinske felt som eldreomsorgen/kommunehelsetjenesten representerer. Jeg refererer da til sosiologen Dag Albums (1991) studier om sykdommers prestisje og hierarki, der aldersrelaterte og inkurabile tilstander ble lavere posisjonert enn kompliserte, men kurerbare sykdommer. Album (1991) bygget imidlertid sine undersøkelser på agentenes opplevelser og meninger, der man i et praxeologisk studie ville gått annerledes frem. Tesen er likevel interessant, da sentrale posisjoner innen subfeltet sykepleie f.eks. Kari Martinsen, har pekt på det samme hierarkiet, mens PLO samtidig har blitt kjempet for som et like betydningsfullt område som det avanserte medisinske, av Martinsen. PLO er i disse sammenhenger forstått som det opprinnelige i sykepleie, der dette kan hevdes å ha vokst frem som en ideologi om sykepleie som omsorg, mens empiriske undersøkelser av praktikken ville kunne peke på andre forhold (Petersen, 1993;2013b).

Annen forskning har pekt på at teknologi og omsorg har vært gjenstand for polariseringer i feltet, som følge av møter mellom motstridende logikker/rasjonalitetsformer (Sandelowski, 2000; Schillmeier & Domènech, 2010; Hofmann, 2010; Obstfelder & Lotherington, 2014). I sykepleieviteren Sandelowskis (2000) drøftinger om denne polariseringen omtales disse som et paradoks i sykepleiens historie, på bakgrunn av at sykepleierne siden yrkets opprinnelse har måttet forholde seg til teknologier og medisinsk utstyr, der dette både har bragt status og ergrelse til yrket. Ergrelse som følge av å være et kvinneyrke på jakt etter en selvstendig yrkesidentitet, men status som følge av å bli nærme tilknyttet høyt posisjonerte oppgaver og posisjoner (f.eks. legene).

Samtidig har den franske filosofen og historikeren Michel Foucault (2000) i «Klinikkens fødsel» beskrevet at sykepleie nettopp oppstår og blir til en aktivitet som følge av den moderne medisinske klinikkens oppkomst, etter den franske revolusjon i 1789. Dette anvender jeg som et historisk bakteppe på veien mot å forstå og forklare sykepleiernes posisjoneringer til nåtidens implementering av VT.

Av nyere empiriske studier om disse tematikker, kan Brita Aardalens (2014) masterstudium om sykepleieres holdninger til innføring av nettbrett som hjelpemiddel i omsorgen for eldre hjemmeboende, nevnes. Aardalen (2014) fant at sykepleierne posisjonerte seg tvetydig til

---

<sup>23</sup> Spørsmålsteget i parenteser indikerer at dette er en foreløpig tese, der empiriske undersøkelser må utføres for å kunne bekrefte eller avkrefte denne tesen.

innføringen av teknologi, samtidig som de var tydelige på at essensen i omsorgen aldri ville kunne erstattes av noen former for teknologi. Dette underbygger mine teser om sykepleiernes orienteringer til VT, mens først mine empiriske undersøkelser vil kunne bekrefte denne tesen. Dette bringer meg således over på de konkrete fremgangsmåter som i dette masterstudiet har blitt utført for å kunne konstruere frem en forklaring på mine forskningsspørsmål.

### **3.0 Fremgangsmåter og etiske hensyn i studien**

I dette kapittelet vil det redegjøres for anvendte kilder og fremgangsmåter for innsamling av empiri i studien, samt etiske overveielser og studiens gyldighet. Hovedgrunnen til å gå i gjennom mine fremgangsmåter detaljert, knytter seg til det vitenskapelig ideal om *stringens* og *transparens*, der leseren skal kunne forstå og etterprøve studien (Petersen, 2013b:780).

#### **3.1 Bakgrunnen for valg av anvendte fremgangsmåter**

Denne studien har benyttet en kombinasjon av fremgangsmåtene *observasjon* og *intervju* for å konstruere frem objektet; eller en forklaring på forskningsspørsmålet. Det har også blitt gjort en *historisering* med bruk av historisk faglitteratur om det medisinske felt, sykepleieprofesjonen, subfeltet hjemmesykepleie, eldreomsorg og teknologi, som ledd av objekt-konstruksjonen. Bourdieu brukte selv en kombinasjon av fremgangsmåter i flere av sine studier, der historisering, observasjon og intervju ble ansett som en hensiktsmessig kombinasjon mht. bruddtenkningen og håndverket sosiologi<sup>24</sup>, selv om han var forsiktig med å komme med strenge anvisninger vedrørende fremgangsmåter (Prieur, 2002:109).

Det er den teoretiske forankringen i praxeologi som først og fremst har vært styrende for mine fremgangsmåter; man kan si at teorien er fremgangsmåten. Målet er en konstruksjon av objektet, der første ledd i denne konstruksjonen handlet om historisering og auto-sosio-analyse i forsøket på å bryte med predefinerte forståelseskategorier. Den historiske konstruksjon begrunnes som en nødvendig forutsetning for å kunne forstå og forklare objektet som studeres (Hansen & Hammerslev, 2009:16-22). Organiseringen av eldreomsorgen gjennom tidene og (hjemme)sykepleiens betydning for denne utviklingen ble derfor undersøkt *relasjonelt*, der også forholdet til andre betydningsfulle agenter vokste frem. Dette ble også gjort for å stadfeste feltets grad av autonomi og egenlogikk, samt relasjoner til maktfelt som det medisinske, økonomiske og politiske, samt aktuelle «kamper i feltet» (Larsen, 2009:39-40).

---

<sup>24</sup> Her referer jeg til det sentrale verket «*The Craft of Sociology*» av Bourdieu et al. 1991. Spesielt Part One – The Break:13-31 og Part Two – Constructing the object:33-55.

Fremgangsmåten *deltakende objektivisering (observasjon)* ble valgt for å kunne fange opp sosiale praktikker gjennom agentenes ord og handlinger, forstått som data som kunne brukes til å konstruere frem mitt forskningsobjekt. Bourdieu brukte termen «deltakende objektivisering», for å presisere at det å være tilstede ikke er det samme som å delta (Bourdieu, 2003:281). Deltagende objektivisering forstås som en engasjert og aktiv tilstand hos forskeren, der en bevissthet omkring både objektets og ens egne forforståelser og mulighetsbetingelser, anses som betingende for refleksivitet (Prieur, 2002:114). Når man inntar denne posisjonen er hverken subjektets handlinger eller erfaringer, forklaringen på mine forskningsspørsmål. Et sitat av Bourdieu som berører dette anliggende hadde jeg i tankene da jeg deltok objektiviserende på to konferanser og en debatt om VT, samt under møter med prosjektgruppen i kommunen (redegjøres for i punkt 3.3):

«*The explanation of what happens on the spot is not to be found on the spot*» (Bourdieu et al. 1999, referert i Petersen & Callewaert, 2013:202).

*Intervju* ble ansett som et hensiktsmessig supplement til den deltagende objektiveringen, på bakgrunn av at disse dataene representerer agentenes og posisjonenes posisjoneringer og det fremherskende doksa i feltet. Kombinasjonen mellom å ta utgangspunkt i agentenes beretninger og samtidig fokusere på objektive samfunnsforhold er en tilnærming som også kjennetegner Bourdieus arbeid. Eksempelvis er et av Bourdieu og hans kollegaers største verk basert på intervjuer, der nød og lidelser i verden dokumenteres ut ifra enkeltpersoners livshistorier omtalt som den store og den lille lidelsen (Bourdieu et al. 1999, referert i Hansen, 2009:64). Dette perspektivet (den lille og den store historie) anses som svært aktuelt i denne studien, da VT er et satsningsområde i Norge og andre vestlige land, der NVP er et statlig subsidiert program, politisk begrunnet av strukturelle forhold i samfunnet, samtidig som implementeringen gjennomføres av de lokalt ansatte profesjonelle. Ambisjonen er således at studiet kan gi noen svar på hvordan slike strukturelle forhold innvirker på mindre forhold i samfunnet. I dette studiet dreier det seg om å studere og analysere hvordan agentene i den aktuelle kommune arbeider med å implementere teknologi, og hvordan deres holdninger og forståelse omkring denne praksis er.

Likeledes har studien hatt en ambisjon om å kunne si noe om hva som foregår innen det overordnede sosiale rom jeg til nå har omtalt som *Velferdsteknologiområdet i Norge*, der jeg hadde en formening om at motstridende interesser og logikker er involvert i kampen om å definere hva VT er og skal brukes til. Slik kan dette også belyse Bourdieus fokus på den store og den lille historie, der jeg gjennom deltagende objektivisering på konferanser (et større sosialt

rom) og i en norsk kommune inkludert i NVP (en lokal setting), forhåpentligvis vil kunne fange opp noe i dette spenningsfeltet. Ut ifra det overordnede forskningsspørsmål<sup>25</sup> og de tre underspørsmål ble følgende empiriske forskningsspørsmål formulert:

**Med en Bourdieu-optikk ville jeg kartlegge empirisk:**

1. *Hvilke posisjoner som var tilstede på konferanser/debatt om VT og hvordan disse posisjonerte seg.*
2. *Hvilke posisjoner som direkte og indirekte var involvert i VT-prosjektet i kommunen og hvordan disse posisjonerte seg til VT i ord og handling.*
3. *Hvilke disposisjoner (økonomiske, sosiale og kulturelle kapitaler) som lå bak disse posisjoner.*

**3.2 Bakgrunn for utvalg av kilder, informanter og empiriske fokus**

I dette avsnittet vil bakgrunnen for utvalg av kilder og empiriske fokus redegjøres for. I hovedtrekk knytter disse forhold seg til mitt forskningsspørsmål og påfølgende underspørsmål (se fotnote 25). Mine forskningsspørsmål har formet oppgavens struktur, der dette har resultert i tre ulike analysedeler. Figuren under viser hvilke type kilder jeg i hovedsak bygger de tre analysedeler på, mens henvisninger til annen faglitteratur også brukes.

<b><u>Analysens del en</u></b>	<b><u>Analysens del to</u></b>	<b><u>Analysens del tre</u></b>
-Historisk og dagsaktuell litteratur	-Dagsaktuelle skriftlige kilder som uttrykk for posisjoneringer (f.eks. artikler, politiske dokumenter, rapporter, sitater fra nettsider) -Feltnotater og skisser fra deltakende objektivisering på konferanser/debatt	-Empirisk materiale fra deltagende objektivisering på møter med prosjektgruppen og transskript av intervju med utvalgte agenter i kommunen.

**Første del av analysen** hadde i hovedsak til hensikt å svare på underspørsmål nr. 1 (se fotnote 25) om objektets genese, og dreier seg derfor om historisering, samt auto-sosio-analyse mht. bruddtenkingen i den praxeologiske vitenskapstradisjon. Samtidig kretser denne analysedelen også til dels rundt underspørsmål nr. 2, da kampene i subfeltet sykepleie vedrørende VT i dag ble funnet å kunne relateres til tidligere kamper i subfeltet. Historiske kilder om hjemme-sykepleiens og eldreomsorgens utvikling ligger til grunn for denne delen av analysen, der dette temaet også ses i relasjon til samfunnsutviklingen og sykepleiens relasjon til andre maktfelt. Her kommer «kamper i feltet» omkring medisin, teknologi, omsorg og sykepleie til syne.

<sup>25</sup>Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres velferdsteknologi (VT) i de kommunale pleie- og omsorgstjenester?

1. Hvor kommer implementering av VT, som sosial praktikk ifra historisk?
2. Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praktikk?
3. Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praktikk og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester



Det ble vektlagt at historiseringen skulle baseres på et variert *utvalg* litteraturhenvisninger, da også kilder kan forstås som å representere ulike posisjoneringer i det sosiale rom. Eksempelvis vil sykepleiehistoriker Mathisen (2006) kunne sies å tale fra en sykepleiers posisjon i det sosiale rom, mens historiker Schiøtz (2003) skriver mer klassisk historisk ut ifra det medisinske felt, og Foucault (2000) skriver seg inn i den franske historiske epistemologi. Historikerne Moseng og Lunds (2012) gjennomgang av sykepleieforbundets utvikling, kan derimot regnes som en klassisk historisk fremstilling av norsk sykepleies historie. Samtidig er Norsk sykepleierforbund (NSF) (en fagpolitisk posisjon) initiativtaker og utgiver. Sykepleier og filosof Martinsen (2003) og sykepleieviter Sandelowski (2000) danner grunnlaget for redegjørelsen omkring dikotomien mellom omsorg og teknologi i sykepleie, mens Nord, Bjerkreim & Eilertsen (red.) (2005), Halvorsen et al. (2013) anvendes gjennomgående som historiske og helsepolitiske kilder i oppgaven.

Når det gjelder valg av *tidsepoke* og *kontekst* for historiseringen ble det tatt utgangspunkt i Schiøtz (2003) verk om det moderne norske helsevesens genese og utvikling, der denne tar for seg utviklingen av helsevesenet i Norge fra omkring år 1850. Dette ble ansett som en fornuftig avgrensning, da denne epoken markerer begynnelsen på et brudd fra hjemmebasert omsorg til mer organisert helsestell. Da subfeltet hjemmesykepleie ble ansett som en sentral agent innen hjemlig omsorg for eldre, ble subfeltets genese også valgt ut som et tema i historiseringen. Her fremstod relasjonen mellom teknologi og omsorg innen sykepleie som et relevant fokus, ettersom objektet som studeres er teknologier som brukes i sykepleiepraktikk. Den historiske gjennomgangen er derfor omfattende, men dette har vært nødvendig for å kunne forstå og forklare hvilke betingelser som ligger bak dagens organisering av eldreomsorgen i en hjemlig kontekst, samt de fremtidige målsettinger om VT i de eldres hjem.

**Andre del av analysen** kretser rundt det overordnede forskningsspørsmålet, samt underspørsmål nr. 2 (se fotnote 25). Her anvendes for det meste dagsaktuelle skriftlige kilder, samt feltnotater fra min deltakende objektivering på to konferanser og en debatt om VT. Kildene knytter seg til alt fra uttalelser om temaet på nettsider, fagforeningsrapporter, debattinnlegg, avisartikler og politiske dokumenter, funnet ved søk på internett, deltakelse på konferanser/debatt og søk i mediearkiv. Kanskje kan det synes lite vitenskapelig å hente kilder til en av masteroppgavens analysedeler fra internettsøk, men på den annen side er VT-området et relativt nytt felt i Norge, der det finnes få vitenskapelige arbeider og faglitteratur om temaet. Temaet er derimot dagsaktuelt, der håpet er at noen av posisjoneringene jeg har samlet inn til analysedel to, derved kan bidra til å beskrive hva som foregår på dette området, samt forsøke å

konstruere frem en praxeologisk forklaring om det som foregår. Utvalget av kilder knytter seg og til en tese om at disse kan analyseres frem som ulike posisjoners posisjoneringer på området, nærmere orientert mot henholdsvis den verdslig/økonomiske eller den kulturelle pol, i det sosiale rom. Her utpekte eksempelvis NSF seg som en agent innen subfeltet sykepleie, mens konferanser og forskningsaktivitet tilknyttet høyskolemiljøer i Norge virket å være en annen sentral agerende på området.

**Tredje del av analysen** kretser i hovedsak rundt underspørsmål nr. 3., mens også underspørsmål nr. 2 (se fotnote 25) trekkes inn i de konkluderende drøftelser. Empirien som danner grunnlaget for denne delen av analysen ble gjort med fremgangsmåtene deltakende objektivisering og intervju av ansatte i en norsk kommune. Et *inklusionskriterium* var at kommunen skulle være inkludert i NVP og i noen grad ha kommet i gang med utprøving eller implementering av VT i tjenestene. Etter forespørsel blant flere av «NVP-kommunene», fikk jeg til slutt tillatelse til å gjøre undersøkelsen i en mellomstor norsk kommune med omkring 20 000 innbyggere utenfor sentrale strøk (kommunesentrumet i kommunen har imidlertid bystatus). Kommunen var gjennom NVP i oppstartfasen med å prøve ut VT i sitt tjenestetilbud og hadde opprettet en prosjektgruppe som skulle arbeide med dette.

Agentene i prosjektgruppen ble følgelig blant mitt utvalg av informanter og besto av enhetsleder i hjemmebaserte tjenester, en sykepleier, en ergoterapeut og en kommunal prosjektleder med bakgrunn fra IKT og administrasjon. Gruppens medlemmer samarbeidet også med andre agenter, f.eks. innen vakt og alarmtjenester, brannvern, leverandører av utstyr, forvaltningsenhet og annet helsepersonell i kommunen. Slik var alle involverte agenter gjenstand for observasjonsstudiet, mens prosjektleder, ergoterapeut og sykepleier i størst grad ble observert i sitt arbeid og i tillegg intervjuet. Det at gruppen var så sammensatt ble ansett som hensiktsmessig, med bakgrunn i tesen om at ulike agenter i feltet kan posisjonere seg tilsvarende ulikt (Hansen, 2009:69). Jeg ønsket følgelig også å intervju noen ansatte som arbeidet ute blant brukerne av hjemmetjenesten, da disse i ulikhet kunne få frem ulike posisjoneringer omkring temaet og representere ulike posisjoner i subfeltet. Dessuten arbeidet disse i mer direkte kontakt med brukerne der teknologien ble utprøvd og implementert, og deres synspunkter ble ansett som spesielt interessante med henblikk på VTs strukturerende virkning på subfeltet.

*Inklusjons- og eksklusjonskriterier* for intervjuinformantene i hjemmetjenesten knyttet seg til en formening om at det ville være hensiktsmessig at den ansatte hadde arbeidet der over en lengre tidsperiode, eller hadde god kjennskap til tjenesten. Det var også en forutsetning at informantene hadde noe kjennskap til utprøvningsprosjektet, eller arbeidet med brukere som

prøvde ut slik teknologi. Ansatte som arbeidet i kortere vikariat eller var nye i virksomheten var derfor ikke aktuelle for studien. Etter en muntlig presentasjon av masterprosjektet på en av hjemmetjenesteavdelingene, var det en omsorgsarbeider og en sykepleier som meldte seg frivillig til å delta. Dette passet bra med inklusjonskriteriene mine og studiens relasjonelle fokus. Til sammen hadde jeg altså fem intervjuinformanter, som etter mitt og veileders syn var et passende utvalg mht. masteroppgavens tidsperspektiv og omfang.

### **3.3 Fremgangsmåter for de empiriske undersøkelser**

Før jeg gikk i gang med observasjon- og intervjustudiene hadde jeg skaffet meg de nødvendige tillatelser fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg nr. 1). Videre ble prosjektet godkjent av enhetsleder for hjemmetjenesten i den aktuelle kommune, etter skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet (vedlegg nr. 2). Selv om jeg opprinnelig hadde et ønske om å følge ansatte i hjemmetjenesten i deres arbeid med brukere, ble dette ikke godkjent av enhetslederen av hensyn til brukerne, der flere hadde demensdiagnoser. Det ble også stilt spørsmål ved hvorvidt jeg ville få noe ut av et slikt observasjonsfokus, da det ennå var få brukere som hadde begynt å utprøve teknologi. Jeg ble derfor i samråd med prosjektgruppen, enig om at jeg skulle observere denne gruppens arbeid, samt gjøre intervjuundersøkelser av dem, samt ansatte som arbeidet i den kommunale hjemmetjenesten. Slik ble mitt fokus flyttet noe vekk fra relasjonen mellom sykepleier og bruker som praktikk, til i større grad å handle om kommunale agenter og deres arbeid med å implementere teknologi som praktikk. Håpet var likevel å kunne danne meg et bilde av hva det kjempes om vedrørende VT og hvordan denne praktikken kunne sies å strukturere hjemmetjenestefeltet og sykepleiernes posisjon i dette.

#### **3.3.1 Deltakende objektivisering**

Den deltakende objektiveringen begynte våren 2014 gjennom deltakelse på to konferanser og en debatt omkring temaet. På konferansene fikk jeg innsikt i politiske prosesser og nasjonale føringer på området, samt betydningsfulle agents posisjon og posisjoneringer innen VT-området i Norge. Det ble senere gjort deltakende objektivering i overnevnte kommune, høsten 2014. I kommunen hadde jeg et møte der jeg presenterte meg selv og mitt prosjekt for prosjektgruppen. Det ble til sammen fem ulike møter med denne gruppen over en periode på to måneder. Som observatør holdt jeg meg stort sett i bakgrunnen på møtene, men forsøkte å innta en engasjert og lyttende rolle. Det hendte også at jeg stilte spørsmål dersom det var noe jeg lurte på vedrørende f.eks. utstyret eller retningslinjer for utprøvingen.

Samtidig ville jeg i tråd med Bourdieus anvisninger om deltakende objektivisering, forsøke å bryte med lojaliteten til det som skulle studeres, da dette utpekes om utfordrende med følgende sitat:

«*Every sociologist has to fight the social prophet that his audience wants him to be.*»

(Bourdieu et al. 1991:25).

Disse anvisningene var på ingen måte enkle å følge, og jeg måtte forberede meg godt før jeg begynte mitt observasjonsstudium. Jeg hadde lite erfaring fra hjemmesykepleiefeltet som sykepleier, noe som potensielt kunne medføre at vesentlig informasjon ble oversett, samtidig tenkte jeg at dette kunne være en fordel mht. bruddtenkningen. Som sykepleier av yrkesbakgrunn var det likevel nødvendig med et «krafttak» for å bryte med de disposisjonene jeg hadde med meg fra både utdanning og yrkesliv. Dette ble utfordrende fordi jeg følte at jeg måtte tilpasse meg doksa i gruppen som jeg studerte for å bli akseptert, samtidig som jeg forsøkte å objektivere det jeg iakttok. Selv om det er anbefalt å oppnå en viss aksept i miljøet er det på ingen måte anbefalt å sosialisere seg inn i gruppen i et bourdieusk perspektiv (Larsen, 2009:52). En bevissthet rundt dette ble derfor avgjørende for å klare å holde fokuset om å arbeide refleksivt.

Utarbeidelsen av en observasjonsguide (vedlegg nr. 3) var nyttig i denne prosessen, der denne fokuserte på å studere hva agentene i prosjektgruppen *faktisk* gjorde i sitt arbeid. Dette var også et fokus med henblikk på feltteorien, der ulike posisjoners posisjoneringer var vesentlig å notere seg. Jeg var opptatt av å notere både det som ble sagt og gjort, og derved oppfatte stemningen i gruppen. Jeg ville beskrive hva det ble «kjempet» om og hva det forelå en felles konsensus om. Det ble observert hvordan agentene plasserte og beveget seg i rommet, hvem som kom mest til ordet og hvem som kunne sies å være dominerende. Dette ble skrevet ned som feltnotater i en liten bok og senere bearbeidet til en hel tekst for feltanalysen. Selv om mye ble gjort for å følge Bourdieus anvisninger om deltakende objektivisering, kan nok deler av sosialiseringen min inn i denne gruppen anses som et mulig *bias* i studien. Samtidig bidro auto-sosio-analysen til å objektivere den posisjon jeg gjennomførte studiet fra og historiseringen til å objektivere praktikken som ble studert.

### **3.3.2 Intervju**

I etterkant av de første møtene med prosjektgruppen, startet jeg gradvis opp med intervjuer av agentene i gruppen, mens de ansatte i hjemmetjenesten ble intervjuet til sist i perioden. Intervjuene dreiet seg både om de kommunale agentenes forståelse av deres praktikk i prosjektarbeidet, og helsepersonell i tjenesten sine beskrivelser av deres praktikk i arbeidet med brukerne (der håndtering av VT er del av praktikken). Intervjuene varte i ca. en time og ble tatt

opp på lydbånd. I forkant hadde informantene fått både muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen, og gitt sitt skriftlige samtykke til å delta (vedlegg nr. 4).

Som forberedelse til intervjuundersøkelsene deltok jeg i november 2014 på et kurs om kvalitative intervju og livshistorieforskning.<sup>26</sup> Dette var en svært nyttig gjennomgang av de viktigste prinsippene for intervjuundersøkelser, innen den bourdieuske tradisjon. Jeg utarbeidet i denne perioden min intervjuguide (vedlegg nr. 5), der jeg ble veiledet til å ikke spørre informantene om det jeg som masterstudent ville ha svar på. Prinsippet om at man ikke skal spørre informantene om det man som forsker lurer på, er basert på en tese om at dette kan føre til en reproduksjon av byråkratiske termer og feltets doksa i den praxeologiske optikk. Informantene handler adekvat ut ifra konteksten, men er ikke nødvendigvis vitende om det de gjør, slik at det de sier at de gjør, kan skille seg fra det de faktisk gjør. Dette også begrunnet i tesen om at informantene snakker ut fra sin sosiale plass i feltet (Glasdam, 2007:138).

Samtidig fordret forskningsetiske prinsipper at informantene var innforstått med hva de skulle være med på (Hansen, 2009: 69). Jeg måtte derfor informere om at jeg interesserte meg for VT-prosjektet i kommunen. Samtidig var jeg, med bakgrunn i feltteorien, interessert i å konstruere frem informantenes habitus gjennom informasjon om deres bakgrunn (posisjon; disposisjoner dvs. kapitaler og posisjoneringer (meninger, holdninger og attityder i ord og gjerning innenfor feltet). Dette ble ikke fremstilt med bruk av avanserte teoretiske begreper i informasjonsskrivet, men det ble formidlet at jeg interesserte meg for informantenes bakgrunn og erfaringer.

Intervjumetoden var viktig i arbeidet med å konstruere frem informantenes habitus, som igjen kunne brukes til å forklare deres posisjoneringer. Intervjuene ble forsøkt lagt opp som en løst strukturert samtale, der først jeg og deretter informantene fortalte litt om seg selv og sin bakgrunn. Videre ble det stilt åpne spørsmål om f.eks. hva de gjorde i sitt arbeid, hvem de hadde kontakt med i løpet av en arbeidsdag, hva som opptok dem i arbeidet og hva de gjorde på fritiden når de koblet av fra jobben. Tanken var at informantene visste at jeg som masterstudent var opptatt av VT, og at de derved ville komme inn på temaet på eget initiativ.

Intervjuguiden ble således mer brukt som en sjekklister, der jeg som forsker sikret at mine forskningsspørsmål kunne besvares. Jeg forsøkte å ha en deltagende og lyttende rolle, der jeg etter de teoretiske anvisninger, forsøkte å «speile» det informanten sa for å få dem til å fortelle mer utdypende. Målet var å ikke opptre ledende eller moraliserende, ved å unngå avansert språkbruk og kompliserte spørsmål. Jeg måtte underkaste meg det informantene sa, men

---

<sup>26</sup> I regi av forskningsgruppen Praxeologi ved UiB.

forsøkte samtidig å forholde meg refleksivt til informasjonen og bryte dette ned til objektive strukturer som kunne kjennetegne agentens posisjon (Callewaert, 2007:88-91).

På den annen side peker Hansen (2009:71) på at en for løs struktur under intervjuet, kan føre til at informantene nettopp reproducerer den informasjonen som er forventet at de skal gi. Dette stemte kanskje i noen grad vedrørende mine intervju, der jeg med enkelte av informantene måtte arbeide aktivt for å sikre at jeg som forsker fikk tak i noe mer enn subjektive eller hverdagslige forklaringer om saken. Informantene hadde til dels forskjellige måter å snakke om temaet på, noe jeg tenker kan være et funn i seg selv, på bakgrunn av hvilken plass de snakket ut ifra i det sosiale rom, eller hvilken rolle de hadde i VT-prosjektet. Videre mener jeg det i varierende grad lyktes meg å få frem informasjon, som kunne bidra til konstruksjon av informantenes habitus. Dette knyttet seg nok mye til informantenes personlighet samt deres forventinger til intervjuet. Herav var enkelte svært åpne om sin person og livet utenom yrkeslivet, mens derimot andre holdt seg mer til «saken» og det profesjonelle liv.

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter undersøkelsene, og har blitt lyttet til gjentatte ganger. Ved gjennomlytting opplever jeg å ha lyktes i å følge det teoretiske bakteppet for intervju i den valgte tradisjonen, men hører selvfølgelig at jeg enkelte ganger ledet informantene mer enn jeg kanskje burde eller var for opptatt av å snakke om temaet VT. Dette førte slik jeg ser det til mindre flyt i samtalen og økt grad av doksiske forklaringer, der jeg f.eks. kan finne likhetstrekk mellom måten informantene snakket om temaet på og hvordan temaet er omtalt i f.eks. offisielle uttalelser og politiske dokumenter. Temaet undersøkes for øvrig relasjonelt, der måten informantene posisjonerer seg på kan være viktige funn for å kunne konstruere en forklaring. Jeg er derved fornøyd med materialet jeg fikk i intervjuundersøkelsene, der intervjutranskriptet sammen med feltnotatene danner grunnlaget for store deler av analysen. Fremstillingen av informantenes beretninger er i tråd med deres utsagn og meningsinnhold, men er forsiktig redigert fra transskriptet som følge av å være muntlige beretninger.

### **3.4 Ethiske overveielser og studiens gyldighet**

Når det gjelder feltstudiet i kommunen var jeg innforstått med at jeg som masterstudent var ansvarlig for at etiske hensyn ble tatt, slik at studien ikke fikk negative konsekvenser for deltakerne. Jeg la derfor stor vekt på at det skulle være frivillig å delta, noe enhetslederen i den aktuelle kommunen også presiserte. Det ble derfor gitt både muntlig og skriftlig informasjon i god tid før studien skulle utføres, og informantene skrev under på informert samtykke. Dette innebar at informantene underskrev at de kjente til undersøkelsens formål, hovedtrekkene i

designet, så vel som mulige fordeler og ulemper med å delta i prosjektet. Forskerens taushetsplikt og prinsippet om anonymitet ble også redegjort for i dette skrevet.

Prosjektet ble som nevnt meldt inn til NSD, der prosjektet først ble ansett for ikke å være meldepliktig, da det var blitt oppgitt at jeg ikke ville samle inn personopplysninger. Da jeg skulle bruke Bourdieus teoretiske verktøy i studiet, innså jeg at dette kunne medføre innsamling av *indirekte personidentifiserende opplysninger*<sup>27</sup>. Dette ble derfor meldt inn til NSD, der de godkjente endringen under forutsetning om anonymisering ved transkribering og fremstilling i masteroppgaven (vedlegg nr. 1). Materialet er blitt anonymisert og ingen opplysninger som kan være direkte identifiserende fremkommer i oppgaven. Likeledes har materialet blitt behandlet konfidensielt, der lydopptak har vært innelåst og notater passordbeskyttet. Notater og transkriberte intervjuer har kun vært tilgjengelig for meg og min veileder underveis og disse blir slettet/makulert når masterprosjektets sensur foreligger. Regional etisk komité (REK) (vedlegg nr. 6) anså ikke studien for å være fremleggspliktig, på bakgrunn av at det ikke skulle samles inn helseopplysninger om brukere.

Et annet viktig moment i forskningsetikken er forskerens rolle. Manglende refleksjon omkring forskerrollen kan også bli et bias, dersom man ikke gjør overveielser omkring egen rolle og prekonstruerte forståelser. Altså den plass hvor man som forsker (masterstudent) angriper og fremanalyserer ens forskningsobjekt fra, den metodologi man benytter seg av, dets muligheter og begrensninger. I intervjusituasjonen var jeg mest redd for at informantene kunne føle ubehag om jeg spurte mye om VT og derved satt de i en situasjon der de kunne føle mangel på kunnskap overfor meg som masterstudent. Bourdieu omtaler dette som en asymmetri mellom forskeren og informanten, der man som forsker står i fare for å utøve *symbolsk vold* (Glasdam, 2007:136-137). Begrepet kan forklares som signaler man på bakgrunn av symbolske kapitaler ubevisst sender ut på bakgrunn av ens posisjon med f.eks. større makt og dominans enn informantene (Prieur & Sestoft, 2006:51).

Innen forskning dreier dette seg om at man som forsker kan ha en ledende stilling overfor informantene, både som følge av å være en del av det akademiske felt og fordi man innehar makten til å styre samtalen. En måte å minske dette skillet på, dreier seg om at man som forsker

---

<sup>27</sup> «En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller institusjonstilknytning kombinert med opplysninger om alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.» (NSD, 2014).

setter seg inn i feltet og forsøker å minimere asymmetrien og tilstreber mest mulig likeverdighet (Bourdieu, 2007:54-55). Jeg opplevde det derfor som nyttig at jeg hadde blitt kjent med de fleste av informantene på forhånd, og at jeg hadde lest meg opp på feltet agentene arbeidet innenfor. Samtidig prøvde jeg å være dette bevisst under intervjusituasjonen ved å la informantene snakke mest mulig fritt og selv opptre ydmykt. Det at jeg var tilstede på fredagslunsjen uken før intervjuene skulle foregå i hjemmetjenesten, og det at jeg ble kjent med informantene i prosjektgruppen før intervjuene, var også et slikt grep.

Likeledes ble det ansett som hensiktsmessig at informantene fikk god tid til å la informasjonen om prosjektet «synke inn», før de bestemte seg for om de ville delta. Av praktiske grunner ble intervjuene gjort på informantenes arbeidsplass, selv om mer symbolsk nøytrale omgivelser er anbefalt (Callewaert, 2007:26). På den annen side hadde disse lokalene en ro og trygghet, der personlige beretninger og tanker ikke sto i fare for å bli avlyttet, noe jeg tenker kan ha vært viktig for å få tilgang til informantenes habituelle disposisjoner. Jeg visste at spørsmål om deres bakgrunn kunne skape undring og at jeg måtte trå varsomt, men jeg føler likevel at jeg lykkes med dette uten å krenke informantene.

Når det gjelder studien som helhet har denne blitt utført etter to viktige forskningsprinsipper; den har vært gjort *stringent* og *transparent*. Dette innebærer at studien har vært gjort med en systematikk i henhold til et praxeologisk perspektiv, samt at måten jeg har gått frem på er grundig redegjort for i metodologikapittelet (Petersen, 2013b:780). Ved å være et praxeologisk studie, medfører det at studiens tema har blitt studert på en bestemt måte, der andre teoretiske perspektiver trolig kunne gitt meg andre svar. Videre er det viktig å presisere at studien er et resultat av et masterstudie, der målsettingen for studiet i hovedsak dreier seg om å lære sykepleiedisiplinens teoriunivers og forskningstradisjoner å kjenne, samt forholde seg kritisk og analytisk til forskning, og til sist erfaringen med å gjennomføre et empirisk studie. Studien er derfor relativ liten i omfang og kan ikke påberope seg å være representativ for hvordan VT håndteres i de kommunale hjemmetjenester på et generelt grunnlag. Den representerer likevel et empirisk eksempel, der det å studere noe i en lokal setting kan anses som et vindu til verden utenfor, fordi agentene bringer med seg verden utenfor inn i den lokale setting (Prieur, 2002:113). I den mening er studiet lokalt, men også et uttrykk for hvordan praktikken i en bestemt kontekst og epoke arter seg.



## 4.0 Første del av analysen

Hensikten med historiseringen er å konstruere frem en teori om utviklingen innen eldreomsorgen og subfeltet hjemmesykepleie i Norge, som del av det overgripende medisinske felt. Dette ved å undersøke utviklingen nærmere med spesielt henblikk på et dagsaktuelt anliggende, nemlig implementering av VT. I første del av analysen vil jeg gjennom auto-sosio-analysen konstruere frem min posisjon i henhold til objektet som studeres. Videre vil historiske analyser av subfeltets genese stå sentralt i konstruksjonen av en teori om hvordan det kan ha seg at vi i dag implementerer VT i de kommunale PLO. Historiseringen vil derved gjøres på bakgrunn av en forståelse av at historien vil være av betydning for å kunne forstå og forklare dagens praktikker og utvikling (Hansen & Hammerslev, 2009:22).

### 4.1 Auto-sosio-analyse

Hensikten med å utføre en auto-sosio-analyse er å oppfylle det Bourdieu anså som sentralt innen sosiologiske studier, nettopp et brudd med det prekonstruerte og den subjektive erfaring som svaret på ens forskningsspørsmål. For å kunne oppnå objektiv kunnskap eller bedrive vitenskap, må man gjøre et *dobbelt brudd* ifølge Bourdieu. Dette innebærer at også forskeren blir bevisst sin prekonstruerte forståelse av virkeligheten (Hansen & Hammerslev 2009:17), der verden erfares fra en bestemt posisjon i et sosialt rom (Prieur & Sestoft, 2006: 40). Denne ontologiske og epistemologisk posisjon utfordrer tilfeldigheten ved at jeg har valgt dette bestemte temaet, med denne spesifikke teoretiske vinklingen, i mitt masterprosjekt.

Det er tre forhold Bourdieu peker på som viktige å ta stilling til for å unngå forskerrelaterte bias i et praxeologisk forskningsarbeid, nemlig ens posisjon i det akademiske felt, ens sosiale bakgrunn og ens intellektualisering i arbeidet (Prieur & Sestoft:229-32). Auto-sosio-analysen ambisjon er derved å kunne bidra til å forstå hvordan jeg posisjonerer meg i feltet som studeres, med en målsetting om at mine habituelle disposisjoner ikke skal ta *kontroll* over analysen og konstruksjonen av objektet, men heller medvirke til at de objektiveres. På samme måte som jeg i min masteroppgave har en ambisjon om å konstruere frem de objektive forhold som ligger til grunn for at VT implementeres i den kommunale hjemmetjenesten i dag, vil det i likhet være hensiktsmessig å konstruere frem de objektive livsvilkår som ligger til grunn for mine posisjoneringer (meninger, holdninger, attityder) i ord og gjerning, vedrørende temaet som studeres.

#### 4.1.1 Masterstudentens habituelle disposisjoner

Da jeg i 2007 begynte på sykepleiestudiet, anså jeg dette som et rimelig tilfeldig anliggende eller et valg basert på en følelse av å være omsorgsfull og flink med mennesker. Samtidig var det et yrkesvalg som ga trygghet i form av at det trolig alltid ville være bruk for meg i samfunnet. Valget om å ta en mastergrad opplevdes likeledes som et bevisst og rasjonelt valg, på bakgrunn av et ønske om forbedre mine jobbmuligheter, som følge av manglende tilfredshet i sykepleieyrket. En analyse av min livshistorie kan kanskje bidra til at jeg bryter med noen av mine doksiske erfaringer av disse valgene, og får klarhet over hvordan mine holdninger er betinget av bestemte forutsetninger, som medfører at mine tilsynelatende «rasjonelle» valg må undersøkes som habitusbaserte. Slik kan auto-sosio-analysen bidra til økt objektivitet i oppgaven og klarhet omkring hvilken plass jeg taler ut ifra.

Jeg er født på slutten av 1980-tallet av ressurssterke foreldre, med henholdsvis praktisk/teknisk- og akademisk/profesjonsrettet utdanning. Mine foreldre var i likhet med sine foreldre, innflyttere til mellomstore norske byer, i henholdsvis nordlige og vestlige deler av landet. Mine besteforeldre hadde varierende grad av formell utdanning, men kan anses som tilhørende i middelklassen, i likhet med mange andre familier i etterkrigstidens oppbyggings- og optimismeperiode, der sosial utjevning sto på den politiske dagsordenen og arbeidsledigheten var lav (Halvorsen et al. 2013:41).

Min morfar (1931-94) hadde høy kulturell og til dels økonomisk kapital, som følge av økonomiutdanning fra en anerkjent businesskole i København og arbeid i fylkeskommunen. Hans foreldre hadde i likhet høy kulturell og sosial kapital, som henholdsvis lærer (senere ordfører) og jordmor i et lite øysamfunn i Nord-Norge. Min mormor (1937-) har vært yrkesaktiv gjennom hele livet, med ulike jobber innen det medisinske felt, deriblant som legesekretær og forbundsleder for en brukerorganisasjon. Slik har hun på mange måter vært forut for sin tid, som yrkesaktiv kvinne og senere lokalpolitiker, der hun opparbeidet seg høy sosial og kulturell kapital på tross av at hun av formell utdanning ikke har mer enn grunnskole. På den annen side kan nok hennes posisjon tilsvare høyere utdanning i dag, da mindre enn en tredjedel av de som tok artium i denne perioden var kvinner (Steinkellner, 2010:23). Videre var alder for førstegangsfødsler betydelig lavere på denne tiden, noe som stemmer godt overens med at begge mine bestemødre fikk sitt første barn i begynnelsen av tyveårene. Dette mønsteret endret seg ikke før 1970-tallet med familieplanleggingsmuligheter og kamp for likestilling (Statistisk sentralbyrå, 1994: 56). Min mormors foreldre kom fra enklere kår og arbeidet som henholdsvis faglært snekker og husmor, der begge ble ansett som jordnære, hardt arbeidende og

fingernemme, i likhet med flere i arbeiderklassen i denne perioden, som var preget av 30-tallets depresjon, verdenskrigen og få tilgjengelige jobber (Furre, 1999:70).

Min farfar (1924-78) hadde en lederjobb innen industri, men hadde lite formell utdanning og min farmor (1931- ), var i likhet med mange kvinner på 1950-tallet, det man kan karakterisere som en tradisjonell husmor, med rikelig av praktisk kompetanse og omsorgsansvar for tre barn. Hun arbeidet også en kortere periode som ufaglært i eldreomsorgen. Bestefedrene mine døde forholdsvis tidlig, slik at det er bestemødrene mine jeg har hatt et nært forhold til. I mitt hode er dette nære forholdet noe som har preget min interesse for eldreomsorg, og engasjement for at eldre fortjener livskvalitet. Farmoren min har alltid hatt en god hukommelse, og fortalt mye om sin hardtarbeidende mor (1903-1988), som ble enke og ansvarlig for både tre barn og gård, da farmor var liten. Hennes mor (1873-1956) har jeg også hørt mye om, da hun hadde en betydningsfull sosial posisjon som jordmor, en posisjon i dette bygdesamfunnet som trolig kan sammenlignes med legens posisjon i dag. Hun fikk kongens fortjenestemedalje for sitt arbeid som jordmor i 1927<sup>28</sup>.

Foreldrene mine bosatte seg på slutten av 1980-tallet i et lite rekkehus i en mellomstor norsk by da min mor (1957-) fikk jobb som lærer i grunnskolen og min far (1953- ) fikk jobb som pilot i et privat norsk passasjerflyselskap. Begge er de på hvert sitt vis innflyttere, mamma fra nord og pappa fra et nærliggende tettsted, der hans foreldre hadde flyttet fra vest til øst for å skaffe seg arbeid tidlig på 1950-tallet. På 1990-tallet flyttet vi til et mer populært villastrøk i byen, på tross av økonomiske nedgangstider der mine foreldre hadde tapt penger på boligsalg. I samme strøk bodde det flere andre innflyttere, som også hadde høyere utdanning og gode jobber. På tross av til dels ustabile økonomiske tider i samfunnet, med høy boligrente og problemer etter finanskrisen på 1980-tallet, levde vi godt og hadde god økonomisk kapital. Pilotyrket kan anses for å være høyt posisjonert i samfunnet, da dette innebærer mye ansvar og avansert teknologisk kompetanse. Min mor studerte ulike fag innen samfunnsvitenskap og humaniora i tillegg til lærerskole, dette i likhet med hennes far og søster som hadde universitetsutdannelse i henholdsvis samfunnsøkonomi og statsvitenskap, der min tante i dag arbeider som forsker. Her tenker jeg at hun også kan ha inspirert meg til å gå en akademisk vei.

---

<sup>28</sup> Det var 189 mennesker som fikk denne utmerkelsen dette året, mens det i 2014 til sammenligning var 234 personer (Det norske kongehus, 2014).

Min far har derimot alltid vært flink med hendene sine, en skikkelig praktiker, som kan reparere det meste i husholdningen. Foreldrene mine renoverte hele det gamle huset de hadde kjøpt, og dette ble klargjort til min søster ble født på begynnelsen av 1990-tallet. Vi var denne tidens kjernefamilie, med mor, far og to barn, som levde i samme husholdning. Dette representerer en endring i familiestrukturene og boligforholdene, der generasjonsboligene gradvis ble erstattet av eneboliger frem til 1990, og der andelen husholdninger ble tredoblet fra begynnelsen av århundret (Statistisk sentralbyrå (SSB), 1994:59).

Folk var opptatt av bolig, selv om boligutgiftene hadde vært økende siden 1980-tallet på grunn av kriser, og det forelå en generell økning i utgiftsnivåene på denne tiden. Modernisering og høyere standard i boligene økte også kostnadene, i tillegg til at kommunikasjonsteknologier ble en naturlig del av hjemmet, der andelen med telefon og annet teknisk utstyr ble fordoblet innen begynnelsen av 1990-tallet (SSB, 1994:303-304). Min far er ganske interessert i teknologi og skaffet derfor til dels moderne utstyr i forbindelse med reiser til USA og Asia med jobben som pilot. Vi hadde riktignok ikke alltid det nyeste på teknologifronten i de kommende årene, da dette var en rasende utvikling og min far alltid har vært jordnær og nøktern, men teknologier ble en naturlig del av min oppvekst, der vi som familie, og barn som vokste opp på denne tiden, tok del i denne utviklingen.

I området jeg vokste opp var det til dels store klasseforskjeller, der barna i skoleklassen både kom fra arbeiderklassefamilier, innvandrerfamilier og familier med høy økonomisk kapital, bl.a. som følge av «gamle» penger som hadde gått i arv gjennom generasjoner. Selv om jeg befant meg i en ressurssterk familie, med til dels høy økonomisk kapital, var det trolig mine habituelle disposisjoner, som gjorde at jeg ikke sosialiserte med barna fra de rikeste familiene. Da vi var innflyttere, hadde vi heller ikke så høy sosial kapital i mitt oppvekstmiljø. Foreldrene mine formidlet også jordnære verdier, der vi aldri ble overdådig bortskjemt, og snobberi ble avfeiet som latterlig. Det ble formidlet at jevnt arbeid med skole og høyere utdanning var viktig for et godt liv, dog opplevde jeg lite prestasjonspress hjemmefra. Vi hadde faste rutiner i familien og jeg hadde fritidsaktiviteter som dans, kunsthåndverk, kor og instrumentspilling i orkester som måtte følges opp. Slik sett hadde vi kanskje til dels høy kulturell kapital, sett ut ifra våre fritidsaktiviteter, mens foreldrene mine på ingen måte menget seg med eliten i samfunnet sosialt. De hadde venner som var like dem selv, med høy utdanning og jobber med til dels høy status.

Da jeg vokste opp under andre vilkår og på et annet vis enn mine foreldre, fikk jeg trolig andre disposisjoner, som bidro til at jeg oppbygget en annen posisjons mulighet i samfunnet, som kan

konstrueres frem som en habitus. På videregående kunne jeg oppsøke et helt annet miljø, da jeg ville utforske interesser for kunst og tegning som jeg hadde utviklet i ungdomsårene, og min sosiale bakgrunn ga meg ressurser til å gjøre det. Min mor hadde alltid oppfordret meg til å tegne og bruke mine kreative evner, og min far anerkjente også godt håndverk, selv om han på ingen måte kan karakteriseres som kunstinteressert. Jeg søkte meg inn på en tegnelinje på videregående, men jeg sluttet etter én dag, da jeg følte at miljøet og elevene i klassen på ingen måte var det jeg var ute etter. Disse var i stor grad skolesvake elever, der mange ville gå videre på yrkesfaglige linjer og jeg vil anta at de hadde andre habituelle disposisjoner enn meg.

Da datteren til noen venner av foreldrene mine skulle begynne på Rudolf Steinerskolen, vekket dette interesse hos meg. Denne skolen lå en times kjøring hjemmefra og alle elevene bodde på internat. Selv om dette var et ukjent miljø sammenlignet med det til dels borgerlige og konforme jeg hadde vokst opp i, var det noe ved det som vekket interesse. Jeg hadde tre lærerike år ved denne skolen, som fokuserte mye på menneskelig utvikling og kreativitet. Jeg ble også kjent med helt andre ungdommer enn de fra mitt barndommiljø, der disse var interessert i kunst, kultur og politikk. Jeg ble opptatt av sosialisme og naturvern, noe jeg ikke hadde interessert meg for tidligere. Selv om det skal sies at min mor på mange måter representerte mange av disse verdiene, som følge av å ha vært ung på 1970-tallet da mange ungdommer var i opposisjon til det etablerte.

Etter videregående reiste jeg ett år til Frankrike med en ambisjon om å lære fransk, der det språklige utbyttet ikke ble så stort, men der oppholdet er en opplevelse jeg bærer med meg. Jeg tok vare på tre barn i Frankrike, noe som var både givende, men også utfordrende mht. språklige og kulturelle forskjeller, samtidig som min franske familie hadde mange likhetstrekk med min norske familie. Da jeg kom hjem igjen søkte jeg meg jobb i en Steinerbarnehage i min hjemby. Dette var et trygt miljø for meg og jeg ble veldig knyttet til mange av barna i barnehagen. Det å yte omsorg og arbeide med mennesker følte naturlig og givende for meg. Da jeg skulle søke høyere utdanning sto valget mellom kunst eller omsorg, for å si det banalt. Jeg hadde gjennom videregående skole og oppholdet i Frankrike, fått utviklet mine kunstneriske og mellom-menneskelige evner. Jeg var usikker om jeg ville lykkes og trolig kom praktikerens i meg frem, som tilsa at dette ikke var det beste valget. Jeg var bare 20 år, eventyrlysten og hadde lite livserfaring, da jeg bestemte meg for å søke på sykepleien. Likevel var ikke dette et vanskelig valg som jeg dvelte mye over. Det følte naturlig og trygt for meg, og heller ingen i familien kritiserte valget.

Oppsummert viser auto-sosio-analysen så langt at det er flere av kvinnene i min familie som har hatt arbeid innen omsorgsykker i det medisinske felt, eller innehatt en omsorgsrolle. I tillegg er det jordmødre på både mor- og farssiden av slekten, og min mormor arbeidet 20 år på et legesenter. Som lærer har min mor også arbeidet med mennesker, og senere i livet utdannet hun seg dessuten til kunstterapeut. Det er derfor nærliggende å se tilbake på disse kvinnene i forsøket på å forstå min egen yrkesvei, der valget i seg selv også kan anses som kjønnet. Min forståelse av å være omsorgsfull kan være sosialt betinget, som følge av at samfunnet ennå ikke har oppnådd full likestilling og der kvinner gjennom historien i større grad har vært forbundet med omsorgsrasjonelle kvaliteter (Næss, 2005:14-15). Samtidig har det siden jeg ble født vært en videreutvikling mot likestilling mellom kjønnene, og min generasjon kvinner representerer en gruppe der store andeler har tatt høyere utdanning og deltar i arbeidslivet (Steinkellner, 2012:24).

Videre er det mange fingernemme praktikere i familien min, så verdien av et godt håndlag kan trolig anses som en verdsatt kapital i min slekt. Sykepleieyrket kan anses som et praktisk og fornuftig yrke, der man får brukt både håndlag og sosiale ferdigheter samtidig som det har en viss teoretisk resonans. Det at jeg uten å avse så mye refleksjon tok valget om å bli sykepleier, bunner trolig i noen av disse disposisjonene. Sykepleie er gjerne forstått som et meningsfullt yrke der man yter omsorg for andre, men sosialt kan det sies å være lavt plassert når det kommer til status (sosial + kulturell kapital), bl.a. som følge av å være et lavtlønnet kvinneyrke underordnet legenes makt i sykehusets hierarki og at utdannelsen er praktisk (ca. 50%). Den teoretiske del tilsvare mest medisinsk, men er i snever mening også humanistisk rettet (Petersen & Callewaet, 2013:219-23).

Dette kan kanskje forklare hvorfor sykepleien aldri helt levde opp til de forventningene jeg hadde til yrket. Skiftarbeid, krav om høy medisinsk kompetanse og effektivitet har hele tiden vært utfordrende for meg. Jeg følte ikke at jeg fikk brukt mine omsorgsevner, faget var praktisk og rutinepreget, og som rimelig skoleflink gjennom årenes løp følte jeg også at mine evner til kritisk refleksjon ikke ble utfordret. Kanskje ble den høye kulturelle kapitalen blant mine forfedre noe som også triggert meg til å gå videre med høyere utdanning? Yrket er nok også lavere sosialt plassert, sammenlignet med mine foreldres jobber og mht. utdanningsnivået i min familie. Slik kan jeg ikke reprodusere de sosiale, økonomiske og kulturelle kapitaler fra min familie, om jeg fastholder denne yrkesposisjonen, men jeg kan nærme meg den ved nye studier som mastergraden i sykepleievitenskap. Dette viser at mitt valg om å ta mastergrad ikke bare er tuftet på et rasjonelt anliggende, men også kan ha bakgrunn i mine habituelle disposisjoner.

#### 4.1.2 Masterstudentens posisjon i det akademiske felt

Det er ikke bare den individuelle forskers forforståelse og prekonstruerte kategorier som skal brytes ned, men også de kategorier og hierarkier som den aktuelle forskningstradisjon representerer (Hansen & Hammerslev, 2009:17). Min grunnutdannelse, bachelor i sykepleie, kan regnes for å være et praktisk fag, eller en kunst, betinget av medisinen som fag. Sykepleieforskning har derfor gjennom historien i hovedsak vært medisinsk inspirert, tilegnet legekunsten, på tross av at etableringen av sykepleievitenskap har vært et av mange forsøk på selvstendigjøring fra legene (Petersen & Callewaert, 2013:223-24). Jeg kan derfor hierarkisk plassere både grunnutdannelsen min og masterstudiet i sykepleievitenskap, underlagt den medisinske vitenskap. Samtidig representerer forskningsgruppen Praxeologi et annet epistemologisk utgangspunkt enn det man kan forstå som doksa innen lege- eller sykepleievitenskapen, der denne tilgangen har en ambisjon om en selvstendig sykepleievitenskap *om* sykepleie, ikke en vitenskap *for* sykepleiepraksis, men dog av relevans for praksisfeltet (Petersen & Callewaert, 2013:27).

Dette utgangspunktet og de inspirasjonskilder denne forskningsgruppen bruker, er derfor langt unna det jeg hadde med meg i min ryggsekk fra grunnutdannelse og arbeid som sykepleier, der jeg har måttet strekke meg langt for å henge med på dette akademiske nivået. Samtidig har jeg alltid vært interessert i samfunnsspørsmål, og fått tilbakemelding på gode evner til refleksjon gjennom skolegangen. Jeg har også skrevet innlegg i aviser og drevet med blogging, der jeg har fått positive tilbakemeldinger på min skriving. Dette kan nok være noe av bakgrunnen for at praxeologigruppen, som henter inspirasjon fra samfunnsvitenskap og humaniora, følte som den mest interessante måten å utforske temaet på ut ifra mine disposisjoner. Da jeg fikk gode tilbakemeldinger på mine arbeider i den praxeologiske kursdelen, og senere fikk publisert en tidsskriftsartikkel basert på denne besvarelsen, følte meg akseptert i gruppen på bakgrunn av at jeg hadde vist forståelse for tenkningen<sup>29</sup>.

Jeg har noe erfaring fra kommunal eldreomsorg med strøvakter i hjemmesykepleien og et lengre vikariat på et sykehjem. Storparten av min arbeidserfaring er derimot knyttet til spesialisthelsetjenesten, der jeg også har arbeidet i helgene gjennom masterstudiet. På sykehuset har legene den dominerende posisjon og det «evidensbaserte» regjerer innen forskningen (Larsen, 2009:43-44). Dette har nok virket inn på mitt valg av tema, der hverken det å være masterstudent, temaområdet eller den praxeologiske tilgangen er noe jeg har «flagget» på min

---

<sup>29</sup> Brandser, Y.E., Boge, J. & Petersen, K.A. (2014). *Søknad avslått, rett i søpla?* Sykepleien, 8:66-69.

arbeidsplass, men derimot har holdt mer i det skjulte. Grunnen til dette kan nok ligge i at posisjoneringen representerer en heterodoksi, både i forskningssammenheng, og som følge av å skape en distanse til det kliniske/praktiske ved å ta en akademisk utdanning. Primærhelsetjenesten som er gjenstandsfeltet for denne studien, kan i likhet med eldreomsorg regnes for lavere posisjonert i det medisinske felt. Bakgrunnen for dette kan ligge i at dette subfeltet, i alle fall frem til nyere tid, har representert mindre avanserte teknologier og omsorgsformer som vaskeklut og husstell. I motsetning til kurativ/funksjonsforbedrende behandling, der denne omsorgsformen av Martinsen (2003:80) derimot omtales som vedlikeholdsomsorg.

På samme måte kan det medisinske felts dominans knyttes til det valgte temaet, da teknologi og omsorg har representert en kamp i subfeltet sykepleie, både hva gjelder sykepleiekunsten og vitenskapen. Muligens knytter dette seg til at teknologi historisk har vært ansett som nærmere legekunsten, der jeg som nevnt i første del av auto-sosio-analysen ikke var forberedt på hverken legens dominans eller omfanget av medisinsk-tekniske oppgaver i sykepleieyrket. Slik sett er det kanskje en sammenheng mellom min posisjon i det akademiske felt og mitt valg av tema, sett i lys av mine habituelle disposisjoner. Dette vil være viktig å ha med når temaet teknologi og omsorg studeres, der historiseringen og auto-sosio-analysen har vært nyttige verktøy for å bryte med både agentenes og min egen førforståelse og sosiale kategorier. Det er en illusjon at det går an å kvitte seg med disse, noe som heller ikke vil være hensiktsmessig, men gjennomgangen har forhåpentligvis bidratt til å få kontroll over det predefinerte, og derved også kontroll over objektkonstruksjonen i masteroppgaven (Hansen & Hammerslev, 2009:17).

#### **4.1.3 Relasjonen mellom masterstudentens posisjon og objektet som studeres**

Oppgavens valg av tema hadde sitt utgangspunkt i en reaksjon jeg følte på da jeg ble introdusert til temaet i forbindelse med kurset i omsorgsteori og- forskning. Auto-sosio-analysen har ikke hatt til hensikt å være en narsissistisk eller selvbiografisk utgreiing om alle aspekter ved min livshistorie, men en kartlegging av relevante disposisjoner i relasjon til objektet som konstrueres frem og posisjonen hvor dette studeres fra. Teknologi, hjemmesykepleie og omsorg representerer, slik gjennomgangen viser, en rekke predefinerte kategorier for både agentene i subfeltet og meg selv. Det har derfor vært nødvendig å undersøke om mine disposisjoner har gitt meg en innebygd skepsis til teknologi, som gjør at jeg forstår teknologi som noe kaldt og motsetningsfullt til omsorg.

Med bakgrunn i mine habituelle disposisjoner knyttet til omsorgsideologier fra sykepleiestudiet, yrkeserfaringer, røtter fra mine omsorgsyttende formødre og det å være kvinne, stemmer nok den overnevnt påstanden i noen grad for meg. Min selvforståelse av yrkesvalg var før



bruddet med det predefinerte relatert til å være «omsorgsfull og flink med mennesker», noe det heller ikke hersker tvil om har hatt betydning for valg av tema i oppgaven. Samtidig har min forståelse av omsorg og sykepleie, både gjennom mine erfaringer i yrket, og teoretisk og filosofisk innsikt på studiet, vært noe som har endret seg underveis. Det er også knyttet en viss status til teknologi ved at den ofte forbindes med medisinske konkrete, praktiske og rasjonelle logikk, kan teknisk kyndighet anses som en kulturell kapital, som jeg har opplevd som verdsatt både i min farsslekt og det medisinske felt. Slik kan valg av tema også være et forsøk på å romme et spenningsfelt både i meg selv og sykepleieyrket, som jeg gjennom min livshistorie har kjent på. Auto-sosio-analysen har derfor vært et viktig bidrag i forsøket på å ta kontroll over det predefinerte slik at dette ikke ble et bias, men et verktøy i objektkonstruksjonen (Prieur & Sestoft, 2006: 229).

## **4.2 Historiske analyser og sentrale diskusjoner**

I denne oppgaven er objektet som studeres, teknologiimplementering som sosial praksis i subfeltet hjemmesykepleie i relasjon til sykepleieprofesjonens utvikling og posisjon i dette subfeltet av det medisinske. En forklaring på hvordan det kan ha seg at VT implementeres i de eldre hjem, hvor ideen kommer fra og hvordan dette strukturerer hjemmesykepleiens virke og sykepleie som profesjon, kan en gjennomgang av feltets genese og utvikling gjennom historien trolig finne noen svar på. Likeledes står tesen om at agentenes praksis formes av deres objektive livsvilkår (sosialt og historisk betingede) sentralt (Prieur & Sestoft, 2006:216).

### **4.2.1 Hjemmebasert eldreomsorg og hjemmesykepleies genese**

Går man langt nok tilbake i tid vil man oppdage at pleie av syke i hjemmet som praksis har eksistert så lenge det har vært mennesker med behov for omsorg, men måten man har organisert dette på har variert gjennom historien. Før medisinske inntog på 1800-tallet, var omsorgen for eldre og andre trengende i hovedsak et familiært anliggende. Samtidig er det dokumentasjon på at ulike former for organisert omsorg for svake grupper har eksistert langt tilbake i historien. En kvinne ved navn Phoebe drev f.eks. en virksomhet med organisert pleie- og omsorgsarbeid for syke og fattige helt tilbake til det første århundret e.Kr. i Romerriket. Videre er det funnet spor etter en viss offentlig forsørgelse av mennesker som ikke nøytt familiær omsorg tilbake til vikingtiden i Norge, f.eks. i Magnus Lagabøtes landslov fra 1264 som markerer begynnelsen på legd- og kårssystemet<sup>30</sup> (Fjørtoft, 2006:149).

---

<sup>30</sup> Legdesystemet innebar at familien hadde plikt til å sørge for eldre og andre trengende, og hadde ikke vedkommende familie, pliktet andre gårder å ta vare på den trengende gjennom kårssystemet. Denne organiseringen foregikk i bondesamfunnet og ble utfordret av at bysamfunnene vokste frem i middelalderen, der de som da ikke hadde nær slekt ble

## **Hjemmesykepleie og eldreomsorg fra den medisinske klinikkens opprinnelse 1800-1945**

1800-tallet som historisk periode var preget av nye ideer og oppfinnelser, der mange tekniske gjenstander vi benytter i dag ble oppfunnet. Det var også store fremskritt i industrien der elektrisitet og motoriserte kjøretøy er eksempler på oppfinnelser som fikk stor betydning for folks hverdag. Det ble lettere å forflytte seg, og med oppfinnelsen av telegrafene på slutten av århundret nådde kommunikasjonsmulighetene nye høyder. På tross av politisk urolighet og kriger, var det en periode preget av optimisme. Det nye Europa hadde etter Napoleonskrigene stort fokus på nasjonalstaten og statlig makt, der de sterkeste statene hadde stor kolonimakt i Asia og Afrika. Norge ble i 1814 frigjort fra Danmark og fikk noe mer selvstendighet i unionsperioden Sverige-Norge (Mathisen, 2006:86). Fra omkring 1850 vokste industrien for alvor frem i Norge, der det som i hovedsak hadde vært et jordbruk- og fiskesamfunn ble urbanisert, og dette utfordret den hjemlige omsorgen (Braut, 2005:150).

Det at opplysning, vitenskap og industri fikk så stor plass i samfunnet, kan forklares av både politiske og filosofiske strømninger på denne tiden. Begynnelsen på den franske revolusjon i 1789 markerte et brudd med gamle tradisjoner og hierarkier, og var en viktig del av opplysningstiden, der kirkens innflytelse gradvis ble svekket som følge av bl.a. vitenskapelige og teknologiske fremskritt (Foucault, 2000:8-16; Mathisen, 2006:59-87). Dette banet vei for liberalismens tenkemåter, der økt næringsfrihet og industrialisering også fikk konsekvenser for folkehelsen som følge av dårlig hygiene og epidemier blant arbeiderne i sentrale strøk. Slik sett var det også samfunnsøkonomiske interesser som lå bak at staten i større grad tok ansvar for befolkningens helse, der man på samme tid så en større skepsis og moraliserende holdninger til fattige utvikle seg (Halvorsen et al. 2013:32-33). Samtidig er det verdt å merke seg at PLO fremdeles i størst grad foregikk i hjemmene på landsbygda, der de sosiale båndene var sterkere enn i byene (Moseng, 2012:23). Fremveksten av profesjonelle omsorgstjenester i hjemmet og de første initiativ mot organiserte former for eldreomsorg ses likevel i dette århundret, der synet på kategorien *eldre* også endret seg til noe annet enn å være f.eks. syk eller fattig. Disse endringene var også med å danne grunnlaget for en hundreårsperiode med en økende grad av institusjonsbasert eldreomsorg (Hauge, 2005:157).

I 1814 ble medisinutdanningen opprettet i Norge (Schiøtz, 2003:146) og med medisinen fremvekst endret hospitalene seg, noe Foucault (2000) viser i «Klinikkens fødsel». Her hevdes det at opplysningstidens politiske og filosofiske strømninger hadde stor betydning for

---

henvist til fattigpleie f.eks. i klostrene. Disse kan regnes som et av de første kommunale eldreomsorgstilbud, selv om de også tok seg av andre trengende som fattige, foreldreløse og syke (Hauge, 2005: 156).

utviklingen av det helsevesenet vi kjenner i dag. Det var på denne tiden sterke røster som ville fjerne de kirkelige verdiene som hadde vært tilstede i datidens fattighus, i bytte mot en kapitalisert og statlig styrt klinikk. Den nye måten å organisere sykdomspleien på vokste slik sett frem som følge av endrede sosiale, politiske og vitenskapelige strukturer i samfunnet, men også i høy grad av den legevitenskapelige fremmarsj. Utdannelse av leger og utvikling av ny viten var ifølge Foucault (2000:16) den fremste motivasjonen for opprettelsen av sykehusene, ikke først og fremst sosiale grunner eller målet om helbredelse av syke. Ved å isolere syke kroppene i et klinisk og homogent miljø, fikk legene unike muligheter til å studere sykdomsforløp og symptomer systematisk. Obduksjon av døde kroppene økte også i omfang i denne perioden, og ble en viktig kilde til kunnskap. Slik endret også synet på sykdom seg fra løse teorier og folkelige forestillinger, til sannheter «synlig» for øyet (Foucault, 2000:8-16).

Der tidligere tiders fattigomsorg og familiær omsorg var tuftet på tradisjon, plikt og moral, hevder Martinsen (2003:161) at klinikkens opprinnelse markerer en overgang fra middelalderens barmhjertighetsidealer. Med det mener Martinsen at fattige tidligere hadde blitt ansett som lidende som følge av samfunnsstrukturene, men de nå i større grad ble ansvarliggjort for egen lidelse, også omtalt som en overgang fra *care* til *cure* (Martinsen, 2003:161-164). Legen fikk en moraliserende rolle, og kontroll av sykdom og smitte ble underlagt politiet (en moraliserende ordensmakt), da det herjet smittsomme infeksjonssykdommer som f.eks. kolera og lepra i Norge. Schiøtz (2003) anser infeksjonssykdommene som sentrale i utviklingen av helsevesenet, der både borgerskapet og arbeiderne hadde interesser i å minske utbredelsen av disse sykdommene. Opprettelsen av sunnhetskommisjonene, som senere utviklet seg til sunnhetsloven anno 1860, var viktige milepeler. Både kommisjonene og loven skulle sikre helseopplysning og hygienisk kultivering av samfunnets innbyggere (Schiøtz, 2003:27-50).

Et økende fokus på samfunnets ansvar for borgernes helse utviklet seg videre, der arbeiderbevegelsen og opprettelsen av de politiske partiene Venstre og Arbeiderpartiet også bidro til denne vekkelsen. Sosialforsikringsordningene, senere helseforsikringsloven anno 1909, kan anses som del av de første velferdsordningene i Norden (Halvorsen et al. 2013:34-37). De økte skattene gagnet borgerne ved at mer ansvar for folkets helse ble pålagt kommunene, men styrket også legeprofesjonens høye sosiale posisjon, eksempelvis med opprettelse kommunelegeordningen i 1914. Det ble gjort fremskritt innen bakteriologi og flere pasienter ble studert og forsøkt behandlet, også med utprøving av kirurgiske metoder. I denne raskt fremskridende utviklingen trengte legene dyktige medhjelpere, der både teknologiutviklerne (ingeniørene) og sykepleierne assisterte legene. Ingeniørene og teknologi-

utviklerne var viktige for den medisinske vitenskaps utvikling, og representerte trolig et gjensidig avhengighetsforhold der også ingeniøren opparbeidet seg en høy sosial posisjon. Om ingeniørens betydning i det medisinske felt uttaler Lærum (2002:2871):

*«Med lege, jordmor og sykepleier fulgte instrumentmakerne. De representerte et utviklet håndverk med stor grad av internasjonal standardisering fra 1800-tallet og utover. Store instrumentmakerfirmaer virket i universitetsbyene og hovedstedene i Europa og USA, og de var minst like avanserte som våpensmedene».*

Selv om ingeniørene hadde stor betydning var det i større grad legene som overtok prestens sosiale posisjon i samfunnet, i en historisk periode der vitenskapen utfordret religionenes posisjon. Legene fikk likeledes makt i utviklingen av de assisterende helseprofesjonenes fremvekst (Sandelowski, 2000:1-25; Schiøtz, 2003:146-186).

Det var i denne kontekst og samfunnsutvikling at sykepleie ble til profesjonelt fag og yrke, der legene stod i spissen for at kvinner fra religiøse miljøer skulle ta initiativ til en utdannelse innen sykepleie. Dette initiativet kan også knyttes til at disse kvinnene var fra et høyere sosialt lag i samfunnet enn de opprinnelige «gangkonene» på fattighusene eller «nabokonene» som arbeidet i hjemmene, der legene anså disse for å være innehavende av for lite kunnskap og dannelse (Schiøtz, 2003:123-57). Legene søkte altså diakonissene av flere grunner enn kompetanse og skrivekyndighet, de var også dannede kvinner som hadde en nærmere klassetilhørighet til dem selv (Lund, 2012:136). Inspirert av diakonale<sup>31</sup> tradisjoner fra Tyskland ble den første diakonisseanstalten åpnet i Kristiania i 1868 (Schiøtz, 2003:156-157).

De første formene for mer organisert drift av hjemmesykepleie hadde i likhet sitt utspring fra menighetssøsterpleien, senere diakonissebevegelsen fra omkring 1870, der den første norske lærebok i sykepleie først og fremst var rettet mot sykepleie i hjemmet (Fjørtoft, 2006:149). Menighetssøstrene i distriktene hadde ansvarsområder som kan sammenlignes med dagens helseprofesjoner som sosionom, hjemmesykepleier og helsesøster, med oppgaver knyttet til omsorg for fattige familier med mange barn, samt eldre og syke. Folkeopplysning om smittevern var også et viktig område. Samtidig var det, på tross av at storparten av befolkningen bodde på landsbygda, fremdeles slik at flest sykepleiere ble ansatt under legene i hospitaldriften. En lege ved navn Kaurin engasjerte seg i denne saken og fremmet viktigheten av utdannede sykepleiere i distriktene. Selv om han fikk mye positiv respons, var det

---

<sup>31</sup> Diakoni kommer av gresk og betyr tjeneste, om sosialt arbeid drevet av kirkene (Store norske leksikon, 2015). Diakoner og diakonisser ga omsorg for de fattige og pleie av de syke helt tilbake til oldkirken, ordningen ble tatt opp igjen på 1800-tallet med fremveksten av hospitalene (Mathisen, 2006:48). Diakonissene arbeidet først og fremst etter moralske prinsipper, der en målsetting om forkynning av kristentroen og omsorg for fattige og syke mennesker i samfunnet stod sentralt. Likeledes var de ugifte kvinner som viet sitt liv til troen og virket som sykepleier. På tross av økt sekularisering i samfunnet var det lenge diakonissetradisjonen som dominerte innen sykepleiefaget, der idealene for pleien av pasienten kunne sammenlignes med en mors kjærlighet for sine barn (Schiøtz, 2003:156-163).

organisatoriske forhold og utfordringer knyttet til finansiering som i hovedsak skapte hindringene. Rekruttering av sykepleiere i distriktene var også utfordrende, der legene i likhet med rekrutteringen til sykehusene, diskuterte hvilken samfunnsklasse man ønsket at disse kvinnene skulle komme ifra. Bondedøtre ble i hovedsak rekruttert til distriktssykepleien (menighetspleien) (Schiøtz, 2003:156-165), noe som trolig kan være blant årsakene til at dette yrket gjennomgikk en vanskeligere kamp for status og anerkjennelse sammenlignet med sykepleierne på sykehus.

Det var først i mot slutten av 1800-tallet, med sykepleierutdanninger i regi av Røde kors og kommunene, at de mer verdslige og Nightingale-inspirerte tradisjonene vokste frem (Mathisen, 2006:129). I 1912 ble Norsk sykepleierforbund (NSF) opprettet av kvinner tilknyttet humanitære organisasjoner og kommunale sykehus, mens diakonissene i hovedsak holdt seg innenfor sine egne organisasjoner. Her trekker jeg paralleller til Bourdieus teser om polariseringer mellom en verdslig og økonomisk pol innen felter i det sosiale rom. NSF var å regne som en verdslig organisasjon, samtidig som det forelå en felles konsensus i ledelsen om at sykepleie kunne anses som et kall. Skillet lå kanskje mest i at NSF ikke anså kristentro som det fremste for sine medlemmer, det var *faget* som fra første stund stod på dagsordenen (Martinsen, 2003:104). Da sykepleierne organiserte seg markerte dette et historisk skille, der veien videre gikk i retning mot at yrket ble til en *profesjon*. Fagutvikling og utdanning var viktig for å legitimere fagets egenart og derved også skape tydeligere skiller til andre helsefaglige agenter i helsevesenet. Slik sett bidro også utviklingen av den verdslige sykepleien til at virket gikk fra å være en moralsk plikt til et levebrød (Schiøtz, 2003:156).

Når det gjelder hjemmesykepleie var det en rekke byråer som formidlet «privatsykepleie» for de rikeste borgerne på 1800-tallet. I tillegg var det humanitære organisasjoner som f.eks. Norske kvinners sanitetsforening (NKS), diakonisseanstaltene og noen få kommunale aktører, som stod for lignende arbeid og tjenester. Dette var ikke statlige finansierte ordninger, slik at driften ble finansiert gjennom veldedighetsarbeid, egenbetaling blant pasientene og støtteordninger fra kommunene. NSF startet eget byrå for hjemmesykepleie i 1914, der dette var et forsøk på å avvikle de mange agenter som tilbød private sykepleietjenester. På tross av dette og det faktum at det forelå et stort omsorgsbehov i distriktene, ble de private organisasjonene værende hjemmesykepleiernes hovedarbeidsgivere helt frem til 1982, da kommunene ble pålagt driften av tjenesten (Fjørtoft, 2006:150-155; Mathisen, 2006:190-192).

Oppsummert kan man si at kvinners frivillige innsats der det offentlige ikke har strukket til, har preget sykepleien og kanskje spesielt hjemmesykepleien, helt tilbake til opprinnelsen. Fra oppstarten av den formelle utdanningen av sykepleiere, rekrutterte i hovedsak hospitalene disse og ved århundreskiftet arbeidet 400 diakonisser ved landets hospitaler, mens det til sammenligning arbeidet omlag 70 menighetssøstre innen hjemmesykepleie (Schiøtz, 2003:160-61). Dette kan markere et klaseskille der rekruttering av helseprofesjoner som sykepleiere og leger ble ansett som viktigere i spesialisthelsetjenesten (Martinsen, 2003:35-36).

Samtidig var det også samfunnsmessige forhold som lå til grunn for at det skjedde lite utvikling innen hjemmesykepleieområdet fra århundreskiftet. Kvinner flest var hjemmeværende i mellomkrigstiden, noe som trolig førte til at de fleste omsorgsbehov ble sørget for i hjemmene. Perioden var preget av dårlige handelsmarkeder globalt, høy arbeidsledighet og politisk urolighet som følge av første verdenskrig. Under annen verdenskrig fikk legen og sykepleieren i spesialisthelsetjenestene prioritet, da man under krigens herjinger måtte vektlegge det livreddende arbeidet (Schiøtz, 2003:240-244; 292). Dette marker starten på en ny periode i helsetjenestens utvikling der etterkrigstidens optimisme ledet til en storstilt oppbyggingsfase. Samtidig var det få tegn til et brudd med det medisinske felts dominans, da legene fortsatte å styrke sin posisjon i denne perioden (Schiøtz, 2003:309-318).

### **Styrking av spesialisthelsetjenesten og utbygging av velferdsstaten 1945-1970**

Etter andre verdenskrig var det et stort behov for gjenoppbygging i alle deler av samfunnet. Helsevesenet ble et høyt prioritert område, mye forklart av politiske strømninger på denne tiden der sosialdemokratiets målsettinger om oppbygging av velferden stod sterkt, og der lege, sosialpolitiker og helsedirektør Karl Evang kan regnes som en sentral agent i denne utviklingen. Etter opphold i England under krigen hentet han og hans kollegaer inspirasjon til nye visjoner om et sterkt helsevesen med like rettigheter for alle, og med en samtidig plikt i befolkningen om å bidra til felleskapet gjennom skatteytelser. Selv om det hersket noe uenighet om Evangs sterke prioriteringer til helsevesenet, var felleskapstankegangen sterk i befolkningen etter krigens ødeleggelser, og det var bred enighet om dette idégrunnlaget. På tross av at sittende regjering i etterkrigstiden først og fremst ønsket å satse på gjenoppbygging av industri og andre områder innen økonomien, ble det etter hardt arbeid fra Evang satset sterkt på folkets helse som en viktig del av gjenoppbyggingen. Begrensede midler i perioden kan også forklare hvorfor sykehussektoren ble det største satsningsområdet (Schiøtz, 2003:318-21).

På den annen side hever Martinsen (2003:228) at behandling, helt fra medisinsens opprinnelse, har vært høyere ansett enn forebygging og opprettholdelse av funksjon, noe som også kan ha

innvirket på helseprofesjonenes prioriteringer av sykehussektoren på denne tiden. De helsefaglige profesjonene tok for alvor form og fikk innflytelse på denne tiden, der det også var dragninger og maktkamper innad i feltet. Legen hadde f.eks. så tidlig som på midten av 1700-tallet gjort sitt inntog i fødselshjelpen, der fødselstangen ble et viktig medisinsk-teknisk symbol, som skilte legen fra jordmoren, både faglig og sosialt (Schiøtz, 2003:131). Videre hadde legene villet ha innflytelse omkring sykepleieutdanningens mål og innhold helt fra oppstarten, mens sykepleierne etter hvert tok kontroll over de PLO-relaterte yrkene (Martinsen, 2003:110;125).

I 1945 ble Helsedirektoratet opprettet innad i departementet, der dette av mange i ettertiden har blitt omtalt som en maktkamp mellom legene og andre yrkesgrupper med innflytelse, som f.eks. byråkrater og jurister. Evang hadde helt tilbake til 30-tallet vært svært opptatt av at legene selv skulle administrere sitt eget felt og heller aldri lagt skjul på sine meninger om at denne yrkesgruppen var de rette til å prioritere ressurser og planlegge utbygginger (Schiøtz, 2003:310-316). Sykepleierne kjempet sine kamper for å posisjonere seg og kreve sine rettigheter. I etterkrigstiden var det stor sykepleiemangel som følge av ekspansjonen i sykehussektoren, der sykepleierens oppgaver også ble mer spesialiserte og medisinsk-teknologiske. Dette førte med seg både fordeler og ulemper for sykepleierne; fordeler ved å være nært tilknyttet legene, men konsekvenser som f.eks. at hjelpepleierne oppstod i 1963, som følge av et behov for å dekke de tradisjonelle PLO-oppgavene (Lund, 2012:133). Likeledes vokste en rekke andre helseprofesjoner frem allerede fra velferdsstatens spede begynnelse. Halvorsen et al. (2013) hevder at profesjonaliseringen av yrkene kan ses i sammenheng med samfunnets utvikling, der profesjonalisering på mange områder var i tråd med idealer om fremgang, vitenskapelig utvikling og velferdsstaten som idé. Kompetanseutvikling ble ansett som viktig for velferdsstatens suksess, der også mer spesialiserte yrker som f.eks. sosionom, ergoterapi og vernepleieryrket vokste frem. Andelen nye yrkestitler i helsevesenet økte fra 30 til 100 i perioden 1945-1980 (Halvorsen et al. 2013:103).

Når det gjelder eldreomsorgen i denne tidsepoken ble det først på 1960-tallet satset på bygging av sykehjem og poliklinikker, der argumentet for dette var at eldre pleietrengende med kroniske lidelser, eller andre enklere tilstander, ikke skulle ta opp sykehusplasser. Etter 20 år med opprusting av helsevesenet kunne man se en klar tendens; det hadde blitt satset stort på sykehus og institusjoner, det forelå en tredobling av antall leger og det var opprettet mange spesialenheter som følge av en rask utvikling innen legevitenskapen. Til tross for gode intensjoner og stor fremgang i helsevesenet, ble utviklingen kritisert for å gagne befolkningen med mest innflytelse i sentrale strøk og gå på bekostning av befolkningen i distriktene (Schiøtz,

2003:324-327). Det hadde blitt satset lite på utbygging av institusjoner for eldre, selv om eldreomsorg på 1950-tallet var nærmest ensbetydende med en institusjonell organisering. Denne formen for eldreomsorg hadde allerede blitt kritisert for å være passiv oppbevaring uten behandling. Det var i denne perioden disse institusjonene byttet navn til sykehjem, som kunne indikere et mål om en mer aktiv behandling. Utbygging av omsorgsboliger og aldersinstitusjoner ble et satsningsområde i større utstrekning først utover 1960-tallet der sykehjemmene skulle inneha en aktiv og behandlende funksjon, men der de som kunne klare seg i hjemmet i de neste tiår i økende grad ble oppfordret til dette (Hauge, 2005:159).

Denne doble målsettingen kan forklares av ambisjoner om økt sysselsetting og velferd, med en samtidig idé om at sykehjemmene kunne tilsvare små sykehus i distriktene og derved møte fremtidens omsorgsutfordringer (Akselberg, 2012:45-46). Likeledes var det både en kritikk av skjevfordelingen av ressurser og bekymringer for «eldrebølgen» som vokste frem i samfunnet. Eldrebølgen fremstilles i dag som et dagsaktuelt anliggende, når disse forhold i realiteten har vært omtalt helt tilbake til 1800-tallet f.eks. av sosiologen Eilert Sundt, men først for alvor kom i søkelyset på 1950-tallet. Den første eldrebølgen kom som følge av bl.a. høy dødelighet tilknyttet infeksjonssykdommer som tuberkulose og spanskesyken, samt lave fødselstall knyttet til endringer i samfunnsstrukturene, begge forekomstene ved begynnelsen av 1900-tallet. Velferdsstatens organisering hadde ført til en overgang fra familiær til offentlig forsørgelse, noe som frem mot 1990-tallet ble en stor utfordring for denne sektoren og dannet grunnlaget for det omfattende reformarbeidet «*Handlingsplan for eldreomsorgen*» (Romøren, 2005:63; Schiøtz, 2003:223-24).

Det ble argumentert sterkt for at helsestellet i hjemmet kunne være et viktig bidrag der det manglet plasser til pleietrengende på sykehusene. Private organisasjoner hadde tatt initiativ til å søke om offentlige midler til drift av hjemmesykepleietjenester allerede i etterkrigstiden, der en komité ble opprettet for å utrede dette spørsmålet. Komiteen anerkjente etter lengre tid dette forslaget, der sykepleiefaglig ledelse ble anbefalt. Etter utredningen ble det bestemt at husmorvikarene, hjemmehjelp og hjemmesykepleie skulle fortsette sitt virke som tidligere, men under en felles administrasjon ledet av sykepleiere. I 1959 ble det vedtatt at det skulle gis statlig støtte til denne ordningen, og kommuner som hadde begynt opparbeidelsen av slike tjenester ble belønnet med driftstilskudd (Braut 2005:149-150; Schiøtz, 2003:352-353).

Sykepleieprofesjonens innflytelse og tildelingen av lederansvar for denne tjenesten, viser at sykepleieren på dette tidspunkt hadde opparbeidet seg en viss faglig status og posisjon i det medisinske felt. Samtidig formidlet NSF en skepsis til utviklingen innen hjemmesykepleie-



feltet, trolig som følge av at sammenslåingen førte til at sykepleierne ble organisert med mindre faglærte yrkesgrupper som hjelpepleiere og hjemmehjelpere, kombinert med en frykt for å miste etterspurt kompetanse i sykehusene (Lund, 2012:146). Mange anså nok likevel ordningen som et fremskritt for hjemmesykepleie som virksomhet, da sykepleierne tidligere hadde måttet gjøre «husmoroppgaver» i tillegg til det sykepleiefaglige (Mathisen, 2006:192). I årene fremover skulle denne tjenesten vise seg å bli sentral innen eldreomsorgen og sykepleien, også fordi dette ble et område profesjonen inntok en mer autonom posisjon sammenlignet med sykepleierens posisjon i spesialisthelsetjenesten (Schiøtz, 2003:545).

### **Fokus på distriktene og tilbake til hjemmet som omsorgsarena 1970-2015**

Under etterkrigstidens oppbyggingsperiode hadde helsevesenet gått i gjennom en storstilt oppbygging. Utviklingen hadde dog ført til en betydelig skjevfordeling av ressurser mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Selv om det hadde blitt satset noe på distriktene i denne perioden, f.eks. med opprettelse av flere distriktslegestillinger og en begynnende opparbeidelse av helsesøstertjenesten og hjemmesykepleieordningen, kunne ikke dette sammenlignes med den høyteknologiske opprustningen som hadde foregått i sykehussektoren. Det ble etter hvert økende krav fra befolkningen om at mer ressurser måtte bevilges til helsetjenestene i distriktene. Det ble også et økende fokus på demografiske utfordringer i den offentlige debatt, der hjemmesykepleie ble fremhevet som et godt alternativ til den institusjonsbaserte omsorgen. I 1982 fikk kommunene ansvaret for hjemmesykepleiedriften med kommunehelsetjenesteloven anno 1984, og stadig flere ansvarsområder ble overført til kommunene, deriblant helsestasjonene. I 1988 ble sykehjemmene et kommunalt ansvarsområde og utover 1990-tallet ble også ansvaret for psykisk syke og utviklingshemmede overført til kommunene (Martinsen, 2003:247; Mathisen, 2006:193; Schiøtz, 2003:335-386).

Selv om Evang også hadde fremhevet viktigheten av utbygging av helsetilbudet i distriktene, markerte utviklingen et brudd med Evangs og legeprofesjonens i hovedsak sentraliserende og spesialisierende strategier. Fra 1970-tallet ble desentralisert makt vektlagt som ledd i et styrket demokrati, noe som sammenfalt med ny helsedirektør, arbeiderpartiregjering og et ideologisk skifte i befolkningen. En rekke politiske strømninger foregikk i samfunnet på denne tiden, der særlig høyt utdannede markerte seg som uenige i mye av samfunnsutviklingen. Det var studentopprør, fokus på demokrati, desentralisert makt, miljøvern og likestilling. I helsevesenet var det et opprør mot det medisinske hegemoni og en gammeldags, kjønnsdelt arbeidsfordeling. NSF viste seg som en sterk fagforening på denne tiden, der også sykepleie som kvinnedominert yrke ble problematisert (Schiøtz, 2003:349-351; 461).

Samtidig posisjonerte NSF på samme tid hjemmesykepleie som et yrke godt egnet for gifte kvinner (husmødre) i distriktene som ønsket å arbeide deltid, der dette kan tolkes i retning av at yrket fremdeles var noe lavere hierarkisk plassert sammenlignet med sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Dette på tross av at tjenesten nå hadde fått likeverdige lønnsatser med sykehusene, noe man i utgangspunktet skulle tro ville tilsi økt status og positivitet fra forbundet side. Frykten for at sykehusene skulle bli rammet av sykepleiemangel var nok fremdeles en faktor som bidro til denne posisjonen (Lund, 2012:144). Samtidig hadde legeyrket fra dets opprinnelse vært en høyt posisjonert profesjon i det sosiale rom, der legene hele veien hadde hatt innflytelse på sykepleiernes yrkesutvikling. Det å stå nærme legen og de medisinske oppgavene innebar derved også status for sykepleierne, der dette skulle vise seg å bli et mye debattert område i årene fremover (redegjøres mer utfyllende for i kapittel 4.2.2).

Da hjemmesykepleien fikk høyere prioritet enn hjemmehjelpstjenesten, kom kvinneforskningstiljøet på banen og advarte mot en degradering av den tradisjonelle omsorgen (Lund, 2012:225). På den annen side var denne periodens kvinnefrigjøringskamp sentral for at kvinner nå i økende grad kom ut i yrkeslivet. Hjemmesykepleiens gjennombrudd i moderne tid skjedde i likhet på grunnlag av mulighetsbetingelsene, der det foregikk mange ulike kamper i det medisinske felt, men også samfunnet forøvrig. Det handlet om prioriteringsproblemer i helsevesenet, der mange mente at desentralisering ville bidra til både besparelser, fordeling av makt og derved økt demokrati. (Schiøtz, 2003:349-352).

Helsefremmende og forebyggende arbeid, ble som nevnt innledningsvis, i økende grad «i vinden» der dette ble ansett som noe som først og fremst måtte foregå i distriktene. Desentralisert omsorg i primærhelsetjenestene med lavest- effektive- omsorgs- nivå (LEON-prinsippet)<sup>32</sup> vokste følgelig frem som et ideal for eldreomsorgen allerede fra midten av 1970-tallet. Hjemlig omsorg ble en ideologi og bredte om seg i politiske målsettinger fra 1970-tallet og utover 1980-tallet, samtidig som nyliberalistiske modeller ble introdusert i helsevesenet i en reformbølge ofte omtalt under samlebegrepet «New public management (NPM)<sup>33</sup> (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999:16-32; Fjørtoft, 2006:153). Fra midten av 1990-tallet så man en betydelig

---

<sup>32</sup> LEON-prinsippet er et ideal om at pasienten bør behandles innen det lavest plasserte nivå i hierarkiet av spesialiserte hjelpetjenester, nærmest mulig pasientens bosted. Prinsippet kom første gang til uttrykk i en offentlig utredning fra 1974, videre i politiske føringer utover 1980-tallet der det ble argumentert for utbygging av det kommunale tjenestetilbudet slik at pleien kunne flyttes til et lavere nivå- hjem til de gamle (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999:15;21). LEON ble derimot omdøpt til BEON (beste, effektive omsorgsnivå) i forbindelse med Samhandlingsreformen (Jacobsen, 2015:2).

<sup>33</sup> NPM ideologien fikk innflytelse i norsk helsevesen utover 1990-tallet, der en bedriftsøkonomisk logikk ble innført for økt effektivitet i denne sektoren. En rekke reformer endret sektoren gradvis og andre yrkesbakgrunner (med bedrift- og organisasjonserfaring) ble i økt grad satt til å lede tjenestene. Stykkprisfinansiering av tjenester ble innført etter bedriftsmodeller (Halvorsen et al. 2013: 51).

reduksjon i antallet pasienter på institusjon, mens antallet brukere av hjemmetjenester ble tredoblet frem til midten av 2000-tallet (HOD, 2013:31). Samtidig er dette omdiskutert da Norge er et av landene i Europa med høyest sykehjemsdekning, trolig på grunnlag av geografiske, demografiske, helsepolitiske og økonomiske forhold (Jacobsen & Mekki, 2012: 125-132). Dette underbygger på mange måter tesen om at den hjemlige omsorg kan regnes for å være en utbredt ideologi eller et doksa på eldreomsorgsområdet her til lands, mens organiseringen av omsorgen i praksis derimot kan variere mye fra kommune til kommune. En generell desentralisering har imidlertid funnet sted, der brukergruppen av hjemmesykepleie har blitt sykere og mer krevende. Herav har flere avanserte medisinsk-tekniske oppgaver blitt del av denne sektoren, og sykepleierne har blitt mer etterspurte (Mathisen, 2006:194).

### **Velferdsteknologier innføres i tråd med den hjemlige omsorgsideologi fra 1980-tallet**

VT fremstår i dag som noe nytt, innovativt og banebrytende, mens slike tekniske hjelpemidler ble introdusert allerede fra 1980-tallet i Norge. Her må VT-begrepets bredde igjen tydeliggjøres, der tekniske hjelpemidler som f.eks. gåstoler og briller har en mye lengre historie enn hjelpemidler bestående av elektronikk. Allerede tidlig på 1900-tallet ble f.eks. ortopediske hjelpemidler som korsetter, krykker og støkker tatt i bruk for poliorammede (Schjøtz, 2003:401). Hjelpemidler bestående av elektronikk sin genese må likeledes ses i sammenheng med den teknologiske utvikling ellers i samfunnet. Følger vi teknologiutviklingen i boligen ser man hvordan boligen ble omformet som følge av nye oppfinnelser, elektrisitetsnettets ga muligheter for belysning i hjemmene allerede på 1890-tallet, og nyvinninger som sentralvarmeanlegg og de første vannklosett økte boligstandarden betydelig. Videre ble elektrisk strykejern og støvsuger utviklet for husmoren allerede ved århundreskiftet (Grytli & Støa, 1998:26-31). Eksemplene viser til teknologier i boligen som folk flest i den vestlige verden i dag tar for gitt, mens disse produktene en gang var nye og banebrytende.

Allerede på 1970-tallet startet perioden som i ettertiden har blitt omtalt som «dataalderen». Datamaskinen ble et prestisjetungt symbol på det moderne og nyskapende, der datateknologi utviklet seg til å bli en raskt voksende milliardindustri, og den personlige datamaskinen var et faktum allerede på 1980-tallet. Perioden bar preg av optimisme, tro på vekst og teknologiske fremskritt, på tross av økonomisk ustabilitet og børs kriser både i Norge og utenfor landets grenser (Furre, 1999:344-45; 408). VTs (elektroniske hjelpemidler) opprinnelse under 1980-tallets «jappetid», var nok både utrykk for en markedstilpasning mot en ny organiseringen i helsevesenet, samtidig som denne tidsperioden innebar mye gründervirksomhet og teknologiske fremskritt innen elektronikk. Dataalderens oppfinnelsene skapte nye behov og

man kan undre seg over om produktene like trolig søkte en anvender som at anvender søkte et produkt?

I den vestlige verden har teknologier alltid vært forbundet med økt velstand, velferd og fremtidstro, der samfunnsutviklingen forstås som avhengig av teknologiutviklingen (teknologisk determinisme). Nyansene er derimot større, der også markedet er med på å avgjøre hvorvidt teknologier blir utviklet. Teknologi blir ikke utviklet bare fordi det er mulig ei heller bare på bakgrunn av et reelt behov, det må derimot være et marked for den. Slik kan teknologier i et velstandssamfunn produseres som følge av en overflod av ressurser, mens mer trengte teknologier ikke nødvendigvis utvikles i fattigere deler av verden, om det ikke er et kjøpedyktig marked tilstede (Skolbekken & Lian, 2003:653-656). I den sammenheng kan man og drøfte om VT er kommet til som følge av mulighetsbetingelsene i den vestlige verden, da VT først og fremst utprøves og implementeres blant eldrebefolkningen i vestlige land.

Myndighetene tok initiativ til en IKT-satsning i kommunesektoren gjennom nasjonale helseplaner og reformer allerede på 1980-tallet og utover 1990-tallet, f.eks. med «Handlingsplan for eldreomsorgen» (Bogen, 2008:10). Perioden fra 1970-tallet har likeledes vært omtalt som det første brudd med «klinikken» og det medisinske felts hegemoni. Fokus på brukervedvirkning, hjemlig omsorg og tekniske hjelpemidler for oppnåelsen av denne nye og hjemlige ideologien, kan synes å passe godt med denne løsrivelsen. I kommunehelsetjenesten var trygghetsalarmsystemet (se fotnote 4) og datamaskiner for bruk til dokumentasjon det første som materialiserte seg (Fjørtoft, 2006:154). På 1990-tallet ble smarthuset (se s.2) presentert som et stort potensiale for denne sektoren, selv om smarthusideen allerede hadde kommet til i USA og Japan under 1980-tallets teknologioptimisme, presentert som fremtidens intelligente bolig. Smarthuset ble i Norge først introdusert for næringsliv og kontor-virksomheter, for senere å bli markedsført mot privatpersoner og helsesektoren (Grytli & Støa, 1998:198-201).

Første eksempel på smarthusatsning innen helsesektoren kan knyttes til en utstilling under Paralympics i 1994 og det EU-støttete forskningsprosjektet BESTA, der smarthusløsninger ble prøvd ut for brukere med demens. Prosjektet ble et knutepunkt mellom sentrale interessenter som Husbanken<sup>34</sup>, helsemyndighetene og industrien selv. Smarthusideen slo derimot ikke an som forventningene tilsa, der man i ettertid har hevdet at det var flere årsaker til dette. Både teknologiske, organisatoriske og etiske utfordringer var til stede i feltet fra opprinnelsen.

---

<sup>34</sup> Husbanken har en sentral rolle i gjennomføringen av norsk boligpolitikk, og er i dag underlagt Kommunal- og regionaldepartementet (Helsedirektoratet, 2012: 91-94).

Forhindringer i lovverket samt skepsis blant myndighetene og folk flest, kan gjenspeiles i mediedekningen om temaet fra denne perioden. Heller ikke utstyret var stabilt nok, noe som også svekket tilliten. Manglende etterspørselen fra befolkningen kan derav også ha bidratt til å avvikle idéen. På tross av skepsisen ble det i 1995 opprettet et odelstingsforslag om å åpne opp for mer bruk av teknologi i helsesektoren (Thygesen, 2009:102-105).

Personvern hadde vært mye omdiskutert siden starten på dataalderen, der personvernloven ble lagt i støpeskjeen og Datatilsynet ble opprettet kort tid etter dataalderens inntog. Videre var det både bekymring og optimisme vedrørende datateknologiens innvirkning på arbeidsplassene her til lands og skepsis til manglende standardisering av datainnkjøp i det offentlige byråkrati, mens massive markedskrefter kjempet for andelene inn mot disse sektorene (Furre, 1999:344-346). Markedsinteressene er likeledes tilstede når VT i dag introduseres i denne tjenesten, noe som kan anses som sentralt for denne utviklingen. Man er avhengig av at markedet vil satse på VT, samtidig som at man i kommunene ønsker langsiktige og standardiserte systemer, slik at ikke store ressurser brukes på umodne løsninger eller mange ulike teknologileverandører. Dette skaper slik sett usikkerhet både for teknologileverandørene og kommunene, og er noe av bakgrunnen for den statlige styringen av utviklingen innen VT i Norge, f.eks. gjennom NVP. (Helsedirektoratet, 2012:37-39, HOD, 2013:15). Det vil imidlertid bli interessant å følge utviklingen fremover og se om velferdsteknologiske løsninger blir etterspurt og ønsket.

I dag er den politiske satsningen på hjemmetjenesten fremfor institusjoner fremdeles tilstedeværende, og mye peker i retning av at hjemmetjenesten vil få økende prioritet også i fremtiden. Dette forklares politisk ut ifra et ideal som tilsier at eldre har det best når de får bli boende hjemme så lenge som mulig. Hvor dette idealet kommer fra og hvorfor det formidles så sterkt politisk, er et av spørsmålene denne oppgaven berører når VT undersøkes, der historiseringen har gitt noen svar. Utviklingen i de kommunale hjemmetjenester må også ses i lys av økonomiske besparelser ved å minske institusjonalisering, samtidig som hvordan kommunene organiserer seg varierer mye. De fleste kommuner satser dog stort på hjemmetjenestene da dette feltet har vist seg å kunne gi den beste utnyttningen av ressursene (HOD, 2013:35). Herav har avanserte medisinske oppgaver også flyttet inn i denne sektoren, i tråd med det Engström (2012) hevder; at «*klinikken har flyttet hjem*».

Utviklingen fra nabokonene, via husmorvikarene og til hjemmesykepleieordningen som den dominerende posisjon i disse tjenestene, kan også forstås som en overgang fra et fokus på det *sosiale* til det *medisinske* (HOD, 2013:36). Kanskje er idealet innen eldreomsorgen uttrykk for et doksa i det medisinske felt, der selvstendighet og egenomsorg i hjemmet er å foretrekke om

det ikke skal foretas avansert medisinsk behandling? Kanskje har både helsepolitikere og helsepersonell inkorporert dette idealet gjennom tiår med denne ideologien fra medisinene som kan anses som en dominerende posisjon i det sosiale rom?

I dette doksa passer det godt å satse på VT, og i sentrale politiske dokumenter på området er det ikke spørsmålet lenger *om* vi skal implementere VT i disse tjenestene, men *hvordan* vi skal gjøre dette på en best mulig måte (HOD, 2011;2013; Helsedirektoratet, 2012). Samtidig er etiske utfordringer med bruk av teknologi i helse- og omsorgsøyemed fremdeles en sentral del av debatten. Her drøftes både hva som kan og bør implementeres, og hvem som har størst interesser på området (Hofmann, 2010:8-31). Likeledes synes hvilke typer teknologi å være avgjørende, der jeg tidligere har hevdet at bruk av teknologi i omsorgsarbeid kan synes å være mer kontroversielt enn teknologibruk i medisinsk behandlingssammenheng. Samtidig virker teknologier i omsorgsøyemed (telecare) å være et større satsningsområde om man tar utgangspunkt i politiske dokumenter og de kommunale prosjekter som foregår gjennom NVP (f.eks. Helsedirektoratet, 2014).

Telecare vedrører i større grad PLO og de lavere prestisjeområder mens telehelse (telehealth) vedrører behandlingsteknologier brukt i hjemmet, f.eks. KOLS-koffert<sup>35</sup> og annen hjemme-monitorering. Bakgrunnen for dette skillet mellom hva det satses mest på, vites ikke. Kanskje er det økonomisk dyrere apparaturer og personal fra høyere prestisjeområder som kan avlastes med telehelseanordninger, mens telecare (omsorgsteknologier) oppleves å i større grad true en yrkesgruppe og en omsorgsform (mer knyttet til det nære om mellommenneskelige), enn å avlaste den? Samtidig kan man undres om implementering av teknologier også kan bidra til å høyne statusen i dette subfeltet, slik det også hevdes i et sentralt helsepolitisk dokument på området (drøftes i punkt 5.1.1).

På den annen side vil jeg hevde at skepsisen på 1990-tallet var større og vekket mer debatt enn i dag. Selv om de skeptiske posisjoneringene fremdeles er tilstedeværende, er min tese at slike holdninger i ord og handling ikke kan regnes å være del av maktfeltenes<sup>36</sup> doksa vedrørende temaet i dag. Jeg knytter maktfeltet til det overordnede VT-området i Norge, der både politikere,

---

<sup>35</sup> KOLS-koffert er en laptop-lignende koffert hvor pasient og profesjonell kan kommunisere via videokonsultasjon. Pasienten bruker ulike måleinstrumenter der medisinske data kan sendes spesialisthelsetjenestens profesjonelle, og kan således få legevisitt i hjemmet flere ganger i uken uten å måtte ta den belastning det er å reise på sykehus. Samtidig har ordningen vært kritisert på bakgrunn av at KOLS pasienter kan ha angst som følge av tung pust og derav kunne ha godt av fysisk tilstedeværelse (Notater fra foredrag på konferanse nr. 2)

<sup>36</sup> Bourdieu hevdet at maktfeltet rommer forholdet mellom de agerende (agenter eller institusjoner) som innehar den kapital som muliggjør dem i å innta en dominerende posisjon, primært en konflikt knyttet til motsetningsforhold mellom økonomisk og kulturell kapital (Priour & Sestoft, 2006:171).

markedsaktører og sentrale posisjoner innen det medisinske felt kan hevdes å være agerende på området, noe jeg vil redegjøre nærmere for i analysens del to. Hjemlig omsorg har vært og vil trolig forbli i den retningen eldreomsorgen utvikler seg, der nevnte reformer som Samhandlingsreformen<sup>37</sup> etter mitt syn kan hevdes å være i tråd med denne ideologien.

### **Oppsummerende refleksjoner rundt historiseringens første del**

Hensikten med første del av den historiske gjennomgangen har vært å konstruere en forklaring på første del av forskningsspørsmålet; *hvordan det kan ha seg at det i dag implementeres VT i de kommunale PLO*. Oppsummert viser gjennomgangen at det til enhver tid har foregått kamper i de sosiale rom, som har virket inn på hvordan vi har organisert omsorgsbehovene i samfunnet, deriblant kampen om definisjonsmakten i helsevesenet og de ulike helseprofesjonenes kamp om råderetten over sitt domene. Det har vært kamper i det politiske felt om hva som har vært ansett som viktig å satse på i samfunnet, der helsepolitiske spørsmål har fått stor prioritet siden den medisinske klinikkens opprinnelse. Et annet aspekt som gjennomgangen til nå i liten grad har berørt, er den store betydningen det økonomiske felt har i samfunnet, der helsevesenet også har vært gjenstand for endringer i tråd med det økonomiske felts logikker, samt tilstedeværende markedskrefter. Samtidig har jeg vist at heller ikke dette er moderne anliggende, der det innen den medisinske utviklingen også har løpt en medisinsk-teknisk utvikling parallelt. Her tenker jeg på f.eks. kirurgiske instrumenter, termometeret og røntgenteknologi, der instrumentene har hatt stor betydning for utviklingen innen medisinen, altså et gjensidig avhengighetsforhold mellom disse posisjoner.

Sykepleieren har som legens assistent måttet forholde seg til det instrumentelle, der også markedsføring av medisinsk-teknisk utstyr rettes mot sykepleieren (Sandelowski, 2000:53-73). I dag er legemiddelindustrien en sentral agent i det medisinske felt (Petersen & Callewaert, 2013:226), der man eksempelvis finner markedsføring av legemidler i Sykepleien<sup>38</sup>. Det nye er kanskje *omfanget* av den medisinske markedsføringen og hvem den blir rettet imot. Medisinens sentrale posisjon i samfunnet har ført til at stadig flere tilstander har blitt ansett som medisinsk relevante og behandlingsskrevende, i helsesosiologien ofte omtalt som *medikalisering*. Dette har

---

<sup>37</sup> Samhandlingsreformen (iverksatt fra 2012) tilstreber at pasientene i enda større utstrekning rehabiliteres i de kommunale PLO, etter ferdigbehandling på sykehus. Dette med bakgrunn i tre hovedproblemstillinger; utfordringer knyttet til arbeidsdelingen og koordineringen av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, for lite innsats på forebygging og utfordringer knyttet til eldrebølgen. Det ble gjennom reformen forventet at kommunene bygget ut tilbudet for både akutt behandlingstrengende og pasienter som trengte rehabilitering etter sykehusbehandling. Virkemidlene for gjennomføring av reformen var bøtelegging av kommunene om de ikke hadde et adekvat tilbud til disse pasientene. Reformen ble raskt innført og har i senere tid vært kritisert for å ta for lite hensyn til kommunenes ressurser og kompetanse til å ta imot til dels alvorlig syke pasienter (Halvorsen et al. 2013:181).

<sup>38</sup> Tidsskrift for medlemmer i NSF

skapt nye behov og ført til et økt fokus på kropp og helse i samfunnet, der markedet igjen har tilpasset seg etterspørselen. Spørsmål om VT også kan være et eksempel på en slik trend kan derav også stilles (Tjora, 2014:204).

Bourdieu peker på at mennesker ikke handler på en bestemt måte fordi de har bestemt seg for det, men fordi det stemmer overens med deres disposisjoner, aktuelle relasjoner, dominerende strukturer og verdier i feltet (Bourdieu & Wacquant, 1996:89). Det er derfor aktuelt å se nærmere på de agenter som gjennom historien har virket i eldreomsorgen, for å kunne forstå dagens utvikling med økende bruk av VT. Sykepleierne har vært og er fremdeles sentrale i denne sektoren, der implementering av teknologi blir møtt med både engasjement og ergrelse blant sykepleiere og annet helsepersonell (Aardalen, 2014; Thygesen, 2009). Hvorfor dette temaet fremdeles vekker debatt, vil det i det påfølgende underkapittel også søkes svar på gjennom historiebøkene. Jeg vil i det påfølgende avsnitt forsøke å konstruere frem en forståelse og forklaring på disse forhold gjennom en analyse av spenningsforholdene mellom omsorg og teknologi innen sykepleie. Denne delen av historiseringen anses også som hensiktsmessig på bakgrunn av Bourdieus teser om felters polariseringer mellom den verdslig/økonomiske og kulturelle pol (Priour & Sestoft, 2006:171-172).

#### **4.2.2 Dikotomien mellom omsorg og teknologi i sykepleie**

Jeg vil det følgende underkapittel redegjøre for relasjonen mellom omsorg og teknologi i sykepleie da jeg mener dette har relevans for å kunne konstruere frem en forklaring på forskningsspørsmålet, da spesielt tilknyttet underspørsmål nr. 2 og 3<sup>39</sup>. Disse spørsmålene kretser rundt dagens kamper om VT og den strukturerende virkning teknologier kan sies å ha for sykepleieprofesjonens posisjon i subfeltet hjemmesykepleie. Sykepleieprofesjonens posisjoneringer til teknologi i fortid anses som relevant for å kunne forstå dagens kamper og posisjoneringer til teknologi, slik Bourdieu mente at fortidens menneske ubevisst er med agentene når de handler i det sosiale rom (Priour & Sestoft, 2006:216-219).

Som historiseringen til nå har påpekt har sykepleiefagets utvikling vært preget av en draging mellom medisinske, teknologiske og administrative oppgaver på den ene side og pleie- og

---

<sup>39</sup> *Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres velferdsteknologi (VT) i de kommunale pleie- og omsorgstjenester?*

1. Hvor kommer implementering av VT, som sosial praksis ifra historisk?
2. Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praksis?
3. Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praksis og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester



omsorgsoppgaver på den annen, der det sistnevnte ofte har blitt betegnet som det opprinnelige eller særegne for faget. Dette på bakgrunn av en medisinfaglig tilhørighet, men en samtidig verdiladet dimensjon med opphav før den moderne sykepleies opprinnelse i relasjon til medisinen omkring 1850 (Lund, 2012:36). Likeledes kan denne vektleggingen også bunne i kjønnsrollemønster tilbake til den industrielle fremvekst, der menn i størst grad har blitt ansett som formålsrasjonelle og kvinner som emosjonelle og omsorgsgivende (Martinsen, 2003:19).

Da det mannsdominerte legeyrket hadde behov for kvalifiserte assistenter, hadde de også interesse i utformingen av sykepleieyrkets innhold og rammer. Martinsen (2003:104-108) peker på at omsorg ble et middel i denne maktkampen og sykepleiernes måte å legitimere sin egenart og selvstendighet på. Forståelsen av at omsorgshandlinger både er tuftet på medfølelse og bruk av fornuft, ble f.eks. brukt som virkemiddel når lønn ble diskutert allerede fra mellomkrigstiden, senere omtalt som omsorgsrasjonalitet av Kari Wærness og miljøet rundt henne i sosiologien. Det paradoksale med dette var at det trolig bidro til videreføring av en kjønnsdelt arbeidsfordeling og patriarkalsk samfunnsinndeling, ikke motsatt slik intensjonen kanskje var. Slik ble også spørsmål om sykepleiens egenart kjønnet, der likestillingsspørsmål fremdeles debatteres i tilknytning til sykepleiens yrkesrolle (Martinsen, 2003:104-108). Likeledes var omsorgsarbeid, altså det å ta vare på barn, eldre og syke, et kvinnelig anliggende helt frem til det offentlige med velferdsstatens fremvekst sørget for en endring i denne organiseringen. Avhengigheten av forsørgelse fra mannen hadde på mange måter blitt erstattet med en avhengighet av staten, og selv om endringen ga mulighet for et fritt yrkesvalg for kvinner, valgte fremdeles mange omsorgsyrker (Næss, 2005:11-12).

Omsorg har vært et sentralt begrep i forsøket på å definere sykepleie. Begrepet er knyttet til det å *sørge for* den andre som trenger det, noe mange er enig om at sykepleie handler om. Samtidig har ikke omsorg som det definerende for sykepleie alltid vært noen selvfølge. Behandlingsoppgaver var i fokus i lærebøkene fra midten av 1950-tallet da sykepleierne også knyttet seg nærmere legen i forbindelse med medisinske fremskritt i spesialisthelsetjenesten og økte krav til sykepleierens kompetanse (Martinsen, 2003:68;96). Denne utviklingen har også blitt sett i sammenheng med økt prestisje og status, f.eks. ved at behandling tar sikte på å kurerer folk, mens kronisk sykdom og langvarig pleie- og omsorg kan anses som lavere posisjonerte oppgaver i det medisinske felt (Album, 1991; Martinsen, 2003). Martinsen (2003:96) betegner denne fasen som en overgang fra den *humanistiske* tradisjonsfasen til den *medisinsk-*

*teknologiske* fasen, der dette førte til en identitetskrise for profesjonen og akademisering fungerte som en løsning på denne krisen.

Samtidig ble akademisering også gjenstand for en kamp i feltet, der noen av sykepleierne søkte mot humanistiske vitenskaper mens andre betydningsfulle agenter<sup>40</sup> vektla akademisering nærmere den medisinske vitenskap og ambisjoner om å bli en profesjon (Lund, 2012:73-77). Likeledes var det enkelte som mente betegnelsen profesjon var jålete og ga assosiasjoner til høyere posisjonerte yrker som lege eller advokatyrket, mens det var andre som ble forarget da begrepet semi-profesjon<sup>41</sup> ble foreslått (Lund, 2012; Schiøtz, 2003:125).

En forklaring på denne kampen kan også settes i sammenheng med sykepleierens tette samarbeid med legen som hadde høy status i samfunnet. Historisk kan man herav trekke paralleller til opplysningstidens sekulariserende virkninger, der legen på mange måter erstattet prestens sosiale posisjon (Petersen & Callewaert, 2013:228). Den makten kirken hadde hatt over folkets sjeler, hadde legen nå fått omkring folkets kropp og samfunnets helse (Martinsen, 2003:165). Legene innehar den dag i dag en høy sosial posisjon med makt utover helsevesenets grenser, f.eks. besitter denne yrkesgruppen sentrale posisjoner i maktfeltet (Petersen & Callewaert, 2013:228). Dette har sykepleierne både kunnet dra nytte av, samtidig som målet om selvstendighet har ført til en polarisering omkring det medisinske, tekniske og rasjonelle versus omsorgen og andre kjerneverdier i faget. Likeledes har jeg argumentert for at dette også kan forstås ut ifra det symbolske ved lege-sykepleierrelasjonen, der man kan finne røtter tilbake til den kvinnelige rollen som ansvarlig for familiær omsorg og avhengig av mannens forsørgelse. Trolig har deler av dette blitt overført til den sosiale virksomheten i det medisinske felt, der dette fremdeles er preget av maktkamper mellom helseprofesjonene (Petersen & Callewaert, 2013:39;220).

I forbindelse med NSF's profesjonskamp kom det mange motreaksjoner både i fagdebatten og forskningen. Sykepleiernes maktdemonstrasjon og kontroll over hjelpepleierne bidro paradoksal nok til å plassere sykepleieren enda nærmere de medisinsk-tekniske og administrative oppgavene, mens hjelpepleierne ble satt til å avlaste sykepleieren med de mer pasientnære pleie- og omsorgsoppgavene (Lund, 2012:133-38). Slik ble både sykepleiefaget

---

<sup>40</sup> Jeg referer her i hovedsak til Helga Dagsland, som var den første norske sykepleieren som gikk en akademisk vei. Hun reiste i likhet med mange andre fagentusiaster til USA på 1950-tallet, der hun hadde begreper som vitenskap og profesjon med seg tilbake til hjemlandet. Hun mente at sykepleiefagets oppgaver var uklare og i for stor grad lignet tradisjonelle kvinneoppgaver som hadde vært utført til alle tider i hjemmet (Lund, 2012:73-77).

<sup>41</sup> Profesjon betyr faglært. Begrepet semi-profesjon viser til yrker med et snevrere og mindre autonomt kunnskapsgrunnlag (Schiøtz, 2003:125).

og praktikken nærmere legen, naturvitenskapen og det medisinsk-tekniske domenet enn noen gang. På mange måter gikk det i samme retning da sykepleie ble høyskoleutdanning i 1982, der profesjonsteoretikere i ettertid har påpekt at dette trolig var en vitenskapelig legitimeringsstrategi der yrkesfaglige utdanninger ble løftet opp på et høyere vitenskapelig nivå gjennom inkludering i høyskolesystemet (Molander & Terum, 2008:65).

Etter profesjonaliseringen vokste omsorgsspørsmål i sykepleien frem som et enda sterkere interessefelt, der kritikken av teknisk rasjonalitet og det medisinske hegemoni blomstret utover 1970 og 80-tallet. Kvinneforskningsmiljøet engasjerte seg i feltet i denne perioden, der historiker Kari Martinsen og sosiologen Kari Wærness markerte seg som tydelige posisjoner innen omsorgsforskningen. Deres kritikk gikk mot den økende akademisering av faget, der de omtalte omsorg som en praksis som ikke kunne læres gjennom medisinsk teori og et positivistisk syn på viten ble presentert<sup>42</sup> (Næss, 2005:14). De posisjonerte seg i retning av at pleiegruppene som hadde blitt delt på 1960-tallet nå måtte nærme seg hverandre, fordi omsorgens status ble overstyrt i den profesjonelle sykepleien. Dette virket trolig forsterkende på de to fløyer i faget (Lund, 2012:75) og polariseringene innad i yrket. Samtidig var disse posisjoneringene på mange måter stikk i strid med det NSF hadde kjempet for i en årrekke, f.eks. i arbeidet med å beholde den treårige utdanningen der de var sterkt for akademisering. Tilnærmingen vekket derfor mye debatt innad i disse kretser. Motargumentene var at praksis også dreide seg om det instrumentelle, der teknisk utstyr måtte ses på som en integrert del av pasientomsorgen. Innad i forbundet hersket det en fortvilelse over motstanden fra f.eks. kvinneforskningsmiljøet, der NSF's hevdet ordet «teknikk» hadde blitt et skjellsord. Martinsens posisjoneringer virket truende da disse ble oppfattet i retning av en deprofesjonalisering, mens hun i realiteten arbeidet for økt selvstendigjøring ved å ta omsorgen (forstått som kjernen i faget) tilbake (Lund, 2012:216-226).

På mange måter kan man si at NSF «vant» kampen på dette området; sykepleie ble som nevnt høyskoleutdanning og sykepleievitenskap vokste frem som et universitetsfag på slutten av 1970-tallet, først i Bergen og senere i Oslo. NSF mente at profesjonalisering var viktig for opprettholdelsen av sykepleie som et selvstendig yrke. Samtidig ble omsorgsbegrepet etter en rekke utredninger på begynnelsen av 1980-tallet, posisjonert som kjernen i faget og forbundet lanserte begrepet *omsorgsdisiplin* om sykepleieyrket på denne tiden (Lund, 2012:228-239).

---

<sup>42</sup> F.eks. i «Pleie uten omsorg» fra 1979 (Næss, 2005:32).

Omsorgens store betydning kan ut ifra Bourdieus teoriunivers forstås som sykepleieprofesjonens posisjoneringer for opprettholdelse av en betydningsfull status i det medisinske felt, og kan derav anses som et doksa i subfeltet sykepleie på tross av en rekke kamper vedrørende omsorgens betydning. Kanskje kan fokuset på omsorg også knyttes til doksa i det medisinske felt, der man har en formening om at det man gjør er for å forhindre sykdom og fremme sunnhet? (Larsen, 2009:43). Martinsen (2003:145) har også drøftet dette, og hevder at forståelsen av at man i helsevesenet først og fremst er opptatt av å handle til «pasientens beste» er en gammel ideologi der denne tankegangen har vært brukt for å legitimere medisinenes overgang fra en *holistisk* til en *klinisk* medisin på 1800-tallet. Altså for å kunne rettferdiggjøre alle former for teknologisk inngripende medisin, som for øvrig ikke alltid har gagnet pasientens helbredelse. Argumentene for profesjonalisering og akademisering var i sin tid også «*pasienten i sentrum*», der lignende slagord foreligger i dagens politiske dokumenter, som f.eks. St. meld nr. 47 om Samhandlingsreformen der det hevdes at «*pasienten er i sentrum for samhandlingen*» (Lund, 2012:67; HOD, 2009:47).

Bourdieus teoretiske begreper åpner slik sett øynene opp for en annen forståelse av sykepleiernes kamper vedrørende omsorg og teknologi der også en profesjonskamp, eller en kamp for en bestemt sosial plassering i feltet, kommer til syne. I den sammenheng vil jeg på bakgrunn av gjennomgangen hevde at den tette tilknytningen til legen også har posisjonert sykepleieren høyere i det sosiale hierarki, der dikotomien mellom omsorg og teknologi likeledes kan hevdes å ha vært symbolske kapitaler. Dette på bakgrunn av at teknologi kan forstås som en symbolsk kapital i samfunnet og derav også i det sosiale mikrokosmos subfeltet sykepleie representerer. Selv om teknologi har representert en kamp i feltet har også medisinsk-teknisk kunnskap gjort sykepleieren kompetent til å utføre høyt hierarkiserte oppgaver i det medisinske felt, og derved bidratt til å høyne sykepleieprofesjonens overordnede status. Dette på tross av en sterk opposisjonell sykepleieposisjon som har ansett tradisjonelle omsorgsverdier som en høyere ansett kapital å bringe i spill. Herav har medisinsk kunnskap og avanserte teknologier slik sett vært et gjennomgående forstyrrende element i kampen for en samlet sykepleieposisjon, der dette har kommet til syne i tvetydige posisjoneringer (Sandelowski, 2000). Dette kan igjen forklares av ulike disposisjoner innad i sykepleieposisjonen, noe Lindgren (1992) og Engströms (2012) studier påpeker.

Når nye teknologier introduseres i helsevesenet i dag presenteres de med ord som *omsorg* eller *velferd*, der det kan hevdes at omsorgens betydning i helsesektoren fremdeles er sterkt tilstedeværende. Likeledes vil jeg hevde at NSF den dag i dag fremstår tvetydig i sine

posisjoneringer vedrørende teknologi og omsorg, noe jeg vil redegjøre for i analysens del to ved hjelp av eksempler fra dagsaktuelle artikler, medieoppslag og egen empiri.

### 4.3 Oppsummering av analysens del en

Første del av analysen har hatt til hensikt å svare på underspørsmål nr. 1, men har også berørt tema av relevans for underspørsmål nr. 2<sup>43</sup>. Den hjemlige omsorgs genese og dikotomien mellom omsorg og teknologi har blitt fremskrevet historisk, der dette fokuset i historiseringen vokste frem på bakgrunn av at disse forhold fremstod som relevante for å kunne forklare dagens kamper vedrørende (velferds)teknologi og idealet om hjemlig eldreomsorg.

Oppsummert har analysen pekt på at omsorg i hjemmet ikke er noen ny oppfinnelse, men en praksis som har eksistert så lenge det har eksistert mennesker med omsorgsbehov. Omsorgen har i all hovedsak vært et familiært anliggende før klinikkens fødsel på 1800-tallet, selv om det finnes eksempler på organisert institusjonell og hjemmebasert omsorg før dette. Hjemmesykepleie i mer organiserte og profesjonelle former har, i likhet med andre former for sykepleie, oppstått og utviklet seg som et subfelt av det medisinske. Legenes makt og dominans har vært førende for prioriteringer i helsevesenet, mens en svekkelse av denne posisjonen skjedde som følge av et opprør mot det medisinske hegemoni samt nyliberalistiske politiske strømninger fra 1970-tallet. Dette førte til nye strategier i helsevesenet, med en gradvis endring fra legens og sykehusfeltets dominans i eldreomsorgen til mer hjemlig omsorg under lavest effektive omsorgsnivå. På samme tidspunkt i historien ble de første former teknisk/elektroniske hjelpemidler innført i de kommunale PLO, der jeg relaterer dette til den overordnede utviklingen i organiseringen av eldreomsorgen i Norge og land med lignende velferdsorganisering.

Historiseringen har også vært hensiktsmessig med henblikk på Bourdieus bruddtenkning og den refleksive fremgangsmåte, og åpnet opp for nye forklaringer og sammenhenger, samt en bevissthet rundt egen forforståelse vedrørende temaet teknologi og omsorg. Jeg har til nå kommet frem til at teknologi, sykepleie og omsorg er områder som kan sies å ha utgangspunkt i ulike logikker, der dette kan være en av forklaringsmodellene på hvorfor teknologi har skapt og fremdeles skaper uro og diskusjoner i sykepleieprofesjonen. Kampene om dette temaet

---

<sup>43</sup> *Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres velferdsteknologi (VT) i de kommunale pleie- og omsorgstjenester?*

1. Hvor kommer implementering av VT, som sosial praksis ifra historisk?
2. Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praksis?
3. Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praksis og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester

forstås som polariseringer i feltet der teknologi, på bakgrunn av å være knyttet til det instrumentelle nærmere legens område, har skapt uro som følge av at «kjernen» eller det opprinnelige i sykepleie som i større grad har vært forbundet med det omsorgsrasjonelle. Teknologier har slik representert motpol til omsorg for sykepleierne og derved også virket truende på løsrivelsen fra den underordnede rollen som legens assistent. Samtidig har legenes dominerende posisjon og teknologiene tilknyttet profesjonen vært symbolisert med status og makt, der dette også har kunnet gagne sykepleiernes posisjon i feltet.

Det hele forstås som sosiale forståelseskategorier utviklet gjennom historiens løp, der min tese så langt knytter seg til at disse kan spores i dagens forståelseskategorier vedrørende VT. Historiseringen har derved både bidratt til å beskrive og forstå de institusjonelle og strukturelle forandringer, samtidig som funnene fra historiseringen anses som nyttige når objektet VT som sosial praksis skal konstrueres frem i de videre analyser.

## **5.0 Andre del av analysen**

I analysedel to vil jeg ta med meg funnene fra analysedel en når underspørsmål nr.2 (se fotnote 43) drøftes ut ifra et feltperspektiv. Posisjonerer fra akademiske miljø, helsepolitikken, fagforeninger, interesseorganisasjoner m.m. er gjennom studiet blitt innsamlet, der jeg forstår disse blant de agerende posisjoner på området. Deres posisjoneringer vil ut ifra feltteorien analyseres frem relasjonelt, som et møte mellom ulike posisjoner på *VT-området i Norge*. Hensikten er å *beskrive* hvem agentene i feltet er, hvordan de posisjonerer seg og hva det kjempes om vedrørende teknologiimplementering i eldreomsorgen, som en sosial praksis. Kampene i feltet og forholdet mellom de dominerende og de dominerte vil *forklares* ved hjelp av habituskonstruksjonen<sup>44</sup>. Feltskisser inspirert av Bourdieu og Larsen<sup>45</sup> vil brukes for å gi leseren et illustrativt bilde av maktforholdene og polariseringene i det sosiale rom.

### **5.1 Orienteringer i feltet nærmere den verdslige/økonomiske pol**

Teknologiimplementering som praksis har til nå blitt posisjonert som møter mellom de verdslig/økonomiske og kulturelle poler i det sosiale rom, noe jeg vil forsøke å underbygge i denne delen av analysen. Jeg finner dette perspektivet relevant på bakgrunn Bourdieus tese om at felter med lavere grad av autonomi i større grad blir influert av maktfeltets heteronome pol

---

<sup>44</sup> Bourdieus trilogi: Posisjon, disposisjoner og kapitaler og posisjoneringer innenfor et felt (Petersen & Callewaert, 2013:23).

<sup>45</sup> Eksempelvis Bourdieus feltskisse over sosiale posisjoner og rommet for livsstiler i Distinksjonen (1979/1995:35). Og Larsens (2009:45) tentative feltskisse av det medisinske felt inspirert av Albums (1991) studie av sykdommers hierarki og prestisje (se vedlegg 12). Funn gjort av tidligere praxeologiske masterstudier; som Mykings (2013) studie av palliasjonspraksiser og Akselbergs (2012) studie av helsepersonells praktikker i subfeltet hjemmesykepleie har også inspirert meg.

(Priour & Sestoft, 2006: 172). Gjennom analysen har jeg posisjonert sykepleie som et subfelt av det medisinske felt, der eldreomsorg er blitt posisjonert relativt lavt i det medisinske felts hierarki. Teknologier har jeg derimot posisjonert høyt i det sosiale hierarki, på grunnlag av å representere både økonomisk (ny næring og offentlige besparelser) og kulturell (teknologistøttet omsorg, nytenkning, innovasjon, vitenskap) kapital. Hvorvidt teknologi fremstår som en symbolsk kapital har jeg derimot argumentert for at i stor grad avhenger av hvilket felt denne kapital bringes i spill. I de påfølgende underkapitler vil jeg argumentere for at teknologi har en større symbolverdi i felter nærmere den verdslig/økonomiske og heteronome pol, enn felter nærmere orientert mot den kulturelle pol og autonome pol, innen det medisinske felt. Dette vil gjøres ved å presentere ulike posisjoners posisjoneringer og følgelig analysere frem hvilken pol av det sosiale rom de kan sies å være nærmest orientert mot. De første avsnitt presenterer posisjoneringer som tolkes som nærmere orientert mot den verdslige/økonomiske pol.

### **5.1.1 De nasjonale helsepolitiske føringer**

De nasjonale helsepolitiske føringer om eldreomsorgen, anses som sentrale for å kunne beskrive og forstå hvordan det politiske maktfelt posisjonere seg på VT-området. En gjennomgang av helsepolitiske dokumenter anses også som relevant på bakgrunn av at jeg har observert at det refereres mye til slike dokumenter av agerende på VT-området i Norge. Derav anses dokumentene å kunne virke formende på det herskende doksa på området<sup>46</sup>. Posisjoner nærmere tilknyttet de eldres hjem der teknologiimplementeringen planlegges, virker derimot å ha mindre definisjonsmakt vedrørende doksa, noe jeg vil drøfte gjennom denne analysedelen.

Selv om de politiske dokumenter kan sies å være uttrykk for maktfeltets posisjoneringer, er slike dokumenter samtidig sentrale for landets demokrati som ledd av utredninger før vedtak om en bestemt politisk kurs fattes. Dokumentene er derved regjeringens måte å kommunisere sin politikk til Stortinget (der nye lover, statsbudsjett og politiske vedtak m.m. fattes). Norges offentlige utredninger (NOU)<sup>47</sup> gjøres av departementsutnevnte utvalg i spesielt utfordrende saker, før forslag om kurs fremmes. Forslag til vedtak eller lovendringer fremmes enten i en proposisjon (forslag om vedtak eller lovendring) eller en melding til Stortinget (meld. St.), hvis det er behov for videre politisk drøfting (Halvorsen et al. 2013:80).

I Norge er det Nasjonal helse- og omsorgsplan som angir de overordnede politiske føringer for de kommunale PLO. Dagens plan er gjeldende for perioden 2011-2015, der Samhandlings-

---

<sup>46</sup> Det herskende doksa om VT har jeg fremanalysert som teknologioptimistisk, der både potensielle bruker-, tjeneste- og samfunnsøkonomiske gevinster fremheves.

<sup>47</sup> NOU (Norges offentlige utredninger)

reformens<sup>48</sup> målsettinger fortsatt synes å være sentrale (Helsedirektoratet, 2012:18). I planen signaliseres behovet for et skifte i organiseringen i eldreomsorgssektoren, der kommunale og hjemmebaserte omsorgstjenester anbefales. Jacobsen (2015:2) drøfter dette omsorgsidealet som et ideal lansert over førti år tilbake i tid, samtidig som desentralisert og hjemlig omsorg kan synes å vies enda større fokus i de nyeste dokumentene. Videre presenteres et dystert fremtids-scenario i mange av dokumentene der utfordringer knyttet til demografiske endringer og manglende ressurser problematiseres, samtidig som dagens eldre hevdes å være friskere og mer ressurssterke enn tidligere generasjoner (Jacobsen, 2015:2).

I den sammenheng argumenteres det for nødvendigheten av et skifte i synet på både eldre og eldreomsorg, der det bør fokuseres på muligheter fremfor begrensninger, og både brukervedvirkning, frivillighet og familiære ressurser løftes derav frem. Fem år senere skjer igjen et skifte i de nasjonale føringer, der begrepet «innovasjon» tas i bruk og tidligere dokumenter på området kritiseres som mytepregede og for negativt fokuserende (her refereres det til NOU 2011:11). På den annen side videreføres mye av den tidligere politikken mot mer hjemlig omsorg i dette dokumentet, mens innovative tiltak som f.eks. VT vies et større fokus (Jacobsen, 2015:2). Jacobsens (2015) analyserer budskapet i dokumentene som *narrativer*<sup>49</sup>, der det dominerende narrativ går i retning av det hjemlige omsorgsideal. Her kan det trekkes paralleller til begrepet doksa som Bourdieu anvender, der jeg gjennom oppgaven har argumentert for at det medisinske felts doksa (alt vi gjør, gjør vi til pasientens beste) og et doksa i eldreomsorgen om en hjemlig og desentralisert eldreomsorg som det beste for pasienten, også bringes i spill når VT potensialer drøftes.

Samtidig poengterer Jacobsen (2015) at narrativet fremstår som usammenhengende, der normen for eldreomsorgspolitikken ikke nødvendigvis er den reelle politikken som bringes i spill, f.eks. i form av få politiske beslutninger om å redusere antall sykehjem (Jacobsen, 2015:7). Etter mitt syn kan også denne delen av analysen underbygges av Bourdieus perspektiver, f.eks. gjennom kritikken av den spontane sosiologi, der det agentene sier at de gjør ikke bør anskues som det de *de facto* gjør (Petersen, 1993:44). Samtidig hersker det liten tvil om at utviklingen innen eldreomsorgen har gått i retning av en mer hjemlig og desentralisert

---

<sup>48</sup> Reformen ble iverksatt fra 2012 og kan sies å bygge videre på LEON-prinsippet, der det skal tilstrebes at pasientene i enda større utstrekning rehabiliteres i de kommunale PLO etter ferdigbehandling på sykehus (Halvorsen et al. 2013:51).

<sup>49</sup> Et narrativ forstås som å formidle en historie slik at den gir mening for fortelleren, der også historiefortellerens oppfattelse av situasjonen påvirker hvilke deler av historien som bringes med i fortellingen. Herav er det som ikke blir sagt, så vel som det som blir sagt av betydning (Jacobsen, 2015:1).



organisering (Næss, 2005:13; Halvorsen et al, 2013: 192; Jacobsen & Mekki, 2012:125), der tesen til nå har ansett VT som en videreføring av dette lange historiske reformarbeidet.

### **Helsepolitiske dokumenter som omtaler VT**

Dokumentet Meld. St. 25 «*Mestring, muligheter og meninger. Fremtidens omsorgsutfordringer*» (2006), er blant de første som omtaler begrepet VT. Videre skisserer Meld. St. 7 «*Et nyskapende og bærekraftig Norge*» (2008), målsettinger om innovasjon i offentlig sektor, der VT presenteres som et av flere innovative tiltak (Helsedirektoratet, 2012:18-19). Teknologirådet<sup>50</sup> har derimot helt tilbake til begynnelsen av 2000-tallet vært engasjert på området, der de i 2009 leverte rapporten «*Fremtidens alderdom og ny teknologi*». Her anbefaler Teknologirådet at det satses politisk på VT gjennom nasjonale strategier (Teknologirådet, 2009). Samme år foreslo daværende regjering å bestille en offentlig utredning om innovative løsninger på fremtidens omsorgsutfordringer. Dette resulterte i NOU 2011:11 «*Innovasjon i omsorg*», som kan anses som et av de mest sentrale dokumenter for utviklingen på VT-området i Norge. Utvalget ble ledet av statsviter Kåre Hagen og har i senere tid blitt omtalt som Hagenutvalget. Ved internettsøk på utvalgspersonenes navn (fremkommer på side 9 i utredningen), fant jeg at disse var tilknyttet både næringsliv, politikk, tjeneste- og brukersiden samt fagmiljøer. Samtidig knytter jeg flertallet av disse agenter til posisjoner til maktfeltet<sup>51</sup>.

I utredningen presenteres en teknologistøttet omsorg (VT) blant fem satsningsområder for innovasjon i offentlig sektor (HOD, 2011:17-21)<sup>52</sup>. Om VTs muligheter og gevinster fremheves både samfunnsøkonomiske og tjeneste- og brukerrelaterte i følgende posisjonering:

*«I årene fram mot 2020 har Norge en enestående mulighet til å legge til rette for innovasjon og utvikling innenfor en arbeidsintensiv sektor og samtidig bidra til å utvikle norsk næringsliv og skape nye muligheter for små og mellomstore bedrifter. På et område som vil få stor betydning ift. arbeidskårsressurser, offentlige utgifter og utsiktene til å få selvstendighet og verdig alderdom».*

*«Samtidig legges det til rette for en framtidig helse- og omsorgssektor som ansatte oppfatter som en attraktiv arbeidsplass fordi det satses på teknologi, og som nye generasjoner oppfatter som mulighetsorientert fordi det tilbys teknologiske løsninger som gjør det mulig å leve lengst mulig i eget liv» (HOD, 2011:114).*

---

<sup>50</sup> «Teknologirådet skal gi uavhengige råd til Stortinget og øvrige myndigheter i viktige teknologispørsmål og dessuten bidra til den offentlige debatten rundt teknologi» (Teknologirådet, 2009:5).

<sup>51</sup> Bourdieu hevdet at maktfeltet rommer forholdet mellom de agerende (agenter eller institusjoner) som innehar den kapital som muliggjør dem i å innta en dominerende posisjon, primært en konflikt knyttet til motsetningsforhold mellom økonomisk og kulturell kapital (Priour & Sestoft, 2006:171).

<sup>52</sup> Utvalgets fem forslag var næromsorg (videreføring av Samhandlingsreformen), teknologistøttet omsorg (VT), innovative boligløsninger (deriblant Smarthussatsning), innovasjon i omsorg i hver enkelt kommune gjennom innovasjonsprogram, utvikling av omsorgsfeltet som næring (HOD, 2011:17-21).

Mulige gevinster med VT hevdes derved å kunne dreie seg om både besparelser i offentlig sektor og som et fremtidig satsningsområde for norsk næringsliv. Samtidig posisjoneres teknologi i retning av status og prestisje ved at både ansatte i sektoren og den aldrende generasjon forventes å kunne oppleve økt attraktivitet ved en hjemlig omsorg om denne er teknologistøttet. Tesen om at teknologier kan regnes som en kulturell kapital underbygges derav i dette dokumentet, mens teknologi også kan synes å være en symbolsk kapital i et «innovasjonsspill». Med det mener jeg at teknologikapitalens verdi vil kunne variere ut ifra hvilke felter den bringens i spill, noe jeg vil komme tilbake til senere i analysen.

I meld. St. 29 «*Morgendagens omsorg*» (2013) følges Hagen-utvalgets råd opp i det som omtales som en «mulighetsmelding for omsorgsfeltet». Meldingen anser utvikling av nye omsorgsformer ved hjelp av teknologi som et av tre hovedsiktemål for sektoren (HOD, 2013, s. 11). Likeledes kan Helsedirektoratets ansvar for det faglige og praktiske med implementering av VT i de kommunale PLO (NVP), ses i sammenheng med NOU 2011:11, der det som nevnt er et økende antall kommuner som nå prøver ut VT som en del av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2012:9; 2015). Jeg vil derved hevde at de politiske dokumenter og nasjonale føringer kan synes å spille en sentral rolle i utviklingen på VT-området i Norge. Dette var også inntrykket jeg fikk da jeg våren 2014 deltok på to konferanser og en debatt om VT, noe jeg vil redegjøre for i det påfølgende underkapittel.

### **5.1.2 Sentrale agenter på VT-området i Norge**

Da jeg begynte å lese meg opp på temaet VT og gjorde de første søk om temaet på internett, fikk jeg inntrykk av at det de siste årene er blitt arrangert en rekke konferanser om VT her til lands. Arrangørene synes i hovedsak å være tilknyttet institusjoner innen det akademiske felt (høgskoler og universiteter), teknologibransjen selv eller det politiske felt, f.eks. gjennom kommunale eller fylkeskommunale initiativ. Hensikten med slike konferanser synes i stor grad å være knyttet til kunnskapsformidling og deling av erfaringer med bruk av VT i tjenestene. Likeledes gis teknologileverandørene anledning til å presentere sine produkter<sup>53</sup>.

Gjennom NVP er det bestemt at det skal gjøres følgeforskning i de utvalgte kommunene som prøver ut VT, der de inkluderte kommunene likeledes oppfordres til å delta på konferanser og andre forum der erfaringer deles (Helsedirektoratet, 2014:4; 2015). Forskningsaktiviteten på området synes i hovedsak å foregå ved landets høgskoler og universiteter, samt noen

---

<sup>53</sup> Disse antagelser baserer jeg på empiri fra deltakende objektivisering på konferanser og i en NVP-inkludert kommune.

uavhengige forskningsinstitusjoner som f.eks. SINTEF<sup>54</sup> (Helsedirektoratet, 2012:91-95). Norges forskningsråd (NFR), som har en sentral oppgave i finansiering av forskningsoppdrag i Norge, fremstår og som en annen sentral agent innen forskningsutviklingen på området. NFR har f.eks. på bakgrunn av de nasjonale føringene bestemt at det skal satses på forskning om innovasjon i offentlig sektor, samt tiltak som fremmer eldres selvstendighet i eget hjem (Gramstad, 2014:4; Helsedirektoratet, 2012:91).

De overnevnte agenter anses som tilknyttet det politiske, økonomiske og akademiske felt, der andre sentrale agenter i tillegg fremkommer i Helsedirektoratets (2012:91) redegjørelser om «aktører». Kommunesektorens organisasjon (KS), Innovasjon Norge, Husbanken, Næringslivets hovedorganisasjon (NHO), Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester<sup>55</sup> er noen av de nevnte i Helsedirektorats gjennomgang (Helsedirektoratet, 2012:91-97). Fagforeninger er derimot ikke nevnt som sentrale aktører, men det er observert at f.eks. Fagforbundet har hatt noen artikler om VT i sitt medlemsblad og NSF har en faggruppe innen E-helse, der denne også har arrangert konferanser på VT-området. Her ser fokuset dog ut for å skille seg noe fra erfaringskonferansene i regi av akademia, teknologibransjen eller kommunene, der fag- og profesjonsinteresser synes å ha et større fokus; eksempelvis da fagkonferansen «*Kompetanseutfordringer i endringstider*» samlet 150 sykepleiere i Trondheim, våren 2013 (NSF, 2013b). Et utbredt tjeneste- eller profesjonsfokus var derimot ikke tilstedeværende på de erfaringskonferanser jeg deltok på, noe jeg i det påfølgende underkapittel vil forsøke å konstruere frem en forklaring på.

### **Deltakende objektivisering på to konferanser og en debatt om VT**

Jeg hadde Bourdieus feltteori i bakhodet da jeg under deltakelsene på konferanser og debatt, noterte og laget feltskisser. Jeg bet meg merke i hvem som fikk tale, reflekterte omkring hvilke posisjoner disse kunne anses å tilhøre og hvilke disposisjoner som hadde plassert dem i disse posisjoner med bestemte meninger, holdninger og attityder i ord og gjerning, som Bourdieu kaller posisjoneringer (Prieur & Sestoft, 2006:41). Selv om agerende på to konferanser og en debatt om VT ikke kan sies å være representativt for hele VT-området i Norge, kan trolig

---

<sup>54</sup> SINTEF er en uavhengig forskningsorganisasjon, engasjert i en rekke VT-prosjekter i Norge (Helsedirektoratet, 2012:95).

<sup>55</sup> KS er arbeidsgiver- og interesseorganisasjon for landets kommuner og fylkeskommuner. *Innovasjon Norge* skal fremme bedrifts- og samfunnsøkonomisk lønnsom næringsutvikling i hele landet og eies av Nærings- og fiskeridepartementet og fylkeskommunene. *Husbanken* har en sentral rolle i gjennomføringen av norsk boligpolitikk, og er underlagt Kommunal- og regionaldepartementet (Helsedirektoratet, 2012:91-94). *NHO* og *KS* startet et samarbeid mellom kommunene og leverandørmarkedet. *Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester* er et statlig finansiert senter som arbeider for kvalitet i de kommunale PLO, mens *Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse* er et statlig finansiert kompetansesenter, som gir råd om aldring og helse til helsevesenet og andre interessenter (Helsedirektoratet, 2012: 89; 97).

observasjonene peke på noen tendenser, da man ifølge Bourdieu er avhengig av å gå via individene og institusjonene for å kunne konstruere frem felters struktur (Bourdieu & Wacquant, 1996:93). Ut ifra en praxeologisk optikk er derav heller ikke antall konferanser det avgjørende, men hvorvidt konferansene som institusjon er representativ for området som studeres og kan undersøkes relasjonelt (Prieur & Sestoft, 2006: 223). Hvem som arrangerer konferansene forstås heller ikke som tilfeldig i denne optikk der hvilke agenter som blir invitert, hvor stor plass de ulike agenter får og hvilke temaer som blir diskutert, trolig også avhenger av både initiativtakers og foredragsholderens posisjon i det sosiale rom. To akademiske miljø i Norge var initiativtakere til konferansene jeg deltok på, mens en lokalavis og en høyskole var initiativtaker til debatten.

### **Konferanse nr. 1**

Konferansen ble arrangert av et høyskolemiljø, som tilbyr en rekke profesjonsutdanninger, deriblant fagmiljø innen både ingeniør- og helsefag. Konferansen fant sted på et nytt og moderne hotell, der over 200 personer deltok. De deltakende var alt fra helsepersonell, ingeniører, representanter fra kommune, fylkeskommune og helseforetak (HF), teknologi-leverandører, forskere og fagutviklere, representanter for brukerorganisasjoner, politikere og andre beslutningstakere. I paneldebatten deltok adm. direktør ved det lokale HF, fylkeslegen, kommunaldirektør for helse- og sosialavdelingen i kommunen, en representant fra Teknologirådet, en representant fra KS og dekan ved høyskolens helse- og sosialfaglige avdeling.

Førsteintrykket jeg gjorde meg var at VT virket å være stort satsningsområde for den aktuelle høyskolen, der arrangementet var moderne og høyteknologisk i sin utforming, og man som deltaker ble oppfordret til å dokumentere sin tilstedeværelse på konferanse gjennom sosiale medier. I tillegg ble konferansen «streamet» via høyskolens nettsider, og det første som møtte en etter registrering var et område med stands fra en rekke teknologileverandører. Herav satt jeg igjen med et inntrykk av at teknologi var viet mye plass og kunne synes å symbolisere prestisje. Høyskolens store satsning på VT ble derimot av rektor ved høyskolen posisjonert til «*først og fremst dreie seg om mennesker, ikke maskiner*»<sup>56</sup>. Lignende budskap ble formidlet av mange av foredragsholderne, der både omsorg og teknologi virket å være kulturelle kapitaler i dette miljøet. Herav undret jeg meg over om bruken av omsorgsbegrepet kunne utgjøre en symbolsk kapital, bragt i spill for å legitimere teknologibruk i omsorgsøymed. Her trekker jeg og paralleler til mine tidligere drøftinger om dikotomien mellom omsorg og teknologi i

---

<sup>56</sup> Et svært lignende sitat av Nis Peter Nissen, finner man på forsiden av Helsedirektoratets (2012) rapport om Velferdsteknologi: «*Velferdsteknologi handler ikke om teknologi, men om mennesker*».

sykepleie, der jeg argumenterer for at omsorg og teknologi representerer et gjensidig avhengighetsforhold innen helsefag som f.eks. sykepleie. Da i form av at teknologi er nødvendig i sykepleiens arbeid, mens omsorgsideologien fremstår som nødvendig for å kunne legitimere bruken av teknologi og andre medisindelegerte oppgaver i arbeidet (jamfør punkt 4.2.2).

Helsepersonell utover den medisinske profesjon var i hovedsak representert innen høyskolemiljøer, der FoU-arbeider på området ble presentert. Det var ingen som direkte representerte helseprofesjonene eller deres fagforeninger i den oppsummerende paneldebatten, eller konferansen for øvrig. Det var heller ingen som posisjonerte seg negativt til økt bruk av teknologi i helsevesenet, mens teknologifiendtlighet derimot ble posisjonert som gammeldags og det ble trukket paralleller tilbake til dataalderens fremvekst og teknologiskeptikere på 1970-tallet. Doksa i forsamlingen syntes således å være en tilnærming til teknologi *som* omsorg, selv om utfordringer ved teknologiene også ble diskutert (Notater fra deltakende objektivisering, mai 2014). Den skjematiske fremstillingen (vedlegg nr. 8) viser hvilke typer institusjoner foredragsholdere og øvrige involverte kommer i fra, hvilket felt de kan sies å tilhøre, deres posisjon i feltet og deres posisjoneringer til VT, på bakgrunn av deres disposisjoner og kapitaler.

## **Konferanse nr. 2**

Etter å ha vært på konferanse nr. 1 var nysgjerrigheten blitt vekket, og jeg ønsket å besøke et lignende fagmiljø for å se om jeg kunne finne noen likhetstrekk ved disse miljøene. Konferanse nr. 2 ble i likhet med konferanse nr. 1 arrangert av et miljø som utdanner både helsepersonell og ingeniører, og hadde 143 deltakere (foredragsholdere og utstillere medberegnet). Denne konferansen gikk derimot over tre dager, i institusjonens egne, moderne lokaler. Virkemidler som videokonferanse ble i likhet med konferanse nr. 1, også brukt her, og en rekke teknologi-leverandører presenterte sine produkter på stands. Agenter fra det medisinske og politiske felt var også representert ved denne konferansen, der KS, HOD, Helsedirektoratet og det lokale HF kan trekkes frem som eksempler. I tillegg var nasjonale og internasjonale forskere, teknologi-leverandører og helsepersonell fra kommuner involvert i VT-prosjekter representert. Den første dagen hadde et internasjonalt fokus, der erfaringer fra innovasjonsprosjekter utover landets grenser ble presentert, mens den andre dagen hadde større fokus på VT som et innovativt tiltak i norske kommuner. Siste dagen fokuserte på telehelse og telemedisinske prosjekter<sup>57</sup>, i

---

<sup>57</sup> E-helse er en samlebetegnelse på bruk av IKT i helsesektoren, VT-løsninger der helseinformasjon overføres til helsetjenestene kommer inn under dette begrepet, mens telemedisin har vært mest brukt spesifiserende om teknologier for bruk i «omsorg fra avstand», der teknologien formidler informasjon om personens medisinske tilstand til helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012:16).

motsetning til de to første dager som i større grad fokuserte på VT-prosjekter i omsorgsøymed (omsorgsteknologi) (Notater fra observasjon, juni 2014).

Doksa i denne forsamlingen kan sies å samsvare mye med miljøet representert ved den første konferansen, mens forskere innen helsefag og helsepersonells erfaringer fra prosjekter i kommunene, etter mitt syn, ble viet større plass på konferanse nr. 2 (vedlegg nr. 9). Denne konferansen varte dog over flere dager og gir derved ikke et optimalt sammenligningsgrunnlag, men kan igjen peke på noen tendenser i forståelsen av hvem de agerende på VT-området i Norge er og hvilke posisjoner som innehar størst definisjonsmakt, på bakgrunn av deres disposisjoner og kapitaler.

### **Debatt**

I en lokalavis ble det funnet en kronikk om VT, skrevet av forskere fra et ingeniør- og helsefaglig samarbeid ved et høyskolemiljø i Norge. Det ble i kronikken hevdet at sykehjem kun ville være et alternativ for de sykeste eldre i fremtiden, der VT ble anset å kunne gi frihet, selvstendighet og god omsorg for eldre. Følgelig fremhevet kronikkforfatterne sykehjemsplassenes kostbarhet, der teknologi ifølge forskerne kunne komme til å spille en sentral rolle i løsningen på fremtidens omsorgsutfordringer. Ethiske utfordringer ved VT, som overvåkning og isolasjon, ble videre diskutert. Korte tilsyn av mange forskjellige ansatte kunne ifølge forskerne også regnes som overvåkning der slike tilsyn ikke nødvendigvis vil kunne forebygge ensomhet, som ofte er motargumentet mot teknologibruk. Avslutningsvis ble det konstatert at teknologi ikke er løsningen for alle eldre, men blant mange eldre som i dag er friskere og mer ressurssterke enn tidligere generasjoner, kunne teknologiene bidra til å bo lengre hjemme og ta aktivt del i egen alderdom.

I etterkant av kronikken ble det arrangert et debattmøte i regi av lokalavisen, der kronikkforfatterne var blant paneldeltagerne. De øvrige agenter var fra kommunen; en privat hjemmetjenestetilbyder og et VT-prosjekt i en kommune inkludert i NVP. Paneldeltaker 1 var en av de to kronikkforfatterne fra høyskolemiljøet, og hadde bakgrunn som sykepleier. Paneldeltaker 1 holdt et innlegg om VT innledningsvis, der spørsmål omkring overvåking, sosial isolasjon og mekanisk omsorg ble tatt opp. Teknologien ble, etter mitt syn, i hovedsak ble posisjonert som en støttefunksjon i livet og der «overvåkingen» derimot kunne øke de eldres trygghet:

*«Teknologien gir tryggere overvåking enn mennesket, menneskelig overvåkning er mer inngripende»*  
(Sitat fra paneldeltaker 1, notert på debatt 29.09.14).

Når det gjaldt sosial isolasjon ble hevdet at noen kunne oppleve dette, men at det ikke nødvendigvis var slik for alle. Videre fikk vi gjennom følgende sitat høre at hjemmetjenesten ikke kunne ta ansvar for å holde de eldre med selskap:

*«Hjemmetjenesten er ikke noen selskapsservice og hjemmesykepleiens ressurser kan brukes på bedre måter, der det virkelig trengs»* (Sitat fra paneldeltaker 1, notert på debatt 29.09.14).

Brukerne kunne følgelig gane av VT ved å bli mer aktivt deltagende i eget liv, der de Eldres verdighet, identitet og kontroll over eget liv ble hevdet å kunne bevares. Pårørende kunne likeledes bli mer aktive og være de som «rykket» ut til familiemedlemmet om dette var ønskelig. Dette ble også problematisert ved at pårørende kunne stå i fare for å oppleve slitasje, mens panelet mente at dette kunne løses med kartlegging og oppfølging av de pårørende.

Paneldeltaker 2, som kom fra en NVP-inkludert kommune, fortalte i sitt innlegg at VT-prosjektet i deres kommune hadde fått mye positiv respons fra både brukere, pårørende og ansatte, selv om det i oppstartsfasen hadde vært en del skepsis og det hadde vært vanskelig å rekruttere brukere til å teste ut teknologien. Paneldeltaker 3 var en representant fra lokalpolitikken, der denne deltakeren støttet satsning på VT i eldreomsorgen og posisjonerte teknologi til å være fremtiden, på bakgrunn av at sykehjemsplasser var for kostbare og omsorgsboliger o.l. nå var satsningsområdet i kommunen. Paneldeltaker 4 var ingeniør og hadde tilknytning til ingeniørutdanningen ved den lokale høyskolen. Denne deltakeren var mest opptatt av kostnadsbesparelser ved teknologiimplementeringen og tekniske utfordringer. I den sammenheng fikk vi høre at teknologien i seg selv var billig sammenlignet med en sykehjemsplass, som kunne koste opptil 800 000 norske kroner, mens organiseringen av tjenestene rundt teknologien også var kostbar. Paneldeltaker 5 arbeidet i en privat hjemmetjenestetilbyder og var selv rullestolbruker. Denne deltakeren posisjonerte seg utelukkende positiv til utviklingen, men savnet et fokus på yngre funksjonshemmede brukere i tillegg til de eldre brukerne, innen VT-området (Notater fra debatt, 29.09.14).

Som gjennomgangen viser var det ingen som posisjonerte seg negative til teknologi blant paneldeltakerne. Det var også mye positiv respons fra tilhørerne på debatten, der mange praktiske spørsmål ble besvart og engasjementet og interessen for temaet ble oppfattet som stor. Det var dog et par skeptikere fra salen som stilte spørsmål, deriblant en sykepleier som stilte spørsmål til hva som ville skje med tjenestene. Ville noen av dagens tilbud og tjenester bli fjernet? Fryktet kommunen tap av arbeidsplasser? Til sist spurte sykepleieren følgende spørsmål:

*«Det gjør vel en forskjell at mennesker er innom?»* (Spørsmål fra sykepleier i salen, notert på debatt 29.09.14).

Som svar på dette spørsmålet fikk vi høre at dette handlet om en kulturendring i helsevesenet, der helsepersonell gradvis måtte tilpasse seg en annen organisering. Når det gjaldt spørsmålet om eldre og ensomhet, ble det henvist til NOU 2011:11, der frivillighet og familiære bidrag ble hevdet å kunne forebygge isolasjon og ensomhet blant eldre i større grad enn helsepersonell.

Til sist var det en eldre dame som reiste seg fra salen og posisjonerte seg skeptisk til den store vektleggingen og satsningen på VT, der hun advarte om at de eldre kom til å følge nøye med på utviklingen fremover (Notert på debatt 29.09.14).

Ut ifra et feltperspektiv kan disse motsvarende posisjoneringer til det herskende doksa (teknologi som en god løsningen for at eldre skal kunne bo lengre hjemme) forstås som heterodokse i det sosiale rommet debattmøtet representerte. Paneldeltakerne og storparten av tilhørerne på debatten posisjonerte seg positivt, mens det samtidig var noen agenter som posisjonerte seg annerledes (heterodoksa). Kanskje var dette et uttrykk for en homologi mellom posisjonenes posisjoneringer og deres habitus (kapitaller og disposisjoner)? Datamaterialet fra den deltakende objektivisering på denne debatten er ikke omfattende nok til å kunne si noe om slike evt. homologier, men hvordan eldreomsorgen skal organiseres i fremtiden og hvilken funksjon teknologien skal ha i denne omsorgen, anses derimot som kampens kjerne. Dette underbygger mine tidligere teser om hva det kjempes om på VT-området. Agentene som fikk mest taletid under debatten (paneldeltakerne) hadde i hovedsak tilknytning til det akademiske og politiske felt, der jeg gjennom analysen har posisjonert slike posisjoner som del av maktfeltet (Priour & Sestoft, 2006:171). Den skjematisk fremstillingen (vedlegg nr. 10) viser hvilke typer institusjoner de involverte på debatten kommer i fra, hvilket felt de kan sies å tilhøre, deres posisjon i feltet og deres posisjoneringer til VT, på bakgrunn av deres disposisjoner og kapitaller.

### **Konferansene og debatten i et feltperspektiv- oppsummerende drøfting**

Bourdieu var opptatt av å konstruere frem de objektive relasjoner mellom posisjoner i feltstudier (Bourdieu & Wacquant, 1996:91), der de deskriptive og analytiske presentasjoner, samt vedlagte tabeller, er et forsøk på å illustrere noen av disse relasjonene. Agenter fra det medisinske, politiske, akademiske og økonomiske felt er representert, der agenter fra det politiske og medisinske felt, etter mitt syn innehadde den største definisjonsmakten. Utstillere fra firma som demonstrerte ulike typer VT fikk på begge konferansene mye plass, der disse kan sies å være posisjoner innen teknologimarkedet (det økonomiske felt). Det akademiske felt var i hovedsak representert av agenter med bakgrunn fra helsefag, der disse også agerer innenfor det medisinske felt, noe som etter mitt syn kommer til uttrykk i posisjoneringene relatert til det medisinske felts doksa og omsorgsideologien innen helsefag.



Det er dog viktig å understreke at konferansene og debatten jeg har deltatt på kun er tre eksempler blant mange, der figurene (vedlegg 8-10) gir en lite detaljert fremstilling mht. all den kunnskapen og informasjonen som ble delt i løpet av disse arrangementene. Funnene antyder likevel noen tendenser, som i likhet med min teser peker i retning av at VT er et politisk satsningsområde som myndighetene er opptatt av å iverksette av flere årsaker. Bourdieu poengterte at offentlige føringer kan regnes for å være en materialisering av kamper i maktfeltet, der agentene kjemper om retten til å definere et bestemt praksisområde, igjen materialisert gjennom alt det som på folkemunne regnes som politikk (lover, direktiver etc.). Begrepet stat eller myndighet må derfor brukes med varsomhet, da staten i seg selv kan regnes for å være et møte mellom en rekke maktfelt (Bourdieu & Wacquant, 1996:97).

At det er sammensatte årsaker til en økende VT-satsning i Norge peker også mine funn på, der de politiske beslutninger synes å ha fått ringvirkninger og interessenter innen en rekke felter, som f.eks. det medisinske og akademiske felt (med helsepersonell blant de agerende) og økonomiske felt (med teknologimarkedet og boliginvestorer blant de agerende). Altså er mange ulike agenter pådrivere for opprettholdelse av denne praktikken, der forklaringen derav ikke kan tillegges det politiske felt alene. De representerte agentene fra det medisinske felt var f.eks. opptatt av teknologiers potensiale for mer hjemlig omsorg i de tilfeller der pasienten ikke trenger sykehusbehandling. Her kan det trekkes paralleller til skjevfordelingene mellom spesialist- og primærhelsetjenestens prioritet gjennom historien. Der denne skjevfordelingen også kan forstås på bakgrunn av at akutte sykdommer med større behandlingspotensial har vært og er høyere hierarkisk plassert mht. prestisje og status i det medisinske felt (Album, 1991; Larsen, 2009:44-45; Martinsen, 2003:148). Dette hierarkiet kan kanskje også utgjøre deler av forklaringen på hvorfor helseprofesjoner og brukerrepresentanter er viet mindre plass og taletid enn høyere posisjonerte posisjoner i det sosiale rom som f.eks. legeprofesjonen, politikere og andre beslutningstakere i maktfeltet.

Dette på tross av at det er nettopp de ansatte og brukerne i de kommunale PLO som i det daglige må forholde seg til VT og teknologiimplementeringen som praksis. På bakgrunn av disse funn, ville jeg derfor undersøke nærmere hvordan de eldre, eller de som representerer de eldre, kunne sies å posisjonere seg til VT, mens jeg senere i analysen kommer inn på helsepersonell som sykepleie- og legeprofesjonens posisjoneringer.

### 5.1.3 Interesseorganisasjoner for eldre

Den eldre damen som posisjonerte seg kritisk til bruk av VT under debatten jeg deltok på, fikk meg til å undre meg over hvordan eldre mennesker som sosial posisjon kunne sies å posisjonere seg til denne praktikken. Å undersøke disse forhold ble derved ansett som relevant i tilknytning til underspørsmål nr.2,<sup>58</sup> som denne analysedelen forsøker å konstruere frem en forklaring på. Som redegjort for i punkt 5.1.1, er Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse blant de agerende interesseorganisasjoner for eldre, som også er engasjert på VT-området. I tillegg ble en rekke andre interesseorganisasjoner for eldre funnet ved søk på internett<sup>59</sup>.

Ved å representere de eldres sak anså jeg de overnevnte agenter som interessante for å kunne si noe om eldres sosiale posisjon i samfunnet og denne posisjons posisjoneringer til VT. Samtidig må det her understrekes at hvert enkelt individ har en individuell posisjon i det sosiale hierarki, mens organisasjonene derimot kan peke på noen tendenser. Innledningsvis har jeg vært inne på at synet på eldre som gruppe har variert gjennom ulike tidsepoker og kulturer, der eldre som gruppe til tider også har vært stigmatisert. Dette trolig på bakgrunn av at alderdommen ofte medfølges av funksjonstap og svekkelse av selvstendighet, der dette er forhold som det moderne mennesket frykter (Daatland, 2005:71). Martinsen (2003:43) har likeledes vært inne på at selvstendighet og egenomsorg er høyere ansett i samfunnet enn det å være avhengig og omsorgstrengende.

Statens seniorråd er et statlig oppnevnt, men samtidig uavhengig organ som gir råd til offentlige myndigheter om forhold som angår eldrebefolkningen (Regjeringen, 2014). Representanter fra dette rådet var med i Hagen-utvalget, og ved søk etter VT på rådets nettsider, fant jeg at rådet har kommet med en høringsuttalelse om NOU 2011:11 «*Innovasjon i omsorg*». Her posisjonerer rådet seg i all hovedsak positiv til forslagene i utredningen, deriblant økt bruk av teknologi om den brukes til å styrke eldres selvstendighet i egen bolig (Statens seniorråd, 2011). Både Pensjonistforbundet, Seniorsaken og Eldreaksjonen fremstår som positive til VT og andre innovative tiltak i eldreomsorgen, mens det blant øvrige organisasjoner som Vern for eldre og Livsglede for eldre, ikke ble funnet posisjoneringer på området.

---

<sup>58</sup> Hva er det det kjempes om vedrørende denne sosiale praktikk?

<sup>59</sup> Statens seniorråd, Pensjonistforbundet, Foreningen livsglede for eldre, Vern for eldre, Seniorsaken og Eldreaksjonen var organisasjonene som ble funnet med søkeordene eldre, senior og pensjonist.

På Pensjonistforbundets hjemmesider ble følgende posisjonering til VT funnet i forbindelse med fremleggingen av statsbudsjettet 2015:

*«Vi er avhengig av en satsing på nytenkning, blant annet ved å ta ny teknologi i bruk for å kunne klare å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Derfor er det positivt at regjeringen prioriterer dette i statsbudsjettet. Det er også viktig at brukeren blir tatt med på denne utviklingen, og at etiske utfordringer blir tatt hensyn til» (Pensjonistforbundet, 2014).*

For å kunne øke de eldres velferd er derimot sentrale interesseorganisasjoner som Pensjonistforbundet, i likhet med Seniorsaken og Eldreaksjonen, opptatt av at sykehjemsplasser for de skrøpeligste eldre ikke må nedbygges, men heller økes opp og kvalitetforbedres (Jacobsen, 2015:6). Jacobsen (2015:6) hevder at disse posisjoneringer adskiller seg fra de nasjonale føringer der en selvstendig, uavhengig og desentralisert eldreomsorg vektlegges. Derimot synes et fokus på eldres skrøpeligheit, avhengighet og behov for avansert medisinsk og institusjonell omsorg å fremmes mer implisitt. Jacobsen (2015:1) omtaler dette som et gammelt syn på eldre, mens fremtidsnarrativer om eldre og eldreomsorg (f.eks. presentert i nasjonale føringer) derimot vektlegger eldres ressurser og deltakelse. Det interessante er imidlertid at måten man forstår eldres posisjon på, kan være en annen enn det Jacobsen (2015:1) omtaler som det dominerende narrativ. Her trekker jeg automatisk paralleller til mine teser om at doksa innen det medisinske felt også er representert på VT-området i Norge (der alt vi gjør, teknologi eller annet, gjøres til pasientens/den eldres beste). Dette danner grunnlaget for en naturlig overgang til legeprofesjonens posisjoneringer til utviklingen i eldreomsorgen og bruk av VT.

#### **5.1.4 Legeprofesjonen og legeföreningen**

Uttalelser fra Legeföreninger vil i dette underkapittel analyseres frem som legeprofesjonen som posisjon sine posisjoneringer på området. For å nyansere og gi et så bredt bilde av legeprofesjonen som mulig, vil andre eksempler på legers posisjoneringer til VT, enn Legeföreningens også presenteres.

Kanskje kan legenes dominerende posisjon ligge bak det forhold at posisjoner fra det medisinske felt fikk større talerom og syntes å inneha større beslutningsmakt enn de øvrige helseprofesjoner på konferansene jeg deltok på? På samme måte kan det synes som at legeprofesjonen i større grad enn sykepleieprofesjonen er blitt spurt om faglige vurderinger vedrørende f.eks. politiske reformer og VT, der eksemplene fra Legeföreningens nettside er hentet fra høringsuttalelser. Om utviklingen mot mer hjemlig omsorg posisjonerer Legeföreningen seg på følgende måte:

*«Legeföreningen støtter hovedintensjonen til Samhandlingsreformen. Et tettere samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten kan bidra til at pasienter opplever at helsetjenesten fungerer bedre som en effektiv helhet og får tilgang til helsetjenester i tide og nærmere bostedet enn i dag. For å kunne*

*gjennomføre Samhandlingsreformen behøves en betydelig økning av antall leger i kommunehelsetjenesten. Skal kommunene få ansvar for flere oppgaver, kreves satsing på allmenmedisinsk forskning» (Legeforeningen, 2011).*

Her kommer legeprofesjonens posisjonering i feltet frem, der egen betydningsfulle posisjon i feltet presiseres. Når det gjelder interessen for VT vil jeg hevde at den er noe mindre innen den medisinske profesjon, sammenlignet med de øvrige helseprofesjonene. Samtidig er det kommet kritiske innspill fra leger engasjert i geriatri og eldreomsorg<sup>60</sup>, der disse agenter kan sies å ha en annen sosial posisjon i det medisinske felt enn majoriteten, f.eks. ved å være engasjert i aldersforskning eller inneha en bakgrunn fra geriatri. Legeforeningens mer pragmatiske orientering til VT kan kanskje forstås ut ifra at teknologiimplementering som praktikk for det meste materialiserer seg i hjemmet til de eldre. Geriatri er ikke regnet for å være den mest prestisjefylte gren av medisinen (Album, 1991), og hjemlig omsorg er i større grad helseprofesjonenes domene. Den medisinske profesjon er derimot behandler og innehar det overordnede administrative ansvar. Det at omsorgsrelaterte teknologier (telecare) tilsynelatende er mer kontroversielt, enn ehelse/telemedisin (som hjemmemonitorering ol.) er likeledes av relevans i denne sammenheng. Om dette kan knyttes til dikotomien mellom omsorg og teknologi i sykepleie, eller legens mindre anstrengte forhold til teknologier vites ikke. Kanskje kan mangelen på skepsis til telehelse og knyttes til at geriatri og eldreomsorg, er mindre prestisjefylte områder av medisinen der ingeniørens inngripen med teknologi virker mindre truende?

Mangelen på skepsis til VT fra legehold kan trolig både forklares på bakgrunn eldreomsorgens lave status og prestisje, samt at VT virker mindre truende på legens posisjon da det er sykepleierne og de øvrige helseprofesjonenes arbeidsoppgaver som først og fremst trues når tjenestene potensielt kan endres. Legene har dessuten vært mer opptatt av utvikling av teknologier, redskaper og utstyr for behandling gjennom historien, og har ikke som sykepleierne hatt et like anstrengt forhold til teknologi (jamfør diskusjonen i punkt.4.2.2). Det medisinske felts doksa synes likevel å være det mest tungtveiende for legenes posisjoneringer om VT, der disse også kan hevdes å presisere profesjonens egenverdi i feltet:

*«Medisinske behov må være driveren av velferdsteknologi. Legeforeningen understreket at velferdsteknologien i fremtidens omsorgstjenester bør ha en supplerende funksjon og ikke være drevet av teknologifascinasjon. De reelle medisinske behovene må komme først ved innfasing og anvendelse av ny velferdsteknologi» (Legeforeningen, 2013).*

---

<sup>60</sup>Bettina Husebø, lege og førsteamanuensis ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB, er blant de agerende innen legeprofesjonen som har vist skepsis til det store fokuset VT vies i løsningene på fremtidens omsorgsutfordringer. Likeledes mener hun det er oppsiktsvekkende at teknologi av enkelte forstås som en mulig erstatning for mennesker (Haugstad, 2013:14). I analysen forstår jeg hennes posisjoneringer som heterodokse.

Legeforeningen presiserte i den overnevnte sammenheng også betydningen av nok årsverk i legestanden for å kunne oppnå kvalitativt gode omsorgstjenester i fremtiden. Profesjonens betydning for VT-området trekkes frem av både Legeforeningen og NSF, der satsning på forskning og fagutvikling, samt opprettholdelse/økninger i stillinger vektlegges (redegjøres for i punkt 5.2.1).

Et felt kan ifølge Bourdieu sammenlignes med et spill. For det første må det være noe å kjempe om og innsatsen blir motivert av at det kan være noe å vinne ved å være med (Bourdieu & Wacquant, 1996:85). Helseprofesjonene som agerer innen det medisinske felt har i likhet en posisjon de forsøker å forsvare, der dette kommer til uttrykk gjennom posisjoneringene omkring deres virke i feltet, der pasienten kan synes å utgjøre trumfkortet i dette spillet. Et trumfkort har verdi på tvers av felter, slik kapitaler også kan ha, men verdien er avhengig av hvilket felt det i hovedsak spilles ut i (Bourdieu & Wacquant, 1996:85).

## **5.2 Orienteringer i feltet nærmere den kulturelle pol**

Det har vært utfordrende å kategorisere de ulike posisjoners posisjoneringer til å være orientert mot *enten* den verdslig/økonomiske eller kulturelle pol. Dette har jeg heller ikke hevdet at er hensikten, men samtidig er det noen tendenser som gjentar seg, som jeg har argumentert for at kan anses som nærmere orientert mot den kulturelle og autonome pol. Fokuset på omsorg og teknologiskepsis har til nå har blitt ansett som slike orienteringer, f.eks. på bakgrunn av tidligere tiders polariseringer mellom det teknisk rasjonelle og omsorgsrasjonelle i helsefag som sykepleie (jamfør punkt 2.2 og 4.2.2). Likeledes har jeg hevdet at NSF's posisjoneringer om teknologi den dag i dag strides mellom disse polariseringer, noe jeg vil forsøke å redegjøre for gjennom NSF's tvetydige posisjoneringer til VT fra den seneste tid. I det avsluttende underkapittel drøftes den inkonsekvente begrepsbruken om teknologi i helse- og omsorgsøyemed, der jeg anser dette som et mulig uttrykk for «kampen i feltet».

### **5.2.1 Sykepleieprofesjonen og sykepleieforbundet**

NSF anses som en betydningsfull posisjon innen subfeltet sykepleie, da storparten av sykepleierne er organisert her og organisasjonen har hatt en sentral posisjon i subfeltet siden 1912 (Lund, 2012:7). Måten forbundet posisjonerer seg til VT ble derfor ansett som relevant for å kunne forstå hvordan sykepleieprofesjonen som helhet kan gi inntrykk av å posisjonere seg. Da jeg fant tvetydige posisjoneringer på VT-området fra NSF, fremstod dette som hensiktsmessig å skrive frem og analysere nærmere.

NSF har som nevnt en egen faggruppe som arbeider med E-helse og teknologi, der denne i 2013 for tredje gang ga ut en oppdatert strategiplan på dette området. I denne rapporten anerkjenner forbundet det politiske felts føringer om nødvendigheten av innovasjon i pleie- og omsorgstjenestene, der sykepleie således anses som en profesjon i endring. Samtidig understrekes det av forbundet at teknologiene bør være understøttende i pasientbehandlingen og at disse *aldri kan erstatte menneskelig kontakt*. Videre vektlegges etiske prinsipper der målet med teknologien bør være knyttet til økt selvstendighet, brukermedvirkning og verdighet for pasientene. Da teknologier er forventet å kunne medføre en ny og mer selvstendig pasientrolle vil det, ifølge forbundet, også være nødvendig å styrke sykepleierens teknologikompetanse for å kunne møte *pasientenes* nye forventninger. I den sammenheng vektlegges viktigheten av å kartlegge hvordan sykepleierens kompetanse best mulig kan utnyttes når sykepleiermangelen for alvor slår inn i fremtiden (NSF, 2013a:5-15).

I et feltperspektiv kan dette forstås som en posisjonering i en uoffisiell kamp for å beholde sykepleieprofesjonens posisjon, der posisjoneringene vedrørende teknologi derav fremstår som tvetydige. Forklaringen kan også knyttes til at en skepsis til teknologi kan knyttes til en opplevd trussel om erstatning av mennesker gjennom historien (Hofmann, 2010:16). I den sammenheng fremstilles teknologi som både et gode og et onde for pasientens verdighet, der sykepleieren i motsetning fremstilles som de pasientnære verdienes forvarer. Dette kan man konstruere frem ved en systematisk lesning av dokumentet, på tross av at dokumentet tilsynelatende anerkjenner nødvendigheten av innovasjon. Empiriske undersøkelser av sykepleieres opplevelser og meninger om VT, har også vist slike tvetydige posisjoneringer blant sykepleierne (Aardalen, 2014:2). På den annen side har en fagforening som NSF (som representerer 100 000 medlemmer) en vanskelig oppgave da sykepleiere, som tidligere poengtert, trolig ikke kan anses for å være en homogen gruppe, der også historiens kamper har vært preget av to fløyer (diakonal og verdslig/ sekulær). Kanskje er det dette som kommer til uttrykk når NSF på den ene side har utpekt E-helse som et viktig satsningsområde for profesjonen, mens forbundet i andre anledninger har fungert som en bremsekloss for denne utviklingen? Denne tesen vil jeg underbygge med noen eksempler.

Flere artikler om VT har stått på trykk i Sykepleien i løpet av det siste tiåret, der teknologiene ofte presenteres som en nødvendighet for fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Likeledes understrekes det at det er en myte at sykepleiere er negative til teknologi (Aakre, 2010:72; Dolonen, 2014:27). På den annen side har det i samme periode vært publisert flere artikler i

Sykepleien der etiske utfordringer med VT er blitt drøftet. Leder i Rådet for sykepleieetikk Berit Hustad, anses som en betydningsfull agent i den sammenheng, der rådets posisjoneringer til robotselen Paro/Selma<sup>61</sup> eksempelvis skapte stor debatt. Rådet mente bruk av selen kunne regnes som uverdigg behandling av demente, på bakgrunn av en oppfatning om at man lurte brukerne til å tro at dette var et levende dyr (Hustad, 2014:56-57). Videre har rådet vært tydelige omkring GPS-sporing av demente, der de mener slike løsninger må håndteres med høy grad av varsomhet, eksempelvis med følgende posisjonering:

*«Rådet for sykepleieetikk tar avstand fra teknologi som tas i bruk for å overvåke og effektivisere tjenestene med økonomisk innsparing som hensikt» (Hustad, 2013:1).*

Videre publiserte NSF i forbindelse med den Internasjonale sykepleiedagen i 2014, en video ved navn «*Robonurse*», der til dels stereotype fremstillinger av omsorgsfulle sykepleiere presenteres. Det er kun kvinnelige sykepleiere i filmen der disse utfører tradisjonelle omsorgshandlinger, som f.eks. berøring og trøst av pasientene. Senere i filmen jages sykepleierne derimot ut av sykehuset av skremmende roboter, mens de senere blir hentet tilbake av pasientene. Forbundet opplevde svært varierende mottakelse for filmen, med alt fra hyllest til ergrelse blant medlemmene.

Forbundet svarte på kritikken og hevdet at filmen kun var et forsøk på å hedre sykepleiens innsats for folkehelsen, der bakgrunnen for fraværet av mannlige sykepleiere kunne regnes som en tilfeldighet. Videre hevdet forbundet å være for utvikling av ny teknologi, mens roboten i filmen var av et «annet kaliber», der pleie- og omsorgsoppgavene ble utført på en ufølsom og rigid måte av roboten (NSF, 2014). I etterkant av filmen blusset det opp til debatt, der bl.a. intensivsykepleieren Minna Hagrang (2014) i en kronikk kritiserte forbundet for å ha et PR-problem, og for ensidige fremstillinger av sykepleiere som først og fremst omsorgsfulle. Etter hennes syn kom den faglige kompetansen i annen rekke. Debatten kan fremdeles synes å være tilstedeværende, der sykepleiestudenten Mats Nylén Eriksen (2015) i en kronikk spurte følgende spørsmål:

*«Jeg har bart og penis. Jeg mangler englevinger og et kall. Jeg liker roboter og teknologi, men ikke hjerter og fargen rosa. Kan jeg likevel bli sykepleier?» (Eriksen, 2015: 84).*

Her henviser Eriksen både til likestillingsprofilen til NSF og en kjønnsstereotypisk fremstilling av sykepleieren som omsorgsfull og hjertevarm, oftest profilert som en kvinne. Det interessante er imidlertid hvordan NSFs posisjoneringer til VT likeledes har blitt innhyllet i denne

---

<sup>61</sup> Dyreriknende robot formet som en sel, som beveger seg og lager lyder som et ekte dyr. Brukes til sansestimuli for demente, da forskning har vist at stimuli fra dyr har kunnet virke beroligende og stimulerende på demente pasienter (Hustad, 2014:56).

profileringen. Her anser jeg det som relevant å trekke paralleller fra dagens debatt vedrørende VT blant sykepleierne og de tidligere tiders kamper i subfeltet.

Sykepleierne har, som redegjort for i historiseringen, siden yrkets opprinnelse på slutten av 1800-tallet kjempet for selvstendighet og en likestilt status med («de mannlige») legene. Samtidig har sykepleierne til enhver tid måttet forholde seg til medisinsk-teknisk utstyr og andre teknologier. Om sykepleierne den gang tenkte på utstyret de brukte som truende for selvstendigheten, vites ikke. Det man derimot vet er at sykepleiere har hatt behov for ulike verktøy, instrumenter og maskiner der alt fra termometer til hjerteovervåkende maskiner i pasientbehandlingen er eksempler (Sandelowski, 2000:1-25). Avhengighetsforholdet til både legen og «hans» teknologier har vært vanskelig å akseptere som en del av profesjonsidentiteten og følgelig utgjort polariseringer i subfeltet. Teknologi har slik sett vært en avgjørende faktor i et vedvarende dilemma innen sykepleie, som både har avansert og hindret utviklingen av profesjonen (jamfør punkt 4.2.2). Samtidig er jeg blitt gjort oppmerksom på at det foregår forskning på at både legene og sykepleierne har fått et økende avhengighetsforhold til ingeniørene, der ingeniørene f.eks. gjennom avanserte kirurgiske instrumenter på dagens operasjonsstuer spiller en betydelig rolle, og derav kan synes å styrket sin sosiale posisjon<sup>62</sup>. Spørsmål en kan stille seg i den sammenheng er hvorvidt ingeniøren gradvis har utfordret legens posisjon, slik legen utfordret og erstattet prestens posisjon i opplysningstiden?

Samtidig har legene også vært opptatt av å utvikle nye behandlingsteknologier, der jeg til nå har hevdet at teknologi kan anses som en kulturell kapital innen det medisinske felt, der sykepleieprofesjonen derimot i ulik (mindre) grad har verdsatt denne kapitalformen. Her kan kampen mellom de diakonale og verdslige tradisjoner i sykepleie (henholdsvis nærmere orientert mot presten eller legen) gjennom historien rekkes frem, og en kan spørre seg om denne kampen i feltet fremdeles er tilstedeværende? NSF's fremstilling av yrket gjennom PR-kampanjer og posisjoneringer til teknologi forstås likeledes som et uttrykk for en orientering nærmere den kulturelle pol, der dette også kan forstås som den autonome pol for sykepleierne (det opprinnelige i sykepleie). Jeg vil i det påfølgende kapittel redegjøre videre for det jeg anser som et uttrykk for en helsefaglig orientering nærmere den kulturelle pol, materialisert gjennom f.eks. begrepsbruken om teknologier rettet mot omsorgsarbeid.

---

<sup>62</sup> Under en boklansering (Martinsen & Kjær (red.), 2015; «*Utenfor tellekantene*») og fagdag på Haraldsplass diakonale høyskole 19.3.15, handlet et av innleggende om dette temaet. Her ble et pågående forskningsprosjekt om teknologienes inntog på operasjonsstue gjennom historien redegjort for. Det ble stilt spørsmål til om teknologienes dominans kunne virke truende på både legene og sykepleierenes arbeid, samt pasientsikkerheten f.eks. med henblikk på hygiene.



### 5.2.2 Inkonsekvent begrepsbruk som uttrykk for orienteringer mot den kulturelle pol?

Den inkonsekvente begrepsbruken fremstod med henblikk på Bourdieus teorier om felt, også som posisjoneringer innen VT-området. Herav ble det ansett som hensiktsmessig å analysere begrepsbruken tilbake til dets genese for å kunne forstå om inkonsekvensen var tilfeldig eller kunne regnes som posisjoneringer.

Der enkelte hevder at begrepene omsorg- og velferdsteknologi er synonyme, kan det virke som at andre bevisst velger å bruke det ene begrepet fremfor det andre (Hofmann, 2010:9). Da jeg ikke klarte å finne noen utdypende forklaring omkring de ulike teknologibegrepene genese, tok jeg kontakt med Norges språkråd. I tillegg ble det gjort søk i Nasjonalbibliotekets database og mediearkivet Retriever. Språkrådet henviste til fagfolk når det gjaldt å gjøre rede for distinksjonen mellom disse begrepene, men kunne på generelt grunnlag si at ordene *velferd* og *omsorg* har ulike betydninger i det norske språk (vedlegg nr. 7). Hvordan kunne det da ha seg at VT brukes i noen sammenhenger og omsorgsteknologi i andre?

Begrepet *omsorgsteknologi* ble funnet brukt for første gang i 1984 gjennom kvinneforskningen sammen med begrepet *husmorteologi*, et begrep som hankses med teknologiers betydning for kvinners arbeidsliv (Berg et al. 1984: 2). Dagens bruk av begrepet knytter seg til teknologisk utstyr (elektronikk) for økt trygghet og selvstendighet i hjemmet, og kan spores tilbake til Teknologirådets<sup>63</sup> første uttalelser om temaet omkring årtusenskiftet (Drøpping & Fyhn, 2002:19). Likeledes er det rimelig å anta at distinksjonen mellom *telehealth* og *telecare* i engelskspråklige miljøer kan ha påvirket de norske miljøer til å utvikle et begrep som tydeligere distingverer mellom teknologier brukt i behandling- eller omsorgsøyemed, der dette også kan være en historisk forklaring. Begrepet *velferdsteknologi* kommer fra dansk og ble først funnet brukt i en avisartikkel fra 2009 i Norge (Therkelsen, 2009). Begrepet *welfare technology* er det samsvarende på engelsk, mens begrepene *telehealth* og *telecare* derimot er mer anvendt (Helsedirektoratet, 2012:15;41).

Enkelte av høyskolemiljøene har valgt å bruke begrepet omsorgsteknologi, mens andre bruker E-helse eller velferdsteknologibegrepet. Av et av miljøene brukes omsorgsteknologibegrepet konsekvent av flere grunner. Deriblant på bakgrunn av at begrepet anses som mer «spisset» sammenlignet med VT-begrepet, samt at begrepet tydeliggjør hva teknologiene skal brukes til, nemlig i omsorgsøyemed. Her understrekes det også at omsorgsteknologi dreier seg om noe

---

<sup>63</sup> Uavhengig, offentlig organ som gir råd til Storting og regjering om ny teknologi (Teknologirådet, 2009:5)

annet enn andre hjelpemidler, som briller og dostoler, som VT-begrepet også innbefatter. Likeledes synes omsorgsteknologibegrepet å tydeliggjøre at det her er snakk om smarthus-relaterte teknologier (elektronikk) som sensorer, alarmer ol. (Eknes, 2014:64-67).

Bruken av omsorgsteknologibegrepet fikk meg og til å undre meg over om omsorgsbegrepet til dels brukes legitimerende når teknologier introduseres inn mot helsetjenestene, mens moderne teknologier samtidig virker høyere posisjonert enn de gammeldagse, som eksempelet med briller og dostoler viser. Her finner jeg det igjen relevant å trekke paralleller til Larsens (2009) og Albums (1991) teser om lavt og høyt posisjonerte agenter, praktikker og teknologier i det medisinske felt. Likeledes kan kampen om begrepene også underbygge tidligere teser om at både omsorg og teknologi representerer kulturelle (og symbolske) kapitaler i helsefaglige miljøer.

I de engasjerte utdanningsmiljøene er det ofte ingeniør- og helsefagene som møtes, der en kan spørre seg om dette i seg selv utgjør et møte mellom ulike logikker og orienteringer, i større eller mindre grad orientert mot den verdslig/økonomiske eller kulturell pol? Et funn som kan støtte denne tesen er funnet i NOU 2011:11, der utvalget påpeker at motstridende logikker møtes når omsorg og innovasjon (teknologi) settes i sammenheng; metaforisk fremstilt som et møte mellom «ild og vann» (HOD, 2011:13). Samtidig posisjonerer utvalget seg negativ til bruken av omsorgsbegrepet, da ordet omsorg anses som et for verdiladet og pasifiserende begrep:

*«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 at det offentlige Norge forsøker å unngå å bruke omsorgsbegrepet som navn på organisasjoner, lovgiving, bygninger og tilskuddsordninger. Det lover som oftest mer enn det holder, og fungerer dårlig på lang sikt» (HOD, 2011:42).*

Utvalget er ikke de første som kritiserer omsorgsbegrepet for å være for lite presist, mens det felles for både allmenn språkbruk, filosofi og vitenskap kan sies at omsorgsbegrepet brukes kvalitativt om relasjoner mellom mennesker (Næss, 2005:9). Samtidig bruker utvalget omsorgsbegrepet i utredningens tittel og underveis i utredningen, der dette kan underbygge tesen om at ord som omsorg og velferd brukes som en legitimeringsstrategi for de innovative tiltak. Det er funnet få offentlige dokumenter som bruker ordet omsorgsteknologi etter denne utredningen (NOU 2011:11), hvilket kan tyde på at den har vært betydningsfull. Kanskje har til og med utvalgets anbefalinger vunnet frem som et slags doksa for begrepsbruken? I Teknologirådets nyeste anbefalinger brukes f.eks. VT-begrepet i motsetning til rådets tidligere bruk av omsorgsteknologibegrepet, og man kan undre seg over om utvalgets posisjoneringer har bidratt

til et brudd med omsorgsteknologibegrepet? Samtidig er det høyskolemiljøer (helse- og ingeniørfaglige samarbeid), som fremdeles bruker omsorgsteknologibegrepet konsekvent (Eknes, 2014), der dette anses som en posisjonering i feltet på bakgrunn av posisjonens disposisjoner og kapitaler (*helsefag-omsorg møter ingeniørfag-teknologi*).

Bourdieu's hensikt med feltstudier var ikke å skape strenge skiller mellom felter for å så studere disse isolert. En systemisk forståelse av et gitt virkelighetsområde vil derimot vise at feltet er historisk og sosialt konstruert, der andre felt også virker inn på hvordan feltet materialiserer seg. Bourdieu brukte økonomisk teori og empiriske undersøkelser av utviklingen innen boligpolitikken og markedsføringen av såkalte parsellhus i Frankrike som et feltstudie av det økonomiske felt. Bourdieu viste at det økonomiske felt anvendte ord fra dagligspråket i markedsføringen av parsellhuset. Videre viste han at hus i seg selv er et historisk og sosialt konstruert; det handler om hvordan vi organiserer samfunnet og familien i dagens samfunn, og hvordan dette har utviklet seg gjennom historien. Det politiske felts strategier virket også formende på parsellhusmarkedet gjennom støtteordninger, byggetillatelse og boliglåns-politikk, der også krefter fra det økonomiske felt hadde påvirkningskraft og drev lobby-virksomhet. Det var altså en rekke felt og agenter som innvirket på parsellhusets salgssuksess, mens funnene motsa økonomisk teori der individets valg i for liten grad ble ansett som påvirket av det strukturelle, ifølge Bourdieu (Priour & Sestoft, 2006:177-178).

Grunnen til at jeg vier plass til Bourdieu's studie av det økonomiske felt, bunner i at jeg finner det relevant i forhold til mine egne observasjoner omkring teknologier som et markedsført produkt inn mot eldreomsorgssektoren. I likhet med markedsføringen av Parsellhuset, brukes også ord fra dagliglivet når VT markedsføres inn mot offentlig sektor. Begrepene som brukes om utstyret anvender, som tidligere poengtert, låneordene *velferd* og *omsorg*, der det er rimelig å anta at disse ordene for folk flest forbindes med noe positivt. F.eks. knyttes omsorgsbegrepet til det å *sørge for* og velferdsbegrepet kommer fra gammelnordisk *vel fara*, med ønsker om å komme vel frem på livets reise (Martinsen, 2003:68; Halvorsen et al. 2013: 191;13). Videre brukes ord som *trygghet*, *selvstendighet*, *mestring* og *egenomsorg* om teknologiene, der jeg vil hevde at teknologienes potensiale i større grad enn utfordringer er gjennomgående i politiske dokumenter på området (HOD, 2008; 2011;2013, Helsedirektoratet, 2012).

Her kan kampen om begrepene velferds- eller omsorgsteknologi, e-helse eller telemedisin, anses som symbolsk bærende av den overordnede kampen; om retten til å definere hva det hele

handler om, hva disse teknologiene er eller bør være i dagens samfunn i forbindelse med «fremtidens omsorgsutfordringer», der profesjonenes kamp om sin plass i denne utviklingen også forstås som en del av dette spenningsfeltet. Selv om gjennomgangen gir eksempler på individnivå, er det nettopp gjennom agentene og institusjonene at feltenes strukturer kommer til syne ifølge Bourdieu. De ulike posisjonenes posisjoneringer kan igjen forstås ut ifra agentenes habitus, der både kapitaler og disposisjoner i fortid og nåtid virker inn (Bourdieu & Wacquant, 1996:91-93).

### **5.3 Oppsummering av analysens del to**

Gjennom deltakelse på konferanser og debatt fremstod det politiske felt som en sentral posisjon på området, der andre felts agenter i stor grad referer til nasjonale føringer når VT begrunnes og argumenteres for. Likeledes fremstod konferanser på VT-området som en arena der mange av disse posisjoneringer ble videreført, og derav danner grunnlaget for det herskende doksa vedrørende VT i Norge som også understøttes av helseprofesjonene (spesielt i tilknytning til det akademiske felt). Samtidig ble heterodokse posisjoneringer identifisert, der kampens kjerne synes å være hva VT er og bør brukes til. Her ble helseprofesjonene identifisert som de mest aktive i kampen, der disse også kjemper en kamp om å bevare sitt arbeid og en sosial posisjon.

Av helseprofesjonene fremstod legene som mest pragmatiske og makthavende, nærmest orientert mot den verdslig/økonomiske pol, mens det samtidig ble funnet tvetydige posisjoneringer innad i denne posisjon (nærmere den kulturelle pol). Det økonomiske felt regnes som et maktfelt i relasjon til det medisinske, der ingeniørene historisk også har innehatt en høy sosial posisjon, bl.a. som legens medhjelper i utviklingen av medisinske teknologier. Ingeniørene fremstår følgelig å inneha en markedsinteresse inn mot helsefeltet, der denne posisjon (ingeniører, teknologiutviklere mfl.) i forbindelse med dagens VT likeledes fremstår som pragmatiske og markedsorienterte.

Sykepleieren har også måttet beherske teknologier og innehatt til dels stor teknologisk kompetanse gjennom historien, samtidig som teknologi har vært et stridstema i dette subfeltet. Teknologi har ofte blitt fremstilt som noe nytt og fremmed i motsetning til tradisjonell omsorg, mens teknologien også har bidratt til å heve sykepleierens posisjon i det sosiale rom. Det som fremstår som nytt ved VT, knytter seg derimot at disse teknologier i størst grad implementeres i de kommunale PLO. Både en ny brukergruppe og ansattgruppe involveres følgelig, der primærhelsetjenesten frem til i dag har vært forbundet med mindre avanserte teknologier og vedlikeholdsomsorg i motsetning til avanserte teknologier i spesialisthelsetjenesten. I dette

subfeltet har også sykepleierne hatt en mer autonom posisjon enn i spesialisthelsetjenesten, der denne også kan oppleves som truet.

Doksa synes derimot å kunne knyttes til en bred enighet om at teknologiene bør være et supplement til tjeneste, i motsetning til en erstatning for menneskelig omsorg. Samtidig synes dette politisk/byråkratiske doksa å utgjøre kampens kjerne. De ansatte kjemper for sine arbeidsoppgaver, og brukerne kjemper for å bevare tjenestenes kvalitet. Legene fremstår som mindre engasjert i denne kampen, der dette har blitt analysert frem til både å være på grunnlag av en generelt høyere prioritering av spesialisthelsetjenesten innen det medisinske felt, og som følge av å føle seg mindre truet enn sosialt lavere posisjonerte posisjoner. Det politiske og akademiske felts agenter synes derimot å kjempe en kamp for å bevare et doksa der nødvendigheten av VT opprettholdes. For å bevare sin posisjon i det medisinske felt, synes sykepleierne å posisjonere seg både positive og negative til utviklingen. Likeledes har deres kapitaler og posisjoneringer fra forhistorien blitt trukket frem som forklaringsmodeller på hvorfor posisjoneringene fremstår som tvetydige.

Funnene i analysedel to gjorde meg nysgjerrig på om dette kunne sies å være gjeldende i praksis, altså om sykepleiere som arbeidet nær brukerne i kommunene der VT implementeres, likeledes posisjonerte seg tvetydige til VT som sosial praktikk. Følgelig var det av interesse å undersøke hvordan denne teknologiimplementeringspraktikken kunne sies å virke inn på sykepleierne og andre helsepersonells praktikk og posisjon i de kommunale hjemmetjenester. Dette bringer meg følgelig over på analysens del tre, der mitt materiale fra empiriske undersøkelser i en norsk kommune analyseres frem.

På bakgrunn av funnene i analysens del to har jeg laget en feltskisse som viser posisjonenes (de agerendes) posisjoneringer, ut ifra deres disposisjoner (lavt/høyt kapitalvolum, orientert mot verdslig/kulturell, heteronom/ autonom pol), se vedlegg 13<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Eksempelvis Bourdieus feltskisse over sosiale posisjoner og rommet for livsstiler i Distinksjonen (1979/1995:35). Og Larsens (2009:45) tentative feltskisse av det medisinske felt inspirert av Albums (1991) studie av sykdommers hierarki og prestisje (vedlegg 12). Funn gjort av tidligere praxeologiske masterstudier; som Mykings (2013) studie av palliasjonspraksiser og Akselbergs (2012) studie av helsepersonells praktikker i subfeltet hjemmesykepleie har også inspirert meg.

## 6.0 Tredje del av analysen

Tredje del av analysen har til hensikt å konstruere frem en forklaring på underspørsmål nr. 2 og 3 av forskningsspørsmålet<sup>65</sup>, som ut ifra Bourdieus praktikkteori søker svar på hvem og hva det kjempes om på VT-området i Norge og hvordan dette til sist virker strukturerende på sykepleieprofesjonens praksis og posisjon innen subfeltet hjemmesykepleie. Mine data og påfølgende analyser representerer således eksempler vedrørende VT-områdets virkninger i en lokal kontekst, der jeg i de innledende avsnitt vil si noe om dette prosjektets mulighetsbetingelser i en spesifikk kontekst, og med en tilhørende historie. Videre vil jeg drøfte og posisjonere subfeltet kommunale hjemmetjenester i det medisinske felt.

### 6.1 Velferdsteknologiprojektet i kommunen

Jeg har til nå posisjonert hjemlig omsorg med bruk av VT som en måte å organisere eldreomsorgen på, der teknologiimplementering som praksis i den aktuelle kommune i all hovedsak utføres i den kommunale hjemmetjeneste, i de eldre menneskers hjem. Konteksten for de empiriske undersøkelser er en mellomstor, norsk distriktskommune. Kommunene i Norge har ansvaret for primærhelsetjenestene til befolkningen etter mandat fra myndighetene, der hjemmesykepleien har vært et lovfestet ansvarsområde siden begynnelsen av 1980-tallet. Kommunene håndterer to tredjedeler av offentlige midler og iverksetter således storparten av den norske helsepolitikken gjennom sin sysselsetting (Halvorsen et al. 2013:90;173). Gjennom historiseringen har jeg pekt på at kommunene gjennom de siste 30-40 år har fått flere ansvarsområder for befolkningens helsetjenester, både på grunnlag av at legemakten i sykehusene ble utfordret, nyliberalistiske strømninger i helsevesenet og et ideal om hjemlig eldreomsorg (jmfør kapittel 4.2.).

Kommunene kan i stor grad avgjøre politisk hvordan de vil organisere tjenestene, så lenge de oppfyller statlige krav til tjenestene og lovverkets rammer. Samtidig er lokalpolitiske, demografiske og geografiske forhold avgjørende for hvordan den enkelte kommune velger å organisere de kommunale PLO. Noen fellestrekk for organiseringen kan dog utpekes og knyttes til utviklingen i tjenestene gjennom de siste 30-40 år, deriblant LEON-prinsippet (lavest, effektive omsorgsnivå), IPLOS (standardiserte systemer for kartlegging av omsorgsbehov) og

---

<sup>65</sup>Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres velferdsteknologi (VT) i de kommunale pleie- og omsorgstjenester?

1. Hvor kommer implementering av VT, som sosial praksis ifra historisk?
2. Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praksis?
3. Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praksis og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester

bestiller-utfører-modellen (forvaltningen vurderer, helsepersonell utfører) (Akselberg, 2012: 50-54). Et eksempel på politiske veivalg kan derimot dreie seg om f.eks. i hvor stor grad man vil konkurranseutsette hjemmetjenestene til private tilbydere (Halvorsen et al. 2013:94).

De overnevnte forhold underbygger, etter mitt syn, mine teser om at kommunene har en *relativ* stor grad av autonomi og makt når det kommer til veivalg i eldreomsorgen. Kommunen som var gjenstand for studien tok f.eks. selv initiativ til å søke Helsedirektoratets NVP om midler til et velferdsteknologiprojekt. Altså en lokal, helsepolitisk beslutning og en posisjonering på området, muliggjort av både historiske, kontekstuelle og strukturelle forhold. Likeledes vil jeg hevde at den verdslig/økonomiske pøls logikker kommer til uttrykk i f.eks. prosjektplanen som prosjektgruppen etter krav fra NVP har utviklet. Planen referer i stor grad til de nasjonale føringene på området, der det f.eks. argumentert for at satsningen på VT i den aktuelle kommunen kan bidra til å nå mål om effektive og bedre tjenester for brukerne, samt målsettingen om at *flere eldre kan bli boende lengre hjemme* i årene fremover; tidligere frem-analysert som det medisinske felts doksa (pasienten i sentrum). Likeledes var det trygghets-aspektet for brukeren som i størst grad ble vektlagt i kommunens prosjektplan, der forbedring av allerede eksisterende trygghetsalarmer, med bruk av bl.a. fallalarm, dørsensor og tilknytting til brannalarmsystemet, var i fokus. I tillegg skulle bruk av GPS-sporing<sup>66</sup> testes ut av personer med begynnende kognitiv svikt og demens.

Til nå har jeg posisjonert området for mine empiriske undersøkelser som et subfelt til det medisinske, der jeg også har hevdet at argumentene for VT kan knyttes til det medisinske og politiske felts logikker, der den eldre har det best i en selvstendig egenomsorgsrolle i en hjemlig kontekst; det hjemlige omsorgsideal. Jeg vil i det påfølgende avsnitt redegjøre nærmere for hjemmetjenesteområdet subposisjon i det medisinske felt, ved hjelp av både historiske og empiriske eksempler.

### **6.1.1 Det kommunale hjemmetjenesteområdets posisjon i det medisinske felt**

Fordelingen mellom institusjonell og hjemmebasert omsorg har vært en kamp i helsepolitikken siden den medisinske klinikkens opprinnelse (Halvorsen, et al. 2013:192). Dette kan ses i sammenheng med de ulike helseprofesjonenes interesser i feltet, der mer aktiv behandling ble fremhevet av legene på 1950-tallet, mens de kvinne-dominerte semi-profesjoner i varierende

---

<sup>66</sup> GPS står for Global Positioning System. GPS-sporingsteknologi kan brukes til å registrere hvor en person til enhver tid befinner seg geografisk, begrunnet av å kunne gi brukeren større mobilitet og frihet. Etske utfordringer knyttet til overvåkning og personvern har lenge hindret slike teknologier i å bli tatt i bruk (HOD, 2011:116). I 2013 ble det gjort endringer i Pasientrettighet- og brukerrettighetsloven som muliggjorde bruk av sporing- og varslingsteknologi i helse- og omsorgstjenester til personer med manglende samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2014:32).

grad har kjempet for verdien av tradisjonelt pleie- og omsorgsarbeid (f.eks. gjenstand for polariseringer innad i sykepleieposisjonen). Martinsen (2003:228-229) hevder dog at helseprofesjonenes preferanser og prioriteringer i større grad har gått i retning av behandling enn forebygging og vedlikeholdsomsorg, der sykehussektoren likeledes har hatt høyere status. Ut ifra et feltperspektiv vil dette kunne knyttes til den verdslig/økonomiske dominerende og heteronome posisjon.

Offentlig eldreomsorg er i dag i hovedsak et kommunalt anliggende, der både institusjonene og hjemmetjenestene slik vi kjenner dem i dag har blitt bygget opp fra 1970-tallet. Ettersom mer medisinsk behandlingsansvar har blitt overført til primærhelsetjenesten, har også legenes interesse for dette feltet økt. For eksempel ble det opprettet flere legestillinger med fastlegeordningen på 1990-tallet, der dette var tenkt som en styrkning av primærhelsetjenesten (Halvorsen et al. 2013: 51;192), men der legenes posisjon i denne helsetjenesten trolig også ble styrket som følge av dette. De kommunale hjemmetjenester i Norge omtales ofte synonymt med hjemmesykepleietjenester, mens det i realiteten arbeider en rekke ulike yrkesgrupper i disse tjenestene som sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, ufaglærte assistenter mfl. (Akselberg, 2012:66-70). Likeledes er hjemmehjelpsordningen også en del av hjemmebaserte tjenester, mens ergo- og fysioterapeuter bistår tjenestene.

På tross av å være et subfelt av det medisinske vil enkelte hevde at sykepleierne på hjemmetjenesteområdet har hatt en relativ stor grad av autonomi, sammenlignet med sykepleierne på sykehus (Schiøtz, 2003:545). På den annen side er mange av beslutningene omkring brukerne fremdeles i størst grad legenes domene, der både mine egne og Akselbergs (2012:60) funn peker på at sykepleierne bruker mye tid på å konferere med legene om brukerne. Hjemmesykepleierne har siden semi-profesjonen sykepleies opprinnelse omkring 1870, måttet samarbeide med legene som har hatt en dominerende posisjon i det medisinske felt og derved også inntatt dominansen i subfeltet. Hjemmesykepleierne har i tillegg til tett dialog med fastlegene, kontakt med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med akutte innleggelser, samt annen behandling eller rehabilitering (Fjørtoft, 2006:201).

Akselberg (2012:61) omtaler legesamarbeidet som en «påpasserfunksjon», der sykepleierne i hennes studie hadde den overordnede kontrollen vedrørende brukerne og ofte måtte «purre» på tilbakemelding fra legene. De påtok seg et ansvar for at medisinalister og resepter var oppdaterte, slik at legemiddelbehandlingen til pasientene virker slik den skulle. Videre inntok de den samme organiserende rolle mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når brukerne trengte medisinske behandlinger (Akselberg, 2012:61-62). Det ble gjort lignende funn i mine egne



undersøkelser, der en sykepleieren i hjemmetjenesten, fra nå av kalt Anne, kunne fortelle at det i løpet av en arbeidsdag var mye administrativt arbeid og kontakt med legene:

*«Det er mye telefoner. Jeg snakker med brukere og pårørende ikke minst. Og forvaltningen, som vi melder alt til hvis det er forandringer, hvis vi trenger mer tid til brukerne. Vi snakker med leger, mye kontakt med dem. Vi bestiller legetimer og skriver el-melding til dem, der vi skriver hvis det er noen forandringer, hvis de [brukerne] må ha legetime, hvis det er et eller annet vi observerer» (Fra intervju med Anne, 8.12.2014).*

Legens tilstedeværende høye posisjon og innvirkning på feltet kom også til uttrykk når VT ble diskutert i prosjektgruppa. Utgangspunktet for diskusjonen var temaet samtykkekompetanse mht. tildeling av sensorer eller alarmer, der en av sykepleierne i prosjektgruppen mente at man kunne diskutere om sykepleiere og andre helsepersonell kunne gjøre slike vurderinger, da det ifølge henne ikke var spesifisert i lovverket at det nødvendigvis var legene som måtte gjøre dette. Hovedargumentet hennes for at annet helsepersonell kunne gjøre dette var at sykepleierne i mye større grad hadde kjennskap til brukeren, mens fastlegen var den som så brukeren minst. Dette fikk enhetsleder for hjemmetjenestene til å reagere:

*«Det er ikke så enkelt! Her kan helsepersonell ha en egeninteresse, det skal derfor alltid være en dialog med fastlegen om sånne beslutninger» (sitat notert under deltakende objektivring, 8.12.14).*

Det var også andre deltakere på møtet (f.eks. fra leder- og forvaltningsposisjoner) som undret over om ikke legen til enhver tid var den som måtte ta slike vurderinger. Sykepleieren modererte seg og sa at det ikke var helt det hun mente, men at samtykkekompetanse etter hennes syn var noe man burde ha fokus på i prosjektgruppa, der også helsepersonell kunne *bidra* i vurderingen (Notater fra deltakende objektivring, 8.12.14). Disse eksemplene kan antyde at legen på grunnlag av sin dominerende posisjon i det medisinske felt, fremdeles har stor innflytelse og beslutningsmakt over hjemmesykepleierne, på tross av at sykepleierne har vært faglig ansvarlige for tjenesten siden den ble lovfestet i 1982.

Et annet eksempel som kan trekkes frem er fra intervju med sykepleier Anne i hjemmetjenesten. Anne uttrykket at hun var interessert i VT, men understreket at hun ikke kunne så mye om det som følge av å ha en yrkesbakgrunn fra spesialisthelsetjenesten, der VT ikke hadde fått noe oppmerksomhet i fagmiljøet:

*«Den overvåkingen man gjør der [på sykehuset] er jo f.eks. telemetri på hjertepasienter, for å overvåke hjertet deres. Ikke fokus på velferdsteknologi» (Transskript fra intervju med Anne, 9.12.14).*

Hun fortalte videre at hun fra studietiden av hadde vært opptatt av det akutte og likte å ha det travelt, mens hjemmetjenestene innebar travelhet på en annen måte. Hun ville fortsette å ta ekstravakter på sykehuset for å holde det «sykepleietekniske» i fingrene, mens familieliv og en travel hverdag hadde ført henne i retning av hjemmetjenestene (Intervju med Anne 9.12.2014).

Dette eksempelet peker i retning av spesialisthelsetjenestens status og prestisje for en sykepleier, der tilknytningen til legen og de avanserte medisinsk-teknologiske oppgavene, etter mitt syn, ubevisst trekkes frem som en symbolsk kapital av Anne.

Om lignende tendenser kommer til syne i prosjektgruppens arbeid, hvem de agerende på området er og hvilke «kamper i feltet» som kommer til syne, vil følgelig skrives frem i de påfølgende avsnitt. En deskriptiv gjennomgang av praktikken i prosjektgruppen vil først gis, og deretter analyseres ved hjelp av Bourdieus teoretiske verktøykasse.

## **6.2 Analyse av empiri fra den deltakende objektivisering**

Den deltakende objektiveringen av prosjektgruppens arbeid handlet om å observere hvordan agentene arbeidet med utprøving- og implementering av VT inn mot de kommunale hjemmetjenester, forstått som en implementeringspraktikk. Jeg deltok objektivierende på fem ulike møter med gruppen over en tomåneders periode. Alle agenter, f.eks. representanter fra kommunens forvaltning, fagforeninger, teknologileverandører, montører eller andre som av ulike grunner kunne tilknyttes VT-prosjektet, var derav i mitt interessefelt. De deltakende på møtene ble ansett å kunne konstrueres frem som representanter fra ulike posisjoner. En tese var at de agenter som arbeidet i prosjektet ville posisjonere seg annerledes til VT sammenlignet med de agenter som arbeidet nærmere brukerne innen hjemmebaserte tjenester, som følge av å tilhøre ulike posisjoner. Et interessant spørsmål i den sammenheng var hvorvidt man kunne finne likhetstrekk mellom de polariseringene observert innen VT-området i Norge, den kommunale målsetting med prosjektet og agentene i kommunen sine posisjoneringer. Slike funn vil kunne si noe om kampene om doksa i dette sosiale rom. Materialet som fremkom av den deltakende objektivering ble derfor knyttet opp til funnene fra mine forskningsintervju, der funnen derved både drøftes underveis og i den oppsummerende delen av analysen.

### **6.2.1 Presentasjon av prosjektets rammer og prosjektgruppens medlemmer**

VT-prosjektet var blitt til gjennom et kommunalt initiativ, der *prosjektlederen* fra nå omtalt som Maren, var blitt rekruttert innad i de kommunale kretser. Dette både på bakgrunn av formell og erfaringsbasert IT-kompetanse, og erfaring med organisatoriske oppgaver i kommunen gjennom mange år. Hun hadde i tillegg formell kompetanse innen VT, med en videreutdanning i omsorgsteknologi, mens hun for tiden tok videreutdanning i offentlig styring, økonomi og ledelse. Da VT-prosjektet i hovedsak rettet seg inn mot hjemmetjenestene i kommunen var *enhetsleder* for disse tjenester inkludert, der jeg fra nå av vil omtale henne som Lise. Lise hadde bakgrunn som sykepleier, men også en rekke tilleggsutdannelse inkludert mastergrad om

konkurransetsetting av kommunale hjemmetjenester. Samtidig hadde hun mye erfaringsbasert kompetanse fra tjenestene gjennom mange år som leder. Lise ble av flere av prosjektgruppens medlemmer omtalt som «fremtidsrettet» og en pådriver for innovasjon i tjenestene.

I det mer brukerrettede arbeidet var en *sykepleier*, fra nå omtalt som Kristin, og en *ergoterapeut*, fra nå omtalt som Helene, blitt rekruttert. Disse to arbeidet bl.a. med kartlegging av potensielle brukere for utprøving av teknologi, samt tilrettelegging og oppfølging underveis i utprøvingen. Til felles hadde de lignende utdanningsnivå (semi-profesjoner), begge var i gang med videreutdanninger og begge var blitt rekruttert innad i kommunen på bakgrunn av deres interesse for VT og erfaringer fra yrkesliv. Kristin tok en årsenhet innen eldreomsorg, mens Helene var i gang med en masterutdanning innen mestring og helsefremming, der begge utdanningene knyttet seg til norske høyskoler. Helene er eldre enn Kristin og hadde bred yrkeserfaring fra både privat og offentlig sektor. Kristin hadde i hovedsak erfaring fra kommunale PLO (sykehjem og hjemmetjenester), der hun hadde hatt ulike stillingstitler.

De fire overnevnte agenter var kjernen i prosjektgruppen og dem jeg hadde mest med å gjøre gjennom studiet. I tillegg var agenter fra kommunens forvaltning, brannvernaveiding, hjelpemiddelsentral, avdelingsledere innen kommunale PLO, samt en representant fra en fagforening inkludert. Prosjektgruppen hadde dessuten tett dialog med bedriftene som leverte utstyret, samt vakt- og alarmsentralen tilknyttet bl.a. trygghetsalarmsystemet og GPS-teknologien. Prosjektgruppen var også i dialog med forskningsinstitusjoner vedrørende følgeforskning, samt i kontinuerlig kontakt med Helsedirektoratet og KS som følge av å være inkludert i NVP. Med NVP fulgte det økonomiske midler, veiledning samt et kontaktnettverk med andre inkluderte kommuner, samtidig som deltakelsen krevde rapporteringer i form av effektivitetsmålinger (tall og statistikk) og annen dokumentasjon på måloppnåelse i henhold til prosjektplanen. Videre måtte prosjektgruppen delta på NVP-samlinger i regi av Helsedirektoratet.

Jeg har nå beskrevet prosjektets rammer og prosjektgruppens medlemmer (agentene). Ut ifra disse beskrivelsene vil jeg foreslå at de agerende ut ifra deres bakgrunn og arbeidsoppgaver kan forstås som tilhørende i ulike posisjoner i subfeltet.

## **6.2.2 Deltakende objektivisering av prosjektgruppens arbeid**

**Første møte** med prosjektgruppen fant sted kort tid etter at jeg hadde tatt kontakt med forespørsel om å få utføre studien, der prosjektleder, enhetsleder, ergoterapeut og sykepleier var tilstede. På møtet presenterte jeg min egen og prosjektets bakgrunn og hensikt, mens medlemmene presenterte seg selv og deres rolle i prosjektet. Utgangspunktet mitt var at jeg

ønsket å studere teknologienes strukturerende virkning på sykepleie (mht. praktikk, profesjon og posisjon), gjennom observasjon av helsepersonells handlinger i møte med brukerne som prøvde ut teknologi. Dette ble møtt av skepsis fra Lise på bakgrunn av at flere av brukerne hadde demensdiagnose og redusert samtykkekompetanse. Agentene var også opptatt av at de var kommet relativt kort på vei med implementeringen av VT. Kristin uttrykket det slik:

*«For å være ærlig ser jeg ikke hensikten med å observere når det ikke er så mange [brukere] som har teknologi ennå»* (Notater fra deltakende objektivering 21.10.14).

Dette utsagnet kan tolkes i retning av at teknologi og håndtering av utstyr representerer en kulturell og symbolsk kapital i feltet, der undersøkelser uten innhold av denne kapital derfor ble ansett som mindre verdifull for meg, men utsagnet må også ses i sammenheng med at jeg viste interesse for VT.

Jeg hadde som målsetting å ikke la meg påvirke i for stor grad av feltets doksa i henhold til målsettingen om deltakende objektivering, samtidig måtte jeg i noen grad følge «spillereglene» for å i det hele tatt få tilgang til det (spillet). Her referer jeg til Bourdieus spillmetafor om kamper i felt, der spillereglene forstås som uskrevne regler eller normer innenfor et felt (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 85). Jeg måtte derfor tilpasse meg prosjektgruppens ønsker der vi følgelig avtalte at jeg kunne observere hvordan prosjektgruppen arbeidet i prosjektet, og gjøre intervjuer med disse agenter og helsepersonell som arbeidet i hjemmetjenesten. Ny dag for observasjon ble planlagt til et kommende informasjonsmøte om VT for de ansatte i hjemmetjenesten, om lag en måned senere.

### **Andre møte med prosjektgruppen**

Da jeg møtte opp på kulturhuset der informasjonsmøtet om VT skulle være, ble jeg møtt av en tom sal der agentene i prosjektgruppen var de eneste tilstede. Maren stod på scenen, mens Lise, Kristin og Helene hadde plassert seg bakover i salen fra scenen. Ut ifra felttenkningen tolket jeg dette i retning av et sosialt hierarki i gruppen, der prosjektleder med høy grad av teknologisk kapital ledet an på scenen, mens de andre posisjonene var plassert hierarkisk etter deres posisjon bakover i salen. Jeg fikk beskjed om at møtet var blitt avlyst grunnet for få oppmøtte. Jeg skjøt inn med mine erfaringer fra yrkesliv, der jeg forsøkte å vise en forståelse for at møter o.l. lett kan bli nedprioritert i en travel sykepleierhverdag. Lise avviste denne forklaringen med følgende utsagn:

*«Jo mulig det, men i dette tilfellet må vi ta det på vår kappe, det har vært informert for dårlig»* (Notater fra deltakende objektivering 12.11.14).

Videre unnskyldte både hun og Maren at dette ble en «bomtur» for meg. Jeg forsøkte å være positiv og uttalte at dette (ingen oppmøtte) også kunne anses som et funn i studien. Maren skjøt raskt inn med følgende utsagn:

*«Ja jo, men vi er ganske sikre på at det er for dårlig informasjon som er tilfellet i denne saken, ikke manglende interesse» (Notater fra deltakende objektivering 12.11.14).*

Dette tolket jeg i retning av at medlemmene var opptatt av å overbevise meg om at VT hadde relevans for sykepleiergruppen, der det dårlige oppmøtet følgelig ikke kunne tilknyttes manglende prioritet eller interesse for temaet blant sykepleierne og andre ansatte.

Jeg ble med tilbake til rådhuset med prosjektgruppen, der vi drøftet mine videre planer for studien. Lise tok styringen og mente at jeg kunne delta på personal, bruker og koordinatormøter, samt avdelingslederforum og de planlagte informasjonsmøter. Kristin trakk igjen frem at lite teknologi så langt var implementert. Her oppfattet jeg Kristin som mer dominerende ift. ergoterapeut Helene, som ikke la så stor vekt på «mangelen» av teknologi. Helene var derimot mer interessert i min tittel for studien og spurte om det var omsorgen jeg ville undersøke. Jeg svarte at studien var samfunnsvitenskapelig orientert, der også politiske føringer og sentrale personers meninger om saken i samfunnet også var mitt interessefelt. Her nevnte jeg NSF's posisjoneringer til VT i filmen «Robonurse» og kritikken av robotselen Paro/Selma som eksempler. Dette vekket sykepleier Kristins engasjement, der hun stilte seg kritisk til teknologi-fiendtligheten innad i forbundet. Videre trakk hun frem at forskning har pekt på at helsepersonell er mest skeptisk til teknologi, ikke brukerne. Prosjektleder Maren stemte i og sa at hun hadde møtt en del teknologiskepsis blant helsepersonell og fagforeningsrepresentanter.

Senere blir det snakk om et kommende møte med en teknologileverandør, der enhetsleder Lise uttaler følgende:

*«Ja vi må jo lære oss dette utstyret, få det inn i fingrene og det er ikke bare, bare».* (Notater fra deltakende objektivering 12.11.14).

Posisjoneringene til teknologi som fremkommer i møtet, tolkes i retning av en pragmatisk orientering til teknologiimplementering som praktikk, der teknologiskepsis ikke kan anses som en kulturell kapital i denne gruppen. Doksa synes så langt i analysen å være nærmere orientert mot den verdslige/økonomiske pol, der teknologi anses som et middel i en målsetting om *bedre og mer effektive tjenester, der brukeren kan bo lengre hjemme med økt trygghet og selvstendighet* (fra kommunens prosjektplan), noe som gir gjenklang til de nasjonale føringer på området.

### **Tredje møte med prosjektgruppen**

Tredje møte med prosjektgruppen knyttet seg til et avtalt møte med enhetslederne i hjemmetjenestene, der jeg skulle presentere mitt prosjekt mot slutten av møtet. Rett før avtalt tid fikk jeg telefon fra prosjektleder Maren om at de igjen måtte se seg nødt til å avlyse, da ingen av enhetslederne hadde møtt opp. Jeg ble likevel invitert opp til en samtale med henne om videre plan for meg og studiet mitt. Maren uttrykket her frustrasjon over ledernes manglende prioritering av VT-prosjektet, samt manglende bruk av det nettbaserte kalendersystemet i kommunen der avtalene gjøres (Notater fra deltakende objektivering 4.12.14).

Om det var de organisatoriske rammer knyttet til prosjektet eller hjemmetjenesteenhetene, eller om det forelå en manglende prioritering av VT innad i tjenestene, vites ikke, men ettersom dette nå var andre gang en lignende episode skjedde, var dette noe som undret meg. Neste møte ble avtalt til påfølgende uke, der alle medlemmene i prosjektgruppen skulle være tilstede. Videre ble jeg invitert til demonstrasjon og opplæring av kommunens nyanskaffede GPS-sensorer, som skulle gis av en agent fra firmaet som leverte disse.

### **Fjerde møte med prosjektgruppen**

Hele prosjektgruppen var tilstede på dette møtet, der temaene for møtet var: utfordringer som kunne oppstå om nettet ikke virket, hvordan VT skulle dokumenteres i kommunens journalsystem, planlegging av nytt informasjonsmøte for de ansatte, avtaler om følgeforskning og erfaringer Maren og Lise hadde gjort seg på konferanser om VT, samt samling i NVP.

Maren ledet an vedrørende det første temaet, der utfordringer med trygghetsalarmsystemet iht. strømbrudd ble diskutert. Maren uttalte at brukerne måtte vite at alarmene ikke virker ved et evt. strøm- eller telefon/nettbrudd. Videre kunne hun informere om at det fantes «basestasjoner» med «batteri-backup». Her fremstår Maren som den agenten som har mest It/teknologi-kapital da hun leder an og i tillegg har et begrepsapparat på dette området. Lise deltar også om temaet, men bruker mindre avanserte begreper. En fagforeningsrepresentant som var tilstede på møtet var derimot mest opptatt av at de ansatte skulle vite hva de skulle gjøre i en slik situasjon. Det ble diskutert videre vedrørende enkelte geografiske områder i kommunen, der dekning kunne være en utfordring. Derav ble det reflektert over hvem som evt. skulle «ta regningen» om master måtte utbygges, kommunen eller nettselskapene?

Lise og Maren forteller så om sine opplevelser på en av Helsedirektoratets samlinger for NVP-inkluderte kommuner. Her hadde det vært et erfaringstorg, der de ulike kommunene hadde presentert sine prosjekter på stand. Det var ulikt hvor langt kommunene hadde kommet med

utprøving og implementering av VT, der enkelte kun oppdaterte sine trygghetsalarmsystemer, mens hadde andre kommet langt f.eks. på områder som GPS-sporing av demente. Andre erfaringer pekte i retning av at utstyret ikke var godt nok, der man f.eks. fikk inn mange falske alarmer. I den sammenheng skjøt ergoterapeut Helene inn og sa:

*«Ja det har jo vi og opplevd her i kommunen, en av våre brukere med fallalarm sier at denne kan slå seg ut bare han banner!»* (Notater fra deltakende objektivering, 8.12.14).

Videre spurte Helene om det var noen erfaringer knyttet til VT og økt aktivitet, eller om det hadde handlet mest om trygghet- og sikkerhetsaspektet? Maren bekreftet at det hadde handlet mest om det sistnevnte. Maren fortsatte følgelig å fortelle at de hadde fått påminnelser om Helsedirektoratets krav til innrapportering av prosjektet på samlingen. Videre hadde direktoratet gitt uttrykk for et ønske om at kommunen skulle strekke seg mot en målsetting om 50 nye alarmer i 2015. De hadde likeledes vært opptatt av målsettinger om reduksjon av tilsyn, der de ønsket effektiviseringsmål (tall og statistikk) omkring hvorvidt sensorene kunne sies å redusere f.eks. nattilsyn i tjenesten. Enhetsleder Lise understreket i den sammenheng betydningen av å satse på de tiltak/teknologier som ville være mest effektive for å nå målene satt i dette samarbeidet. Lise og Maren spurte en avdelingsleder fra en av hjemmesykepleiegruppene (tilstede på møtet), om hun hadde noen oversikt over reelle eller falske alarmer, som man kunne bruke som grunnlag i utregninger om evt. tidsbesparelser. Enhetslederen sa at hun trolig vil kunne skaffe til veie slik statistikk på bakgrunn av månedlige utskrifter fra vakt-selskapet. Helene kom igjen på banen med følgende spørsmål: *«er tallene så viktige?»* (Notater fra deltakende objektivering, 8.12.14). At tallene var viktige kunne både Maren og Lise bekrefte. Helene sier så at gruppen må passe seg for ikke å se seg blinde på tallene, erfaringer fra brukerne og pårørende må også med som mål på tjenesten etter hennes syn.

Neste tema som ble tatt opp var hvordan man skulle kartlegge og dokumentere VT, om man skulle anvende IPLOS-systemet og hvordan man i Profil<sup>67</sup> skulle kunne dokumentere om en bruker hadde VT. I den forbindelse uttalte Lise at alle må tenke over dette, da VT var kommet for å bli. Så ble det snakk om fordelingen av kostnadene tilknyttet utstyret, der kommunen i dag betaler for utstyret gjennom prosjektet mens brukerne må betale for det tilhørende abonnement (vakt- og alarmsentral). Dette ble presentert som et dilemma gruppen måtte ta stilling til, ifølge Lise. Om tjenesten ble for dyr kunne man risikere at brukerne gikk til innkjøp av utstyr privat.

---

<sup>67</sup> Kartlegging- (IPLOS) og dokumentasjonssystemene (PROFIL) brukt i kommunen.

Til sist fortalte ergoterapeut Helene om noen registrerte erfaringer med utstyret så langt, der hun med glede kunne fortelle at det var mange positive tilbakemeldinger fra brukere og pårørende. Videre fortalte hun at det hadde vært stor etterspørsel etter fallalarmer, der dette utstyret også hadde blitt rapportert å kunne være for sensitivt. I tillegg hadde det vært en episode der en bruker hadde falt, der hverken fallalarm eller trygghetsalarm hadde virket. Når det gjaldt døralarmene hadde det kommet positive tilbakemeldinger fra noen pårørende, som mente denne hadde virket regulerende på vandring (brukeren hadde vandret inne i stedet for å gå ut, i frykt for å vekke pårørende med en alarm). Så tok Helene opp at det hadde kommet forespørsel om mulighetene for trygghetsalarm på en liten øy tilhørende kommunen. Lise avklarte at dette ikke ville la seg gjøre, men at billedteknologi som tilsynsmetode kunne være svært aktuelt på et slikt sted, der pårørende evt. kunne kontaktes og rykke ut ved behov (Notater fra deltakende objektivisering, 8.12.14).

Etter mitt syn kommer «kampen i feltet» til syne i møtet, der denne kan synes å knytte seg til hva VT skal brukes til, slik det også fremgår i analysens del to. Jeg anser Lise og Marens posisjoneringer som nærmere orientert mot den verdslige/økonomiske pol, der VT-prosjektet også handler om offentlige besparelser og effektivisering av tjenestene. Ergoterapeut Helene og til dels sykepleier Kristins posisjoneringer fokuserer derimot mer på VT som et middel for brukernes aktivitet og deltakelse, der dette er verdier jeg knytter nærmere omsorgsideologien i helsefagene (i større grad orientert mot den kulturelle pol). Posisjoneringer forstås i lys av Bourdieus teorier, på bakgrunn av agentenes tilhørighet i ulike sosiale posisjoner, der disse vil konstrueres frem senere i analysen.

Funnene fra den deltakende objektivisering peker også på hvordan VT som et nasjonalt satsningsområde materialiserer seg i en lokal kontekst og virker strukturerende på praktikken på ulikt vis. Prosjektgruppen må f.eks. lage retningslinjer for VT i tråd med allerede tilstedeværende praktikker i tjenestene. Samtidig virker teknologien å kunne endre praktikken, f.eks. ved at den fysiske tilstedeværelsen med brukerne blir mindre, mens dialog med vaktentral og pårørende om alarmer ol. potensielt kan bli en større del av praktikken. Slike spørsmål kommer jeg nærmere inn på i intervjuundersøkelsene med ansatte i tjenesten, mens hvordan dette konkret virker er noe som må undersøkes empirisk gjennom observasjoner av helsepersonell i aksjon, noe denne masterstudien dessverre ikke rommer.



### Femte møte med prosjektgruppen

På dette møtet demonstrerte en leverandør av GPS-sensorer, sine modeller. Prosjektleder Maren, sykepleier Kristin, ergoterapeut Helene, en montør fra hjelpemiddelsentralen og sykepleier Anne fra hjemmetjenesten var tilstede. Leverandøren demonstrerte først hvordan sensoren skulle monteres og håndteres. Selve sensoren var på størrelse med en stor klokke og hadde en innebygget mobiltelefon. Den kunne festes på fot, håndledd, i belte/bukselinning eller legges i en lomme. Videre fikk vi vite at armbåndslenken kunne låses ved behov.

Leverandøren fortalte så at GPS-sensoren kunne koples opp mot tre kontaktpersoner (pårørende eller ansatte), som enheten ville ringe opp til når en knapp på sensoren ble trykket på. Her tilføyet Maren at det måtte utarbeides retningslinjer mht. personvern, da man ved kontakt med vaktsselskapet ville kunne få en eksakt posisjon på brukeren som hadde utløst alarmen. Leverandøren virket å være opptatt av personvern hensyn og anbefalte følgelig at så få personer som mulig burde være involvert i første utprøvningsfase. Maren etterspurte videre hvor langt selskapet var kommet med utviklingen av en «app<sup>68</sup>» tilknyttet sensoren, der leverandøren beklaget at dette hadde tatt lang tid, men at de nå arbeidet med utviklingen. Maren tydeliggjorde at dette ville være et krav fra kommunen for at avtalen med selskapet skulle vedvare, da kommunen hadde investert i smarttelefoner til de ansatte, og en utrykking ved GPS-alarm ville kunne ta lang tid om man ville være avhengig av en kontorfast datamaskin. Leverandøren fortalte om muligheten for et «geofence», der sensoren f.eks. kunne være innstilt til et område på noen hundre meter der brukeren kunne gå fritt, mens det ville gå en alarm til pårørende eller andre om brukeren gikk utenfor det angitte området. En slik løsning ville kunne erstatte f.eks. dørsensor på nattetid, men leverandøren var samtidig tydelig på at dette var etisk utfordrende, han sa: «Sensoren må jo ikke bli en fotlenke heller» (Notert sitat fra deltagende objektivering, 9.12.14).

Sykepleier Anne fra hjemmetjenesten mente at GPS-sporing kunne være en god løsning og understreket at hjemmesykepleien ikke har ressurser til å hente folk hver gang en alarm ble utløst. Hun mente følgelig at pårørende også måtte bidra. Leverandøren sa seg enig i dette og fortalte at det var mange mulige løsninger på denne utfordringen, f.eks. kunne man stille inn sensoren slik at pårørende fikk sms hvis brukeren utløste alarmen. Dette stilte Anne seg positiv til, da hun mente at pårørende kanskje kunne komme raskere til brukeren, enn hjemmesykepleierne som tross alt måtte logge seg på et dataprogram, samt kunne være opptatt i andre oppdrag. Disse utsagnene fikk meg til å tenke på noen av problemstillingene i NOVA-rapporten

---

<sup>68</sup> «App» står for applikasjon og brukes om programvarer for smarttelefoner og nettbrett

jeg innledningsvis refererte fra, der et av fremtidens dilemma var ventet å kunne dreie seg om slik ansvarsfordelingen mellom familie og stat (Daatland & Veenstra, 2012). Samtidig kan det synes som at sykepleierne også tillegges andre tilleggsoppgaver med teknologien, der trusselen om å bli erstattet av teknologi derved ikke nødvendigvis er tilstede.

Det neste temaet som ble drøftet var hvorvidt kommunen burde ha noen GPS-sensorer liggende klar til bruk for potensielle brukere, f.eks. brukere i en begynnelsefase av demens som ville kunne trenge sensoren over en kort periode før en evt. forverring i demenssykdommen. Kristin uttrykket at hun var opptatt av dette, da hun selv hadde erfart flere slike tilfeller der sensoren kun var aktuell en kort periode. Leverandøren sa seg enig og presiserte at utstyret i en slik situasjon ville kunne bespare hyppige tilsyn for hjemmetjenesten og ikke minst gi trygghet for brukeren. Sykepleier Kristin i prosjektgruppen sa seg enig i dette med følgende utsagn:

*«Ja det er jo først og fremst sikkerheten, tryggheten og friheten til brukeren som er det viktige»* (Notert sitat fra deltakende objektivring, 9.12.14)

Sykepleier Anne fra hjemmetjenestene stemte i med følgende utsagn:

*«Ja for det er jo snakk om at det er liv å redde, og ikke minst det å slippe å bli sperret inne!»* (Notert sitat fra deltakende objektivring, 9.12.14)

Her henviste Anne til episoder i Norge der demente har omkommet ved å gå seg bort. Leverandøren sa seg enig i Annes utsagn og uttrykket at han selv gladelig ville tatt i bruk GPS ved en evt. demensdiagnose i alderdommen. Helene og Maren var ikke så aktive i denne delen av samtalen og montøren fra hjelpemiddelsentralen virket å være mest opptatt av å skru på, og forstå hvordan utstyret virket (Notater fra deltakende objektivring, 9.12.14).

Funnene fra dette møtet peker i retning av tidligere funn, der teknologien og utstyret også utgjør en sentral plass i prosjektgruppens arbeid, der agentene ønsker å mestre utstyret. Funnene bygger også opp under tesen om at VT kan sies å involvere en rekke agenter med ulike interesseområder. På den annen side vil jeg hevde at det foreligger et doksa i gruppen om at VT er viktig for brukernes trygghet og aktivitet i alderdommen.

### **6.2.3 Oppsummerende refleksjoner fra den deltakende objektivring**

Til nå har jeg pekt på hvordan VT inntreden i subfeltet danner grunnlaget for andre problemstillinger og arbeidsoppgaver for både kommuneansatte, ledere og helsepersonell i tjenesten. Likeledes har den deltakende objektiveringen vist at prosjektgruppen arbeider med ulike problemstillinger og oppgaver som oppstår når VT skal utprøves og implementeres. Hva VT skal brukes til fremstår som «kampen i feltet», der heterodokse posisjoneringer også har kommet til syne. Ut ifra agentenes roller, interesser og posisjoneringer på områder vil jeg

kategorisere disse som tilhørende i en *byråkratisk/organisatorisk* (makt)posisjon, en *helsefaglig* posisjon og en *teknisk* posisjon. Den byråkratisk/organisatorisk og den tekniske posisjon anses som nærmere orientert mot den verdslig/økonomiske pol, mens den helsefaglige posisjon forstås som nærmere orientert mot den kulturelle pol i feltet. Samtidig oppleves det uriktig å knytte alle agenter med helsefaglig bakgrunn mot en posisjon, da disse synes å inneha ulike posisjoneringer i kampen om doksa, noe jeg vil komme nærmere inn på i analysen av intervjuundersøkelsene, der agentenes habitus vil konstrueres frem.

### **6.3 Analyse av intervju med agentene i prosjektgruppen**

Intervjuene fokuserte på hva agentene gjorde i sitt arbeid og hva som engasjerte dem i arbeidet, altså ikke på først og fremst om VT, men hva agentene gjorde i VT-prosjektet. Da med henblikk på å avdekke posisjoneringer; «kamper i feltet» (om doksa) og VT som sosial praktikk. Om mine fremgangsmåter for intervju henviser jeg til avsnitt 3.3.2, men jeg vil kort påpeke at ved å innta et feltperspektiv er Bourdieus teori om habitus sentral. Jeg var derved opptatt av å skaffe til veie bakgrunnsinformasjon om informantene (disposisjoner og kapitaler), slik at habitus kunne konstrueres frem. Agentenes habitus er vist gjennom skjematiske fremstillinger i tabeller (vedlegg 11).

Som det fremgår av tidligere redegjørelser om fremgangsmåter og min intervjuguide (vedlegg 5), hadde jeg ikke listet opp spørsmål med henblikk på agentenes kapitaler, men forsøkte heller å komme inn på agentenes disposisjoner og kapitaler gjennom prat om deres arbeid. Tilgangen på bakgrunnsinformasjon om agentene ble derved svært varierende, der dette har virker inn på i hvilken grad analysen kan sies å lykkes med å konstruere frem agentenes habitus. Jeg mener likevel at jeg har hatt nok til å konstruere frem noen forklaringer om agentenes posisjoneringer og posisjon i det sosiale rom, ut ifra min empiri. Med posisjoneringer henviser jeg til agentenes meninger om eget arbeid og saken som studeres, i deres ord og handlinger (Priour & Sestoft, 2006:169). Det vil derfor også trekkes paralleller mellom det observerte i prosjektgruppen (det agentene gjorde) og det agentene gjennom intervjuene sa at de gjorde, da med bakgrunn i den praxeologiske metodologi (redegjort for i punkt 2.0). Intervjuene foregikk på informantenes kontorer, på et rolig tidspunkt på dagen og varte i om lag en time. Jeg vil først presentere agentenes posisjoneringer til eget arbeid og VT, for senere å konstruere frem deres habitus ved hjelp av den bakgrunnsinformasjonen om deres kapitaler jeg har fått tilgang til.

### 6.3.1 Prosjektleder Marens habitus

#### Prosjektleder Marens posisjoneringer omkring eget arbeid og velferdsteknologi

Om arbeidet i prosjektet sier prosjektleder Maren at hun i størst grad har en organisatorisk rolle, der hennes arbeid skiller seg fra det brukerrettede, da hun ikke har helsefaglig bakgrunn:

*«Som prosjektleder har jeg jo mest en overordnet rolle i forhold til organisering. Jeg er med på alt som har med utstyr å gjøre, det tekniske og jeg deltar jo på samlinger med Helsedirektoratet. Og så har vi jo jevnlig møter med andre kommuner, der vi utveksler erfaringer med div. utstyr og sånt, men der er det jo mest snakk om penger og hvordan vi skal løse ting.»* (Transskript fra intervju med Maren, 13.11.14).

Maren beskriver seg selv som kommunens ansikt utad på VT-området, der kommunen gjennom NVP er i kontakt med andre kommuner gjennom erfaringskonferanser og møter. I tillegg samarbeider prosjektgruppen med forskningsinstitusjoner, som gjennom NVP er engasjert i å gjøre følgeforskning i kommunen. Her er kontakt med miljøer fra den nærliggende høyskole også sentralt. Maren har ansvar for å rapportere til både kommunalsjef og Helsedirektoratet om prosjektets fremdrift. Videre er hun mye i kontakt med de ulike teknologileverandører, der hun beskriver dette som en utfordrende del av arbeidet med følgende utsagn:

*«Leverandørene er flinke til å finne oss brukere, for det er jo kommunen som er kunde eller bruker midt oppe i alt dette, selv om det ikke er det private marked på samme måte, så er det jo kommunen som er kunde. Det er ikke bare enkelt for de[leverandørene] er jo selgere, de skal tjene penger på dette her og vi skal klare å velge ut det som er best for oss»* (Transskript fra intervju med Maren, 13.11.14)

Gjennom årenes løp i kommunen har Maren i arbeidet med ulike former for IT og teknologiimplementering i pleie- og omsorgssektoren, der hun ser likhetstrekk med det tidligere arbeidet og det arbeidet hun nå gjør i prosjektgruppen. Da med bakgrunn i at det ifølge Maren er nødvendig å sette seg inn i brukersiden av saken, der helsepersonell spiller en sentral rolle:

*«Jeg har fått muligheten til å sette meg inn i hvordan de[helsepersonell] tilegner seg kunnskap og hvilken kunnskap de har. Jeg har hatt mange kurs for de i de kommunale pleie- og omsorgstjenester, der mange omtrent aldri hadde sett en pc før eller tatt i ei datamus [på 1990-tallet]. Så jeg tror jeg har litt innsikt i hvordan de tenker der ute i forhold til IT»* (Transskript fra intervju med Maren, 13.11.14).

Videre mener hun at helsepersonell skiller seg fra hvordan mer teknisk eller administrativt orienterte personer tenker og arbeider. Hun sier:

*«Helsearbeidere ser en side av saken og vi [teknisk orienterte] kan se den andre siden. Vi ser det kanskje mer som et verktøy i arbeidet. Vi [teknisk orienterte] har jo hele tiden jobbet med å få folk[helsepersonell] til å se på det [IT/teknologi] som et viktig verktøy»* (Transskript fra intervju med Maren, 13.11.14)

Maren er gjennomgående tydelig på at hennes rolle skiller seg fra agentene i prosjektet med helsefaglig bakgrunn sine roller. På den annen side hevder hun at hun er mest opptatt av de brukerrettede aspekter i sitt arbeid. Når Maren snakker om verdien av VT refererer hun likeledes til helse- og omsorgsrelatert erfaringskompetanse fra eget liv, der hun selv hadde en far som var kronisk syk og funksjonssvekket over lengre tid. Dette mener hun selv er en

betydningsfull kompetanse når hun arbeider med helsepersonell, der brukereksempler ofte trekkes frem. Hun mener at denne erfaringskompetansen gjør henne bedre skikket til å henge med på hva de helsefaglig orienterte er opptatt av. I den sammenheng trekker hun paralleller til personlige erfaringer med sin far, noe som kommer frem med følgende utsagn:

*«Jeg har jo erfaringer som pårørende selv, der jeg tenkte litt i den retningen [mot teknologi], hva kunne vært gjort annerledes. Vi [familien] tok jo i bruk en del verktøy som gjerne ikke hadde vært i bruk før, far lever ikke lenger da, men vi var ganske fremme der og jeg har en mor som er veldig flink til å stå på. Hun var villig til å prøve forskjellige ting som gjorde at han kunne bo hjemme hele tiden f.eks. var de en av de første som hadde sånt automatisk spyl-tørk toalett og så fikk vi installert sånn automatisk døråpner. Det er jo veldig mye av det som kommer inn i prosjektet nå, som jeg jobber med nå liksom, og da har jeg tenkt; det hadde jo vi for lenge siden» (Transskript fra intervju med Maren, 13.11.14).*

Videre sier hun at hun tror hun ville forholdt seg annerledes til VT hvis hun ikke hadde hatt disse erfaringene:

*Jeg tror det hadde vært annerledes for meg hvis ikke min far hadde vært syk. Jeg så behovene for det [tekniske hjelpemidler] da. Jeg så jo at han hadde en trygghetsalarm som hang, ja som et smykke sant, men den brukte han jo ikke noe særlig. Han hadde en elendig klokke som skulle gi lyd når han skulle ta medisiner, men den funket ikke skikkelig. Så det var mange sånne ting som fikk meg til å tenke på hvordan dette kunne løses bedre» (Transskript fra intervju med Maren, 13.11.14).*

### **Prosjektleder Marens disposisjoner og kapitaler**

Marens er født på slutten av 1970-tallet og har vokst opp og bodd hele sitt liv i kommunen. Hun har jobbet i kommunen i omkring 15 år, der dette utgjør store deler av hennes karriere med unntak av en periode på noen år der hun jobbet som IT-konsulent i det private næringsliv. Hennes utdanningsbakgrunn knytter seg til IT, organisasjon og administrasjonsfag, samt en videreutdanning på VT-området. Maren kommer fra en lærerfamilie, som kan sies å være et samsvarende utdanningsnivå (høyskole ol.) som hennes egen, der hennes far underviste i teknisk orienterte yrkesfag, mens mor og ektemann har arbeidet/arbeider som lærere i allmenne fag. I kommunen har hun vært ansvarlig for innføring av ulike datasystem i PLO, deriblant innføringen av elektronisk pasientjournal, turnussystem, mobil omsorg (bruk av nettbrett/smarttelefoner i dokumentasjon) og nå innføringen av VT. I tillegg har Maren personalansvar innad i kommunen, en jobb hun beskriver som mye ansvar, der hun selv har tatt initiativ til faglig påfyll gjennom studier i offentlig styring, økonomi og kommuneledelse (årsenhet på høyskole).

Hun sier selv at ny teknologi og ulike former for teknisk utstyr er noe som har interessert henne siden barndommen. I den sammenheng beskriver hun seg selv som en ressursperson som både i arbeid og privatliv blir tilkalt hvis det er noe teknisk som ikke virker. Hennes far hadde en gang uttalt at han ikke undret seg over hennes yrkesvei, da hun fra hun var liten likte å skru fra hverandre ting. Maren sier hun husker den første videospilleren de fikk hjemme, der hun hadde

tatt på seg ansvaret for å sette opp denne. Hun mener videre at hun ofte tenker på tekniske løsninger når ulike utfordringer både i jobb og i det private liv oppstår. Videre kan sønnene hennes inspirere henne når de sitter med sine «Ipad», der hun f.eks. kan komme til å tenke på hvordan slike løsninger kan overføres til andre områder i samfunnet. Hun forteller at hun nylig har anskaffet sin eldre mor en Ipad<sup>69</sup>. På fritiden liker hun å være med familien og holde seg i aktivitet. Maren liker f.eks. å jogge, der hun på joggeturene bruker en GPS-klokke, slik at de hjemme kan følge med på henne.

Maren fremmer også sine erfaringer og interesse for IT og andre teknologier når hun forteller om eget liv, der dette også kan relateres til at VT er mitt empiriske fokus. Samtidig kan denne vektleggingen også forstås i retning av at teknologi kan representere en symbolsk kapital i det sosiale rom Maren befinner seg i, der Maren kan sies å ha et stort kapitalvolum på dette området i forbindelse med både utdanning, yrkeserfaring og privatliv. Likeledes vil jeg hevde at et fokus på teknikk, utstyr og teknologiers muligheter kan sies å være en del av Marens praktiske sans, der denne trolig har blitt formet som følge av både hennes disposisjoner og kapitaler.

Vedrørende Marens disposisjoner tilsier bakgrunnsinformasjonen jeg har tilgjengelig, at Maren har vokst opp i en ressurssterk norsk middelklassefamilie, der begge foreldre var utdannet lærere. Jeg tenker spesielt på hennes beskrivelser av egen familie i forbindelse med fars sykdom, der familien både med henblikk på økonomi og andre kapitalformer fremstod som ressurssterke i sin håndtering. Selv har Maren en relativt høyt posisjonert stilling innen kommunal sektor, der hun hankses med høyt posisjonerte oppgaver (teknologi, IT, administrasjon osv.) og innehar beslutningsmakt. Hun er gift, har barn og virker å ha god råd og tidsriktige fritidssysler. Maren har derved relativt høyt kapitalvolum på de tre betydningsfulle områder Bourdieu var opptatt av; sosial, kulturell og økonomisk kapital (Bourdieu & Wacquant, 1996, s.104).

Marens *handlinger* og strategier i rollen som prosjektleder skiller seg dog noe fra hennes posisjoneringer i *ord*, der brukerperspektivet og omsorgsrelatert symbolsk kapital bringes i spill når VT blir et tema i intervjuet. Dette kan også knyttes til disposisjoner, der hennes rolle som omsorgsgivende datter for en syk far, samt samarbeid med helsefaglige gjennom yrkeslivet trolig også har virket formende på hennes habitus. I arbeidet som prosjektleder anskuer jeg derimot Maren som mer pragmatisk, der hun utfører det som er forventet av henne i henhold til maktfeltets føringer (f.eks. Helsedirektoratet, KS og kommunalsjefens krav til rapportering).

---

<sup>69</sup> Nettbrett fra teknologileverandøren Apple.

Posisjoneringer om «brukeren i sentrum, med bedre og tryggere tjenester» regner jeg som tidligere drøftet, for å være en del av maktfeltets legitimerende retorikk vedrørende VT. Jeg vil derved hevde at det er en homologi mellom doksa på velferdsteknologiområdet i Norge og Marens posisjoneringer. Jeg anser likeledes Maren for å del av den fremkonstruerte *administrerende og organisatoriske maktposisjon*. Denne posisjonen anses som dominerende ift. den helsefaglige, både i prosjekt og i kommunens hjemmetjenester og på bakgrunn av å være nærmere orientert mot den heteronome og verdslig/økonomiske pol i det sosiale rom.

### 6.3.2 Sykepleier Kristins habitus

#### **Sykepleier Kristins posisjoneringer omkring eget arbeid og velferdsteknologi**

Kristin forteller at hun har en rekke roller i sitt arbeid. Hun er både tillitsvalgt, hun arbeider litt med forvaltning, samtidig som hun er involvert i utviklingsarbeid i hjemmetjenestene der kvalitetssikring av retningslinjer, dokumentasjonssystemer og VT er deler av dette arbeidet. I prosjektet jobber hun brukerrettet med f.eks. kartlegging av brukeres behov og aktuelle kandidater til å utprøving av VT. Hos brukerne prøves utstyret ut, der Helene og Kristin er ansvarlige for å evaluere bruken. Kristin mener at hun og Helene utfyller hverandre ved å ha ulik utdanningsbakgrunn og erfaring. Hun gleder seg også over at de tiltak som settes i verk i prosjektet, kan bidra til å øke aktiviteten og livskvaliteten for den eldre. Hun trekker i den sammenheng frem et eksempel der en eldre mann hadde vært inaktiv over lengre tid, der den tverrfaglige vurderingen hadde betydning for iverksettingen av de rette tiltak:

*«Den kjekkeste erfaringen var en gang når jeg og Helene var på besøk hos denne brukeren og vi begge tenkte at her må vi sette i gang andre tiltak enn nødvendigvis velferdsteknologi. Jeg snakket med vedkommende om hvordan vi kunne gjøre det med hjemmebaserte tjenester og Helene så på tilbudene i kommunen, kunne vi sette inn fallforebyggende tiltak, fysioterapi og opptrening? Og da jeg satte i gang tiltakene i hjemmebaserte og hun med fysioterapitjenesten, ser vi i dag en mann som går og er mye mer fysisk aktiv. Så det er mer kjekt å se det resultatet, enn f.eks. en fallalarm i seg selv» (Transskript fra intervju med Kristin, 5.12.14).*

Kristin sier hun har mange «baller i luften» i jobben sin og at det er noe hun liker. Hun ser på mye av det administrative som må på plass i tjenesten når VT innføres, likeledes må rutiner og kartleggingsskjema i henhold til f.eks. datasystemet Profil og IPLOS-systemet utvikles. Her bruker hun sine erfaringer fra forvaltning, der bl.a. lover og retningslinjer for både bruker og helsepersonell er viktig å ha kjennskap til. Hun sier:

*«Det er egentlig spesielt ift. dette her med demensomsorg, her er det ganske mye med det etiske og evt. endring av lover. I forvaltningen fikk jeg enda mer inn, du har forvaltningslover og du har pasientrettighetslover, og lovene jobber jo av og til litt mot hverandre» (Transskript fra intervju med Kristin, 5.12.14).*

Kristin har en fot i både den brukerrettede, administrative og organisatoriske verden med arbeidet i prosjektet. Hun er engasjert i både de overnevnte organisatoriske/administrative oppgaver og kartlegging av brukere, noe som kommer til uttrykk i følgende utsagn:

*«Jeg synes det praktiske, altså faget, er viktig. Det å få gå ut å snakke med brukere og være i kontakt med de som faktisk mottar tjenestene, synes jeg egentlig er det viktigste. Jeg har ikke det store behovet for å være ute i pleien og de tingene der, men å få snakke med brukerne om hvordan de opplever hverdagen og har det, følge hvordan situasjonen utvikler seg, synes jeg er veldig spennende. Jeg trenger ikke være den som utfører tiltakene, men jeg setter i gang tiltakene»* (Transskript fra intervju med Kristin, 5.12.14).

Kristin er selv opptatt av å holde seg faglig oppdatert og har gjennom utdanning lært mye om fremtidens omsorgsutfordringer i henhold til de demografiske endringer vi nå står ovenfor i Norge. Her mener hun utviklingsarbeid i kommunen er viktig og tiltak som VT kan være nyttige. Hun sier:

*«Vi prøver å holde en sånn målsetting i kommunen, spesielt i hjemmebaserte tjenester, at vi skal være frempå, vi skal komme tidlig i gang med ting. Litt fordi vi har manko på sykehjems plasser og vi må tenke nytt, vi må tenke annerledes om hvordan vi kan være fremtidsrettet. Og denne her avdelingen, hjemmebasert enhet spesielt knyttet til demens, er jo et sånt resultat. Og det med VT-prosjektet er og at vi vil være litt tidlig ute med å komme i gang med sånne ting. Her er enhetsleder i hjemmebaserte tjenester[Lise] også veldig dyktig på de tingene der; å tenke fremover, å tenke målrettet og dra i tråder for å få ting til»* (Transskript fra intervju med Kristin, 5.12.14).

### **Sykepleier Kristins disposisjoner og kapitaler**

Kristin er født på begynnelsen av 1980-tallet, hun er gift og fikk barn tidlig i livet. I likhet med Maren har hun bodd hele livet i kommunen og sier hun trives godt, da plassen hverken er for stor eller for liten. Kristin begynte på sykepleierutdanningen på begynnelsen av 2000-tallet og var under utdanning mest opptatt av det akutte i spesialisthelsetjenesten, med drømmer om å jobbe i ambulansen. Hun syntes eldreomsorg og praksis på sykehjem virket lite spennende under studietiden, der interessen for eldreomsorg derimot er noe som har kommet gradvis med hennes yrkesvei. Da hun dvelte over valg av utdanning, vurderte hun sykepleie eller sosionomutdanning, da hun visste at hun ville jobbe med mennesker. Hun har arbeidserfaring fra sykehjem der hun trivdes godt, men etter hvert følte hun at det ble for utfordrende. Hun jobbet en kortere periode innen forvaltning, der hun lærte mye om hvordan hjemmetjenesten er organisert. Da det ble ledig en koordinatorstilling (gruppeansvarlig sykepleier) i hjemme-sykepleien, innebar dette en kombinasjon av både hennes erfaring og interessefelt.

Det var Kristins mor som inspirerte henne til å bli sykepleier, samtidig som Kristin ønsket å arbeide med mennesker. Kristin forteller at moren var mye borte med turnusarbeid i Kristins oppvekst og at hennes far, som jobbet som lærer, tok mye ansvar hjemme. Hennes sosiale bakgrunn virker å være plassert i den norske middelklasse, med «kjernefamilien» i en historisk



periode der kvinnene ble mer yrkesaktive. Hun har derved et utdanningsnivå som passer med familiens sosiale posisjon, dessuten sier Kristin at den stillingen hun nå har (med dagarbeid og helgefri) også passer godt med familielivet. Dette utsagnet stemmer overens med Lindgren (1992) og Engströms (2012) analyser av sykepleieres habitus, der foreldre gjerne har praktiske eller menneskelig orienterte yrker, og bakgrunner som lærer eller sykepleier ikke uvanlig. Likeledes fant Engström (2012) at sykepleierne ofte begrunner sitt yrkesvalg på bakgrunn av et ønske om å kunne hjelpe og være til nytte for andre mennesker. På den annen side fant Lindgren (1992) at sykepleieposisjonen i større grad kunne sies å være en heterogen gruppe, sammenlignet med høyere posisjonerte yrker i det medisinske felt som legene eller lavere posisjonerte yrker som hjelpepleierne. Mer generelt om omsorgsyrkene kan det sies at agentene har ulike sosiale bakgrunner, mens felles for dem er en kvinne-dominans. Helseprofesjonene skiller seg fra både arbeiderklasse og høyere posisjonerte agenter i næringsliv, der helseprofesjonene som kategori kan sies å tilhøre middelklassen (Halvorsen et al. 2013:104).

Kristins ektemann jobber på dagtid som selger, og familielivet med barnas skole- og fritidsaktiviteter tar opp mye av hennes fritid. Samtidig sier Kristin at hun er avhengig av nye utfordringer i livet, der dette etter hennes syn er bakgrunnen for at hun nå tar videreutdanning (på høyskolenivå) innen eldreomsorg. Hun oppgir å være helt gjennomsnittlig opptatt av teknologi, mens hun tror det å leve i et tid med mye teknisk utsyr og nye teknologier påvirker henne til å følge litt med. Barna elsker f.eks. alt som har med datateknologi og spill å gjøre, der de til og med har lært å lage dataspill på skolen. Videre forteller Kristin at hennes foreldre henger med på utviklingen, der de og har anskaffet seg nettbrett. Dette ser hun likeledes i sammenheng med den tiden vi lever i nå, der slike ting [teknologier/utstyr] har fokus.

Kristins handlinger i arbeidet som sykepleier i prosjekt er mest tilknyttet administrativt og organisatorisk arbeid, der hun på mange måter kan sies å ha samme posisjon som Maren i sitt yrkesliv. Samtidig anser jeg hennes bakgrunn som sykepleier og stilling i prosjektet for å være mer brukerorientert og derved lavere posisjonert enn Marens, med henblikk på autonomi og beslutningsmakt. Kristin reflekterer selv over at jobben hun har i dag kanskje befinner seg nærmere sosionomyrket enn sykepleieyrket, der hun sto mellom sykepleie og sosionom-utdanning når hun skulle velge yrke. Implisitt posisjonerer hun også eldreomsorg hierarkisk lavt mht. status og prestisje, når hun beskriver sine tidligere interesser for det akutte, fremfor geriatri. Likeledes har hun erfaringer med lignende hierarkiske plassering av eldreomsorgen blant sykepleiestudenter hun har veiledet i praksis, der mange har liten interesse for eldreomsorg ifølge Kristin. Samtidig hevder Kristin at hun er blitt genuint interessert i eldreomsorg

de seneste år, der hun brenner for de «*eldres mulighet til å bli boende så lenge som mulig hjemme, under trygge og verdige forhold*».

Dette utsagnet tenker jeg både kan være utrykk for doksa på VT/eldreomsorgsområdet, både på nasjonalt og lokalt plan, der «omsorgsretorikken» brukes legitimerende om dagens eldreomsorgspraksis (i hjemmet med teknologi). På den annen side knytter jeg Kristins posisjoneringer til hennes disposisjoner, der både sykepleierutdanning, yrkes- og familiebakgrunn trolig har virket orienterende på hennes praktiske sans. Den praktiske sans guider henne gjennom arbeidet, der hennes praktiske sans kan sies å være både pragmatisk orientert mot den dominerende verdslig/økonomiske pol og orientert av en *omsorgshabitus*. Bruken av dette begrepet er inspirert av andre praxeologiske masteroppgaver om sykepleie, der f.eks. Akselberg (2012) og Myking (2013) fant at sykepleierne måtte balansere mellom krav fra dominerende instanser innen det medisinske og politiske felt og sykepleiernes egne krav om praksis, ansett som et møte mellom motstridende logikker. Samtidig ble det argumentert for at sykepleierne ikke var en homogen gruppe, men der fokuset på omsorg og pasienten beste likevel var noe som knyttet sykepleierne sammen. Dette kan og knyttes til mye av den gjennomgåtte forskning om hjemmetjenestene som har pekt på at kvinnene tok med seg omsorgsrollen inn i velferdsstatens nye organisering, der omsorgsyrkene utgjør en sterk kjønnssegregering i norsk arbeidsliv (Halvorsen et al. 2013:104).

Oppsummert vil jeg knytte Kristin som sykepleier av yrkestittel til en helsefaglig posisjon i feltet, der jeg vil hevde at både sykepleieyrkets overordnede posisjon og Kristins stillingsbeskrivelse blir dominert av den administrative- og organisatoriske posisjon. Samtidig anses den helsefaglige posisjon som betydningsfull i dette sosiale mikrokosmos, der agentene som tilhører denne posisjon, på tross av å være dominert, blir lyttet til og har innflytelse i prosjektgruppens arbeid. Det å tilpasse seg doksa fremstår som viktig for anerkjennelse, der Kristin tilsynelatende har inkorporert mye av de nasjonale føringer på området i ord og handling; hun er f.eks. opptatt av at det må settes i verk tiltak for å møte de demografiske utfordringer vi står ovenfor. Hun kommer med få heterodokse posisjoneringer i de observerte møter i prosjektgruppen, mens posisjoneringer om eget arbeid vektlegger «kjernen» i sykepleiefaget og det brukerorienterte arbeid. Hennes handlinger (om jeg anskuer Kristins beskrivelser av eget arbeid som den reelle praktikk) virker derved å være nærmere orientert mot omsorgsideologien i sykepleie og den kulturelle pol i det sosiale rom.

### 6.3.3 Ergoterapeut Helenes habitus

#### Ergoterapeut Helenes posisjoneringer omkring eget arbeid og velferdsteknologi

Helene arbeider i den kommunale ergoterapitjenesten, der hun presiserer at hun arbeider med både unge, voksne og eldre funksjonshemmede (der storparten av disse ikke har noe med hjemmetjenesten å gjøre), mens hennes stilling i VT-prosjektet er mer knyttet mot eldre brukere av hjemmetjenester. Helene sier at ledelsen i kommunen hadde bestemt at det skulle engasjeres en ergoterapeut og en sykepleier i prosjektet, og at det var litt tilfeldig at hun ble engasjert i dette. Hun hadde dog litt erfaring med en bruker som hadde «smarthusbehov», der dette etter hennes syn kan ha spilt inn på at hun ble spurt om en deltidsstilling i prosjektet.

Hun ble med prosjektgruppen på en studietur der flere NVP-inkluderte kommuner deltok og der Lyse, en sentral teknologileverandør på VT-området, presenterte produktene sine. Denne turen vekket Helenes interesse, der hun ville vite mer om disse drivkreftene som nå er i sving i samfunnet i forbindelse med eldrebølgen. Hun sa:

*«Altså de [teknologileverandøren] var veldig flinke å presentere produktene sine og snakket sånn som helsepersonell har lyst til å høre for å si det sånn, så da ble vi veldig oppmerksom på hva slags styrker som ligger i dette her da. Og de[Lyse] er en privat aktør, det er greit nok, de skal selge produktene sine og de var gode, altså de var gode på å treffe helsepersonell, men de var og ærlige på at de og er ute etter å, altså de selger jo og. Så gikk jeg hjem da og så leste jeg litt i disse NOU'ene og litt sånn, og så ser jeg, de vil jo dette de [politikerne] og. For de og vil jo selge, eller det er jo en av målsettingene å øke teknologiproduksjonen egentlig, i tillegg til det de presenterer opp imot brukereffekten og tjenesteinnsparing. Så ble på en måte litt hekta på de kreftene, eller hva som ligger i dette da. Så ble det til at jeg gikk inn i den prosjektbiten» (Transkript fra intervju med Helene, 8.12.14).*

Helene hadde, som sitatet viser, tidlig blitt oppmerksom på at det ligger ulike interesser og drivkrefter innen det norske VT-området, der hun også er opptatt av etikk og dilemma man som helsepersonell kan møte på i forbindelse med teknologiimplementering. Helene tenker da spesielt på krav om effektivisering, der hun mener det er et mål eller hovedmål, mens hun som ergoterapeut anser egenmestring og trygghet for brukeren som hovedmålet. Videre peker hun på at det kan bli en konflikt om man må trekke mye personell vekk fra brukeren, samtidig som hun presiserer at de politiske dokumenter hun har lest, samt kommunens egen prosjektplan, ikke legger opp til dette. På spørsmål om hva som engasjerer henne mest ved arbeidet i prosjektet sier hun:

*«Nei altså det er jo brukersiden, behovssiden og nyttesiden ifra bruker sitt ståsted, som er mest interessant synes jeg, men samtidig så ser du alle de andre ønskene til dette. Så det er at man bidrar til å se brukersiden i det» (Transkript fra intervju med Helene, 8.12.14).*

I arbeidet med prosjektet mener Helene at samarbeidet med prosjektgruppen og sykepleierkollega Kristin går godt, der alle har ulike roller og ansvarsområder innad i gruppen. Om utstyret har hun en del kontakt med montøren fra hjelpemiddelsentralen, som hun også kjenner

fra sitt vanlig virke som kommuneergoterapeut. Når det gjelder VT har hun jobbet en del med dette i forbindelse med smarthus og andre tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede i egen bolig, mens akkurat sensorer og alarmer knyttet opp mot trygghetsalarmsystemet er mer nytt for henne. Helene trekker frem samme episode som Kristin når hun forteller om hvordan de utfyller hverandre med sine ulike bakgrunner og roller. Det handlet om en eldre mann som hadde blitt inaktiv pga. balansevansker, men som tidligere hadde vært en aktiv mann. Helene sa:

*«Det er greit nok å få en fallalarm som kan gi beskjed hvis du faller, men en må jo helst gjøre noe annet enn det for å holde funksjonen oppe. Han[brukeren] har jo fått både fysioterapi, og hjemmesykepleien har gått tur med han, så han har jo fått økt sin funksjon i ettertid, men det har ikke noe med fallalarmen å gjøre sånn sett. Det var bare den som gjorde at vi kom inn i bildet. Min tankegang er jo fremdeles det at fallalarmen er noe som trer i kraft i etterkant av at en uønsket hendelse har skjedd og hvis man skal forebygge fall, må man gjøre andre ting enn det. Sånn at det er jo behov for andre typer tiltak og andre typer tjenester enn akkurat disse 'duppedittene', mens de er en trygghet i bunn. Som trygghetsalarm i utgangspunktet var, og er» (Transkript fra intervju med Helene, 8.12.14).*

Helene er opptatt av at fallalarmer og andre typer alarmer/sensorer kan være en nyttig videreutvikling av det allerede eksisterende trygghetsalarmsystemet, men mener derimot at det også er andre tiltak avgjør om folk forblir selvhjulpne. Her nevner Helene en rekke forebyggende tiltak som foregår innen den kommunale fysio- og ergoterapiavdelingen. Hun sier:

*«Det å både styrke kroppene til folk, eller det å holde aktiviteten oppe og forebygge at man blir svak, og det å se på omgivelsene og tilrettelegge. Det er jo den tradisjonen som vi[ergoterapeuter] vanligvis tenker egentlig. Dette er tiltak som har vært før dette prosjektet kom i gang, det er jo viktig å beholde den forebyggingsbiten, og koble seg opp til resten av tilbudene i kommunen og oppfordre den enkelte til å være i aktivitet» (Transkript fra intervju med Helene, 8.12.14).*

Helene sier i den sammenheng at VT og ulike former for teknologi for omgivelseskontroll har vært brukt langt tilbake i tid, og vært knyttet opp til NAV og hjelpemiddelsentral<sup>70</sup>. Fra omgivelseskontroll gikk man over til å kalle det smarthus, og nå er altså velferd- eller omsorgsteknologi de brukte begrepene, bemerker hun. For Helene er det mye av det samme arbeidet som ligger bak, uavhengig av hva man kaller teknologien, men hun mener at selve utstyret har fått mer fokus etter de politiske føringer som f.eks. NOU 2011:11 og senere etableringen av NVP vokste frem. Dette kommer frem i følgende utsagn:

*«Det har kommet litt med denne NOUen og NVP, det har blitt en litt sånn større sak da, på et litt annet nivå enn det som har vært lenge, mens det har vært mer sånn behovsrelatert fra vår [ergoterapeutenes] side. Så derfor synes jeg det er rart at Helsedirektoratet er så veldig opptatt av tall, altså vi kan godt plassere ut masse sensorer, men da må man på en måte ha en tanke om hvorfor og hvilke behov.» (Transkript fra intervju med Helene, 8.12.14).*

---

<sup>70</sup> NAV er en arbeids- og velferdsforvaltende etat i Norge, som forvalter en tredjedel av statsbudsjettet gjennom ordninger som dagpenger, sykepenger, uføretrygd m.m. Etaten har som siktemål å få flest mulig i arbeid og aktivitet tilpasset brukers funksjonsnivå (Halvorsen et al. 2013:90). Hjelpemiddelsentralen formidler utstyr og hjelpemidler og er underlagt NAV (Halvorsen et al. 2013:195).

Som det fremkommer av sitatet og andre utsagn notert fra den deltakende objektivering, fremstår Helene som skeptisk til Helsedirektoratets fokus på måloppnåelser, tall og statistikk. Om samarbeidet med andre NVP kommuner mener Helene derimot at dette er bra for å kunne lære av hverandres erfaringer. Hun tror fokuset er mye det samme i alle kommuner, der det nå følger prosjektmidler med til utprøving og det derav kan bli mye fokus innkjøp av utstyr. Hun understreker i den sammenheng at det er mest den mer administrativt rettede ledelsen i prosjektgruppen som reiser på disse fellessamlingene. Videre er hun opptatt av de valgene som kommer etter NVP-perioden, der kommunen må ta valg om hvem og hvilke typer utstyr de vil prioritere. Hun sier:

*«Nå er det et prosjekt det følger midler med, men den dagen det er slutt så blir det igjen opp til den skralle kommuneøkonomien. Vil man da gå inn for å dele ut til alle[brukere] hvis kommunen skal betale det? Eller skal den enkelte betale det? Da må man jo ha en formening om at dette er veldig viktig. Så det er noe med å ha blikk for hva som egentlig skjer, og det er ikke så lett. En må prøve litt for å se et mønster, men med NVP er det mange som prøver ut og det er bra» (Transkript fra intervju med Helene, 8.12.14).*

Avslutningsvis sier Helene at brukersakene opptar henne mer enn det organisatoriske og administrative rundt prosjektet, der hun posisjonerer yrket sitt til å først og fremst være brukerorientert.

### **Ergoterapeut Helenes disposisjoner og kapitaler**

Helene er født på 1960-tallet og er oppvokst i landlige omgivelser i nabokommunen, men har siden 1990-tallet bodd i kommunen der studien er gjennomført. Hun har med unntak av kortere perioder i forbindelse med utdanning og ektemannens arbeid, bodd i eller i nærheten av kommunen. Hun beskriver sin barndom som fri i naturskjønne omgivelser på familiens gård, der mor var hjemmeværende, mens far var sjømann. Moren hadde alene ansvar for en søskenflokk på fem, samt hus og hjem når far i perioder var bortreist på sjøen. Tidsepoken Helene vokste opp var en vekstperiode i det norske samfunn, der likestilling og kvinnes deltakelse i yrkesliv var en av kampsakene i samfunnet. Helene skiller seg fra Kristin og Maren ved at hun er født et tiår tidligere og vokste opp i et hjem med mer tradisjonelle (gammeldagse) kjønnsrollemønstre. Om utdanningsvalget sier Helene at hun var litt ubestemt etter gymnasiet, hun tok litt estetiske fag og jobbet i barnehage og skole før hun begynte på ergoterapihøyskolen. I sin karriere har hun arbeidet med både habilitering av barn og unge, hjelpemiddelsentral og bedriftshelsetjeneste før hun begynte i den kommunale ergoterapitjenesten. Dette har ifølge Helene vært jobber med ulike roller og fokus.

På mange måter vil man kunne hevde at en profesjonsutdanning som ergoterapeut gir samme kapitalvolum og sosiale posisjon som en sykepleier, med henblikk på lik utdanningslengde og

samme nivå (treårig høyskoleutdanning). På den annen side har sykepleieprofesjonen en lengre historisk tradisjon der denne yrkesgruppen har hatt en underordnet, men også betydningsfull posisjon som legens assistent, og høyt hierarkisk plasserte oppgaver også har vært del av sykepleierens virke. Som redegjort for i historiseringen, vokste mer spesialiserte yrker som ergoterapi frem i forbindelse med utbyggingen av velferdsstaten etter andre verdenskrig, der ergoterapeutenes organisasjon ble opprettet i 1952. Felles for de helsefaglige semi-profesjoner har vært kvinnedominans og sosial plassering i middelklassen. Om ergoterapiyrkets egenart vil mange knytte dette til forebygging, tilrettelegging og helsefremmende arbeid, der man fokuserer på brukerens muligheter, fremfor utfordringer (Halvorsen et al. 2013:103-105).

Helene har mann og barn, der ektemannen har hatt oljerelaterte jobber og flere av hennes brødre også har gått mer teknisk rettede yrkesveier. Selv om Helene derimot har valgt en helsefaglig vei, har hun hele tiden måttet oppdatere seg på hjelpemidler, deriblant ulike former for tekniske/teknologiske hjelpemidler. Hun beskriver ikke seg selv som teknisk interessert som privatperson, men med yrket har dette blitt en interesse, spesielt med henblikk på de muligheter utstyret har kunnet tilføre brukerne. Fritiden bruker Helene i naturen, der gåturer og arbeid i hagen er en fin avkobling for henne. Helene har og begynt på et masterstudium med fokus på mestring og helsefremmende arbeid, der dette også tar opp en del av fritiden hennes.

Helene og søsknene måtte hjelpe mye til på gården og i omsorgen for hverandre i de perioder far var bortreist. Familien har også et lavere utdanningsnivå enn det de andre omtalte informantene har, mens Helene gjennom utdanning og lang yrkeserfaring har opparbeidet seg en relativt høy posisjon i kommunehelsetjenesten. Yrket er på lik linje med andre helsefaglige profesjonsutdanninger, praktisk rettet, der jeg knytter utdanningsvalget til Helene til hennes disposisjoner med praktisk gårdsarbeid og deltakelse i den felles omsorg for familien i oppveksten. I intervjuet er Helene mest opptatt av å snakke om brukerperspektivet, der jeg komparativt med de andre informantene likeledes knytter dette til en omsorgshabitus. Hennes heterodokse posisjoneringer i både møtesammenheng og under intervjuet relateres også til denne habitus, som uttrykk for Helenes praktiske sans. Selv sier hun at drivkreftene bak NVP og det store fokuset på VT i samfunnet, vekket interesse og en naturlig skepsis i henne.

Jeg knytter Helenes posisjon i det sosiale rom til i størst grad å være relatert til hennes habitus, mens hennes yrkestittel plasserer henne i en helsefaglig posisjon, der ulike habituser virker. Med det mener jeg at den helsefaglige posisjon kan anses som en heterogen gruppe agenter med ulik habitus, der «kampene i feltet» i størst grad kommer til syne gjennom denne posisjons bidrag til opprettholdelse eller forkastelse av doksa. Ambivalensen kan knyttes til grunn-

strukturen mellom den autonome og heteronome pol i subfeltet, samtidig som agentene kan tvinges til å anerkjenne doksa for å kunne opprettholde sin eksistens i feltet (Prieur & Sestoft, 2006:164). Denne tvangen synes å fremkomme i Helenes posisjoneringer, der hun både er skeptisk til fokuset på måloppnåelser og effektivitet gjennom NVP, samtidig som Helene også ser mye positivt med prosjektet og VT om det anvendes til brukerens beste.

#### **6.4 Analyse av intervju med agentene fra hjemmetjenesteavdelingen**

De hjemmebaserte tjenester i kommunen der denne studien er utført, er organisert under en sykepleiefaglig enhetsleder som igjen er underlagt kommunens administrasjon og ledelse. Hjemmetjenesten er delt inn i fem avdelinger etter geografi og brukergrupper, med respektive avdelingsledere. Disse er igjen delt inn i grupper der sykepleiefaglige koordinatorene har ansvar for de respektive brukerne i gruppen. Avdelingen jeg besøkte var en demensavdeling, der en inndeling etter diagnose/brukergruppe ifølge informantene ikke er den mest tradisjonelle på landsbasis, da det er mer vanlig å dele avdelingene inn etter geografiske soner. Gjennom min deltagelse under lunsjen og i kontorlokalet gjennom en formiddag, dannet jeg meg noen inntrykk om avdelingen og agentenes tanker om organiseringen av praksisen. Flere av dem jeg snakket med posisjonerte avdelingens inndeling som en god og fremtidsrettet måte å organisere praksisen på, der avdelingen ved å ha omsorg for en bestemt brukergruppe kunne ha større fokus på det spesielle for denne brukergruppen og derav tilegne seg faglig kompetanse på demensområdet.

Lederne jeg gjennom den deltakende objektivering har hilst på, har vært kvinner med sykepleiefaglig bakgrunn. Det samme var tilfellet for lederen ved demensavdelingen, der hun virket å ha mye erfaring på dette området. Ved samtale om mitt masterprosjekts fokus over fredagslunsjen, posisjonerte avdelingslederen seg positivt til velferdsteknologiske tiltak, der spesielt sporings- og sensorteknologi etter hennes syn var høyst aktuelt for denne brukergruppen (demente). Hennes posisjoneringer kan også ses i sammenheng med at VT fremstår som noe fremtidsrettet, innovativt og derved positivt ladet i det overordnede sosiale rom jeg har omtalt som VT-området i Norge. Dette kommer likeledes til syne i kommunens strategier der jeg ut ifra den deltakende objektivering i kommunen, har argumentert for at doksa i dette sosiale rom kan synes å være en positiv orientering til VT. Motstridende posisjoneringer forstås derved som heterodokse, der kampen om definisjonsmakten vedrørende VT også kan knyttes til retten til å definere doksa om hvordan man skal organisere tjenestene. Likeledes kan kapitaler som utdanning eller en felles tenke- og handlemåte (praksis) kan være et av flere adgangskrav for å kunne anses som en agent i feltet (Prieur & Sestoft, 2006:164). I hjemmesykepleien kan dette

dreie seg om helsefaglig utdanning eller erfaring, da pleie- og omsorgshandlinger og behandlingsoppgaver utføres. Et kollegium eller en gruppe som arbeider tett sammen vil ifølge Bourdieu kunne utvikle en form for felles habitus, der agentene i alle fall utad tilpasser seg det etablerte doksa (Petersen, 1995:136).

En tese var derfor at doksa i prosjektgruppen (del av maktfeltet i kommunen) kunne virke habitusdannende på agenter plassert lavere i makthierarkiet, som f.eks. helsepersonell og brukere av tjenesten. Samtidig er feltet ofte strukturert av motsetningen mellom den autonome pol (der feltet i størst grad følger sin egenlogikk) og den heteronome pol (der feltet i større grad påvirkes av eksterne maktfelt) (Prieur & Sestoft, 2006:163). De ansatte i hjemmebaserte tjenester må i stor grad rette seg etter det beslutningstakerne i kommunen bestemmer, selv om dette kan avvike noe fra helsepersonalets personlige meninger eller praktikk. Jeg vil derav hevde at agentene i prosjektgruppen er høyere posisjonert i det sosiale hierarki, enn de som arbeider ute i pleie- og omsorgspraktikken, på bakgrunn av deres større grad av autonomi og beslutningsmakt.

Kommunens posisjonering til eldreomsorg med bestemmelser om VT, innebærer dessuten to ulike logikker: teori og praksis, der agentene trolig bruker sin *praktiske sans* orientert av deres habitus når de forholder seg til teknologien i sitt arbeid, som praktikk. Dette blir for øvrig bare en antagelse, da jeg i dette studiet som nevnt ikke har fått anledning til å observere de ansatte i arbeid med brukerne, men der informantens posisjoneringer til saken har gitt meg en formening om hva som foregår i praktikken.

Jeg fikk etter forespørsel i den overnevnte hjemmesykepleieavdeling kontakt med to informanter med henholdsvis sykepleier- og omsorgsarbeiderbakgrunn. Informantenes ulike bakgrunn ble ansett som hensiktsmessig med henblikk på det relasjonelle fokuset i feltstudier, og foregikk på et rolig tidspunkt i avdelingen og varte i om lag en time. I likhet med intervjuene gjort med informantene i prosjektgruppen, forsøkte jeg å ikke fokusere direkte på VT, men heller la agentene snakke ut ifra deres arbeidshverdag og engasjement. Tesen var at agentene selv ville komme inn på temaet VT, ettersom de visste at mitt masterstudium fokuserte på dette temaet.



### 6.4.1 Sykepleier Annes habitus

#### Sykepleier Annes posisjoneringer omkring eget arbeid og velferdsteknologi

Anne begynner med å fortelle at hun har en koordinatorstilling i den aktuelle hjemmetjenesteavdelingen, der hun koordinerer alle oppgavene knyttet til brukerne i hennes gruppe. Det er følgelig hun som til enhver tid sørger for at brukerne får dekket det hjelpebehovet de har vedtak på, der jobben med utarbeidelse av arbeidslister til kollegaene også følger med. Videre forteller Anne at jobben innebærer en del administrativt arbeid, samtidig som det er *brukernært*. Hun omtaler arbeidet som travelt, selv om målsettingen er at personalet skal ha bedre tid ettersom brukergruppen er demente mennesker som trenger ro og tålmodighet. Sammenlignet med Annes tidligere arbeid på sykehuset mener hun dette skiller seg betydelig fra den jobben hun nå har. Det er til sammenligning lite praktiske sykepleieoppgaver, sier Anne. Samtidig føler Anne at hun har mye ansvar for brukerne. I likhet med de andre agenter innen den helsefaglige posisjon, er også Anne opptatt av brukeren, der dette fremkommer i følgende posisjonering:

*«Jeg er opptatt av at jeg gjør en riktig jobb, at jeg klarer å tilrettelegge behovene, at jeg ser behovene deres [brukernes]. Eller at jeg klarer å formidle videre slik at de har det bra og får det de har krav på. At alle sammen bor forsvarlig hjemme. Vi [ansatte] er jo på en måte øynene deres, for det er mange av dem som ikke har en stemme selv ift. at de ikke klarer å uttrykke hva som er galt» (Transkript fra intervju med Anne, 9.12.14).*

Om VT-prosjektet i kommunen forstår Anne dette ut ifra det presenterte doksa, der det i fremtiden vil være behov for innsparinger i kommunen. Anne sier det vil bli færre sykehjemsplasser i fremtiden og at de i den aktuelle kommunen allerede ligger dårlig an ift. sykehjemdekningen, slik at man må se på alternativene som kan gjøre at folk kan klare seg lengre hjemme. Selv har Anne vært borti en del brukere som har fallalarm, der hun har en formening om at det kan være omlag 15 brukere som til sammen nå tester ut slikt utstyr. Det er også en del som har døralarm, der hjemmesykepleien varsles via vaktelskapet om døren åpnes utenfor avtalte tidspunkt av døgnet. Videre har Anne fått beskjed om at det skal testes ut GPS-sensorer, der hun forteller at hun også er blitt inkludert i opplæringen av dette utstyret med leverandør (der jeg også deltok, beskrevet i punkt 6.2.2, s. 91). Vedrørende fallalarmene forteller Anne om litt varierende erfaringer med disse. Alarmene har både vært litt for sensitive, samtidig som en alarm ikke virket skikkelig ved et annet tilfelle, mens hjemmesykepleierne stort sett har blitt varslet ved fall, noe hun mener gir en trygghet for både de ansatte og brukeren. Samtidig er hun litt i tvil om hvor aktuelt VT vil være for akkurat denne brukergruppen. Hun sier:

*«Vi er litt i tvil ift. våre brukere, de [brukere med demens] vet jo ikke helt nytten med å bruke dette her og mener at de ikke trenger det hvis ikke de skal være alene, eller at den likeså godt kan ligge på nattbordet. Så vi [ansatte] bruker en del tid på å lete etter alarmer, hvor man glemmer eller rett og slett glemmer alarmene, og selvfølgelig når vi spør om de vet hvor alarmen er, så har jo ikke de rørt den.» (Transkript fra intervju med Anne, 9.12.14).*

Anne tror at grunnen til at enkelte brukere glemmer alarmene, bunner i at det er en fremmed ting. Samtidig er det brukere de ansatte har tenkt at aldri ville hatt nytte av alarm av slike grunner. Anne nevner i den sammenheng muligheten for å låse GPS-sensorene som kommunen nå har kjøpt, men at dette samtidig er problematisk mht. spørsmål om bruk av tvang. I den sammenheng er hun opptatt av at det må være regler for bruk av sensorene, der det må kunne dokumenteres hvem og hvorfor man som ansatt har vært inne hos en bruker. Videre sier Anne at det har vært diskutert om kun koordinatorene (som henne selv) skal ha slik tilgang, men dette vil igjen være utfordrende ettersom koordinatorene ikke alltid er på jobb. Anne har for øvrig tillit til at sykepleier Kristin og de andre i prosjektgruppa vil lage gode retningslinjer for bruken, slik at det blir etisk forsvarlig og lovverket følges. Selv om det er noen utfordringer knyttet til bruk av VT i demensomsorgen, posisjonerer Anne seg i utgangspunktet positiv. Om GPS-sporing sier hun:

*«Det er veldig smart ift. friheten til de eldre. Alle mennesker har jo klart seg selv og så plutselig kommer dagen hvor noen skal få bestemme at du ikke skal få gå ut lenger, det forstår jeg veldig godt at folk blir frustrert over og da er jo en GPS genialt. Både for pårørende og for bruker så er jeg veldig positiv til at det kommer»* (Transkript fra intervju med Anne, 9.12.14).

Videre kan Anne fortelle at det har vært en del etterspørsel etter slike produkter fra enkelte av brukeres pårørende, mens andre brukere derimot har blitt spurt om å prøve ut gjennom VT-prosjektet i kommunen. Anne oppfatter ikke seg selv som spesielt opptatt av utstyr og teknologier, men synes det er spennende at det kommer nye ting som forandrer litt på rutinene. Selv om hun vedgår å være lite «teknisk anlagt» er hun gjennom arbeid på sykehuset vant med å lære seg mye nytt teknisk utstyr, der dette alltid har gått fint så lenge hun har fått skikkelig opplæring. Under intervjuet viser Anne meg en del av utstyret de bruker i omsorgen for brukerne, hun sier:

*«Vi har sånne «day-plannere» eller kalendere, det er en sånn «forglem meg ei» hvor det står på en datamaskin om det er morgen eller kveld. Og så står det hvilken dag det er og så vet jeg ikke helt om det står klokkeslett og? Jo ukedag, dato, år og klokkeslett. Og så har vi en sånn tavle hvor vi kan skrive f.eks. i dag kommer hjemmesykepleien og når vi kommer. Og så er det et sånt rødt lys nedover på siden, som forandrer seg etter hvert som tiden går. Så det er mange som på en måte får den strukturen; om når vi kommer og hva de skal gjøre, at vi skriver opp dagene og sånne ting. For å hjelpe dem å huske, det er jo også en del av jobben. Jeg var hos en bruker i går kveld som så på «day-planneren» og sa: 'å ja det var kveld nå ja'»* (Transkript fra intervju med Anne, 9.12.14).

Gjennom koordinatorstillingen har Anne også fått bli med på noen erfaringskonferanser om VT, der det på den ene konferansen ble presentert forskning om nytt utstyr på trygghetsalarmfronten. Om trygghetsalarm synes Anne at dette er et fantastisk hjelpemiddel, samtidig som hun ser at det er en gammel oppfinnelse som gjerne kunne hatt nytten av litt oppdatering. Hjemmesykepleien får alarmer flere ganger om dagen fra brukerne. Anne forklarer:

*«Alarmene går til en vaktentral og så ringer de til oss og så sier de «den og den brukeren har utløst alarm» og så spør vi om de sa noe. Det er ikke alltid at de[brukerne] gjør det og hvis det er noen som må på toalettet, har falt eller må ha hjelp til et eller annet så snakker jo alarmsentralen med brukeren over høytaler før vi kommer» (Transkript fra intervju med Anne, 9.12.14).*

Videre forteller Anne at det er en del av brukerne som har døralarm, der hun generelt sett mener dette kan være et godt hjelpemiddel for deres brukere. Samtidig forteller hun om en eldre dame med demens som hadde dørsensor. Damen var glad i å titte ut på været, der det følgelig kunne gå opptil ti alarmer i løpet av en kort tidsperiode ettersom hun glemte at hun nettopp hadde tittet ut. Hver gang en alarm går blir hjemmesykepleien oppringt av vaktelskapet, der koordinator slik sett også får beskjed når de ansatte er på plass hos brukeren om morgenen, hvis de har dørsensor. Anne ringer derfor opp de ansatte hver gang alarmen går for å bekrefte at det var den ansatte og ikke brukeren som utløste den. I den forbindelse sier Anne at sensorene kan problematiseres ift. overvåking av både brukere og ansatte, men så lenge man har ryddige rutiner rundt dette mener hun at man vil finne gode løsninger. Anne mener at de fleste av hennes kollegaer stiller seg positive til utviklingen og ser på teknologi som et hjelpemiddel. Når det gjelder skepsis til VT tror Anne at dette er medieskapt. Hun sier:

*«I media har det vært mye diskusjoner med GPSene ift. frihetsberøvelse om det er tvang ol. Det er mange som mener at det ikke er riktig, men jeg tror at hvis man bor med en dement, har en dement som pårørende eller jobber med en dement bruker, så tror jeg man ser det på en litt annen måte. At det er et hjelpemiddel, ikke overvåking. Når vi får inn brukere som skal bruke GPS så er det jo ikke for at vi skal overvåke dem. Det er jo fordi at hvis ikke de er hjemme, hvis vi kommer til brukere eller hvis pårørende ringer oss og sier at 'hei mamma er ikke hjemme, hun har ikke vært hjemme på tre timer' og vi ringer mobiltelefonen og de ikke svarer, så har vi på en måte et hjelpemiddel [med GPS-sporingen] ved at vi kan gå inn å se hvor brukeren er. Og det er kun for tryggheten, for det er ikke alltid at de vet hvor de er selv heller. Så det er jo kun for å hjelpe» (Transkript fra intervju med Anne, 9.12.14).*

### **Sykepleier Annes disposisjoner og kapitaler**

Anne er født på 1970-tallet og har vokst opp i en stor norsk by i en annen del av landet enn kommunen der studiet er utført. Hennes ektemann er fra kommunen, der dette var det som gjorde at Anne flyttet til kommunen. Vedrørende sitt yrkesvalg om å bli sykepleier tror Anne at hennes mor, som er hjelpepleier, førte henne i den retningen. På sykehjemmet der moren arbeidet trengte de stadig folk og Anne hadde til slutt latt seg overbevise om å prøve seg som ekstravakt. Anne hadde trivdes med arbeidet og endte opp med å ta vakter ved sykehjemmets skjermede demensavdeling i en periode på 5-6 år. I samme periode i Annes liv prøvde hun seg innenfor litt forskjellige retninger, bl.a. studerte hun forretningsjus på Handelshøyskolen BI, men dette ble for teoretisk for henne. Hun fant etter hvert ut at hun ønsket et mer praktisk rettet yrke, og da Anne alltid har likt å arbeide med mennesker og spesielt eldre, falt sykepleie seg som et naturlig valg etter noen år med fundering. Etter endt utdanning har Anne arbeidet på medisinsk avdeling på sykehus. Drømmen var egentlig å bli feltsykepleier i forsvaret, men med

mann og familieliv endret også drømmene kurs. Underveis i arbeidet på sykehuset tok Anne vakter i hjemmetjenesten, der hun hele veien likte dette arbeidet godt. Da det etter noen år ble en ledig koordinatorstilling i den aktuelle hjemmetjenesteavdelingen søkte hun på denne. Jobben i hjemmetjenesten passet også bedre med hennes familieliv, da mannen til Anne jobber skift i oljenæringen.

Av både bakgrunn og posisjoneringer kommer mange likhetstrekk mellom Anne og Kristin til syne. Kristin var i likhet med Anne først opptatt av det akutte i sykepleiefaget, mens de begge som følge av familieliv og yrkesvei har fått interesse for å arbeide i hjemmesykepleien. Kristin har hatt en lignende stilling i hjemmetjenesten som den Anne nå har, der de begge virker fornøyde med den administrative- og organisatoriske rollen dette innebærer. Likeledes forholder de seg begge pragmatisk til teknologiimplementeringen, samtidig som de er opptatt av å reflektere over utfordringer og muligheter med VT, spesielt med henblikk på etikk. Videre posisjonerer de begge formålet med VT til brukerens livskvalitet og *mulighet til å bo lengre hjemme*, som jeg knytter til doksa på VT-området, både offisielt i Norge og den aktuelle kommune.

Ut ifra de få beskrivelser jeg har om Annes bakgrunn, fremstår morens hjelpepleierbakgrunn som sentral for Annes disposisjoner, og kan ha ledet henne mot arbeid med eldreomsorg og sykepleie. Ut ifra Annes posisjoneringer vil jeg hevde at hun også bærer en omsorgshabitus med seg, mens observasjon av Annes arbeid og mer bakgrunnsinformasjon ville ha kunnet styrket denne antagelsen betydelig. Om Annes bakgrunn vet jeg at hun i ungdommen hadde interesser for økonomiske og juridiske fag, der denne interessen ikke ble vedvarende. Dette kan også forstås med bakgrunn i hennes habitus, der den praktiske sans kan ha guidet henne mot en utdannings- og yrkesvei med omsorg for mennesker.

På den annen side får man inntrykk av at hun også liker avvekslingen fra det brukernære, der koordinatorrollen innebærer relativt mye ansvar og beslutningsmakt i form av administrativt og organisatorisk arbeid. Den posisjon hun besitter gjør at hun f.eks. bestemmer hvilke ansatte som skal gå til hvilke brukere. Når det er snakk om at kun enkelte skal kunne spore brukernes GPSer, er det koordinatoren som er blitt foreslått. På bakgrunn av disse eksempler samt Annes utdanning og erfaring som sykepleier, anser jeg henne for å være høyere posisjonert enn de andre ansatte som arbeider med PLO i det mikrokosmos som denne hjemmesykepleieenheten representerer. Anne har også jobbet en årrekke i spesialisthelsetjenesten der dette området ifølge både Martinsen (2003) og Album (1991) kan forstås som mer statuspreget og derved høyere posisjonert i det medisinske felt. Anne trakk ved flere anledninger sin erfaring fra

sykehuset frem, der dette kan forstås som en symbolsk kapital som ubevisst bringes i spill av Anne. Som sykepleier er Anne en del av det jeg har omtalt som den helsefaglige posisjon, der hun på lik linje med Kristin og Helene sier at hun er mest opptatt av brukernes ve og vel. Samtidig posisjonerer hun seg nærmere den heteronome verdslig/økonomiske pol i det sosiale rom, der hun virker å ha inkorporert doksa om at VT er nødvendig i forbindelse med samfunnets demografiske utfordringer.

#### **6.4.2 Omsorgsarbeider Karens habitus**

##### **Omsorgsarbeider Karens posisjoneringer omkring eget arbeid og VT**

Karen har en lang yrkeskarriere bak seg som omsorgsarbeider, så da jeg ba henne om å fortelle om eget arbeid, forteller hun mye om de endringer som har foregått i hjemmetjenestene de siste 20-30 år. I starten opplevde Karen at hun ble sett for sine evner med spesifikke brukergrupper, mens fokuset gradvis har gått mer og mer i retning av «å få jobben gjort». Videre forteller Karen at hun alltid har likt utfordringer, der hun ofte har måttet ta initiativ til å lære seg nye ting i en jobb hun i starten hadde mye ansvar i. Hun gjorde oppgaver som man i dag definerer som sykepleierens, kombinert med oppgaver man i dag forbinder med hjemmehjelperne. Hun relaterer noen av de endringene til innføringen av datamaskinen i tjenesten. Hun sier:

*«Det var sånn ca. på 90-tallet dette begynte, at nå skulle vi begynne med data. Altså vi skulle ta i bruk mer og mer teknologi, og jeg tenkte 'jaha, hvor skal de sette de dataene?' For det var jo så skvist, både med plass og folk kunne ikke så mye data, sant. Og så ble det innført, men vi satt ennå med papir og blyant» (Transskript fra intervju med Karen, 10.12.14).*

Videre forteller Karen at selv om hun var skeptisk til data, tok hun utfordringer og satte i gang med å lære seg dette. Samtidig ble det fort mangel på datamaskiner på arbeidsplassen og mange av tilgangene var kun tiltenkt sykepleierne. Det store fokuset på dokumentasjon i disse årene kom for Karen i konflikt med at hun som omsorgsarbeider ble minst prioritert i tilgangen til datamaskinene. Samtidig mener Karen at fokuset i større grad ble på at alt skulle dokumenteres, der muntlige diskusjoner om fag og brukerrelaterte tema kom i skyggen av dette presset. Videre viser Karen til andre omorganiseringer i tjenestene i denne perioden, som f.eks. omgjøringen av hjemmehjelpernes arbeidsoppgaver til å kun dreie seg om renhold, og inndelingene i yrkesgruppene hjelpepleier, omsorgsarbeider osv. Karen mener at dette bidro til at disse yrkesgruppene mistet noen av sine arbeidsoppgaver til fordel for sykepleierne, der dette var oppgaver hun som omsorgsarbeider tidligere hadde vært vant med å gjøre:

*«Så var det en omorganisering igjen på sparing, der man ifra å ha det som het hjemmehjelp, der man gjerne hadde to timer i uka og det var veldig forebyggende, da gledet de [brukerne] seg til hjemmehjelpen skulle komme, gjerne bakte de, kanskje støvsugde de og. Og da var det jo ikke nødvendigvis det med rengjøringen av huset som var hovedaktiviteten, men det at det var noen som kom, det mellom-menneskelige. Sånn var det da og det var liksom greit. Så begynte vi[hjemmetjenesten] å skjære ned, og*

*fokusere mer på den rent praktiske biten, at vi skulle spare. Da trengte man hjelpepleierne, det trengtes flere som kunne gjøre stell og pleieoppgaver. Da jeg begynte i hjemmesykepleien så var det f.eks. sånn med stomistell at jeg fikk beskjed om at det kunne ikke jeg gjøre. 'Nei ok', tenkte jeg» (Transskript fra intervju med Karen, 10.12.14).*

Videre forteller Karen at det var mange uerfarne sykepleiere som ble sendt ut til oppgaver de ikke hadde kontroll over. Her var Karen opptatt av å dele av sin lange erfaringskompetanse og gi opplæring i det man nå omtalte som sykepleieoppgaver. Motivasjonen for å gjøre dette ekstra i arbeidet begrunner Karen i brukerne, der hun mente at mange av de unge sykepleierne var for uerfarne og håndterte det mellommenneskelige i relasjon med brukeren for dårlig. Karens noe skeptiske tilnærming til teknologi, relaterer hun til det mellommenneskelige fokuset i sitt arbeid. Skepsisen til teknologi knytter hun også til at den tar for mye plass og tid. Samtidig innrømmer hun at hun er svært fornøyd med Iphone-løsningen (smarttelefon) hjemmetjenesten nå har satset på for lesing og skriving av rapport. Hun sier:

*«Rapport handler om å være stemmen til brukeren, da tenker jeg at det skal man gjøre med all mulig varsomhet og respekt. Det synes jeg denne her [Iphonen] er litt grei til, eller den er et nyttig hjelpemiddel, men den gjør jo ingenting for meg. Det er jo jeg som må gjøre det, sant. Det er jo på en måte 'ja nå har vi data', men bruker man dataen? Og jeg ser nok at fokuset er mer på dataskjermen, enn på den mellommenneskelige kommunikasjonen, mens jeg trenger å ha noen å konferere med. Jeg tror det er sunt, det sikrer brukeren. Jeg får noen ganger beskjed hvis jeg ikke har dokumentert, men da sier jeg 'nei, men jeg har prøvd å ta det opp'. Sykepleierne må komme seg ut å se og så ta en vurdering» (Transskript fra intervju med Karen, 10.12.14).*

Karen er tydelig på at hun ikke negativ til å ta i bruk tekniske hjelpemidler og mener selv at hun ofte er pådriver for hjelpemidler som heiser, toalettforhøyere ol., som hun mener kan lette hverdagen for både brukeren og de ansatte. På samme måte stiller hun seg positiv til VT hvis det er nyttig for de ansatte og brukeren selv, mens hun samtidig er opptatt av at dette ikke skal ta for mye fokus eller gi forventinger om å kunne løse alle utfordringer. Ift. demente som brukergruppe trekker hun, i likhet med Anne, frem at de ansatte har brukt en del tid på å lete etter «bortgjemte og bortglemte» alarmer. Hun mener at brukerne ikke alltid forstår hva utstyret er, eller er redde for å gjøre noe feil eller forstyrre noen og derved pakker det vekk. Likeledes forteller hun om hyppige døralarmer der brukeren likevel har vært hjemme, men kan ha åpnet døren for å titte på været (trolig den eldre damen Anne refererte til). Karen mener i den sammenheng at hyppige tilsyn kan være en like god løsning. Vedrørende GPS-sensor er Karen kritisk, hun sier:

*«Det er sporingsutstyr, det vil ikke redusere at du roter deg vekk, det vil ikke redusere faren for fall. Det er noe som skurrer hos meg med GPS. Helsepersonell eller familie tar på en måte en avgjørelse. Har man da innsikt i hva det går ut på? Det er en enhet som gjør at du kan bli sporet opp hvis det skjer noe, slik at du blir funnet. Og det må man på en måte ha klart for seg, at det er ikke noe som vil si hvor du skal gå. Du kan gå til sjøen og dette uti og når det skal letes, da kan du peiles inn. Det jeg er veldig skeptisk til er at det vil bli brukt som en litt sånn falsk trygghet og så blir det redusert på heldøgnsomsorgen. Det ville ha vært veldig synd. Det er ikke alle avdelinger og ikke alle institusjoner som er bra, men det er neimen*

*ikke alle hjem som er så bra heller. Jeg synes det er trist når man blir liggende i sengen sin, eller på en sofa i mange timer» (Transskript fra intervju med Karen, 10.12.14).*

Karen refererer her til at demente brukere kan bli veldig passive når de er alene hjemme på dagtid. Spesielt på vinterstid når det er mørkt ute, kan hun finne brukerne i sengen på dagtid, noe hun mener er uverdigg. I slike tilfeller mener Karen at heldøgnsinstitusjon er en mye bedre løsning enn teknisk utstyr, mens det i en begynnende fase av demens kan være mer nyttig med VT. Karen har gjennom tidens løp erfart at terskelen for institusjonsplass har blitt høyere. Hun forteller om erfaringer fra eget liv, der hun måtte kjempe for at hennes egen mor skulle få sykehjemsplass, men at hun nå ser at moren har det mye bedre. GPS hadde også vært et tema innad i deres familie, men der hadde Karen vært tydelig på at hun aldri kom til å sette slikt utstyr på sin mor. I denne sammenheng er Karen spesielt opptatt av demente brukere er veldig sårbare, der fokus på det etiske og gode retningslinjer derfor må være et minimumskriterium når det er snakk om teknologi. Karen sier:

*«Det som jeg håper, det som jeg virkelig håper er at mine unge kollegaer, at vi sammen kan våge å ta en verdig debatt. Hva er omsorg? Vi snakker om de varme hendene som blir klamme, det er ikke bare et symbol, for de kan bli veldig klamme av og til, men hvordan er det jeg hadde blitt likt å bli behandlet? Hva ønsker dere? Det er deres fremtid; hvordan ønsker dere å ha det når dere blir gamle?» (Transskript fra intervju med Karen, 10.12.14).*

Videre er Karen opptatt av at hjemmetjenesten må ha en god dialog med pårørende, slik at de vet hva teknologien kan bidra med og hva den ikke kan gi. I de tilfeller der brukeren har fått teknologi, sier Karen at hun går ut ifra at det har vært en diskusjon innad i familien og at hun derfor ikke blander seg borti temaet, i møte med disse brukerne og deres familier. For ledelse og kollegium er hun derimot mer opptatt av å få frem sitt ståsted, og være en alternativ røst i forsamlingen. Ut ifra Karens beskrivelser kan hennes posisjoneringer til VT synes å representere heterodokse tilnærminger til temaet, der dette underbygger mine tidligere teser om doksa, både i denne sosiale sfære og mer overordnet på VT-området i Norge.

### **Omsorgsarbeider Karens disposisjoner og kapitaler**

Karen er født på begynnelsen av 1960-tallet og oppvokst like utenfor sentrumskjernen i kommunen, der hun har bodd store deler av livet. Hun vokste, i likhet med ergoterapeut Helene, opp i en familie preget av den tids tradisjonelle kjønnsrollemønster der mor stelte hjemme og far var ute i arbeidslivet. Av skolegang gikk Karen grunnskole, mens hun senere i livet tok fagbrev som omsorgsarbeider. Om skolegangen sier Karen at hun alltid likte å lære nye ting og diskutere ulike problemstillinger på skolen, mens noen teoretisk utdanning eller kontorjobb aldri var et alternativ for henne. Engelsk kunne hun ikke så godt, så da hun var yngre og ville arbeide i utlandet, måtte hun lære seg engelsk. Hun bodde flere perioder utenlands der hun bl.a.

arbeidet i et bokollektiv for utviklingshemmede brukere i England, en plass med stort fokus på menneskelige ressurser. Karen har også hatt flere besøk i Afrika, der hun har vært engasjert i bistandsarbeid gjennom en årrekke. I tillegg arbeider hun som avlaster for en multihandikappet bruker i kommunen.

Karen har hatt fagbrev som omsorgsarbeider i om lag 20 år, og har arbeidet med bl.a. utviklingshemmede brukere og demente brukere på sykehjem før hun begynte i hjemmetjenestene for 17 år siden. Fra sin yrkeskarriere forteller hun at både måten man arbeider på og hvordan man forholder seg til arbeidet, har forandret seg gjennom hennes yrkesliv. Dette kan også forstås med henblikk på omsorgsarbeiderens posisjon i subfeltet hjemmesykepleie. I følge Akselberg (2012:68-69) var det i 1994 at omsorgsarbeider ble opprettet som en ny yrkesfagutdanning og et alternativ til hjelpepleierutdanningen. Omsorgsarbeideren skulle dekke et fremtidig behov i kommunehelsetjenesten og fungere som en slags krysning mellom *hjemmehjelperne* og *hjelpepleiernes* roller, altså en stor bredde i arbeidsoppgavene der alt fra renhold og matlaging, til pleie- og omsorgsoppgaver var aktuelle. Karen forteller at det var nettopp bredden i yrket og stillingstittelen med ordet *omsorg* i seg som appellerte til henne, der omsorgen for andre mennesker har vært hennes største interesse gjennom både yrkes- og privatliv.

Karen har selv to barn og et barnebarn, og oppgir å bruke mye tid på familien. Når hun skal koble helt av fra alt og alle, liker Karen, i likhet med Helene å stelle i hagen. Hvordan livet hennes har vært og de valgene hun har tatt, har ifølge Karen falt seg naturlig; det har ikke stått om andre yrkesveier for henne. Karens beskrivelser og bakgrunnsinformasjonen jeg nå har presentert, ligner mye på Lindgrens (1992) habituskonstruksjoner av hjelpepleierne. Lindgren (1992) omtaler nemlig hjelpepleierne som en mer homogen gruppe enn sykepleiergruppen, der hjelpepleierne ofte vokser opp i landlige omgivelser med tradisjonelle kjønnsrollemønstre innad familien, der far gjerne arbeider i praktiske yrker og mor i større grad har omsorgsrelaterte oppgaver både i privat og yrkesrettet sammenheng. Tilbøyelighet til å arbeide praktisk og orientere seg mot praktiske og omsorgsrelaterte yrker kan derved forstås ut ifra hjelpepleiernes disposisjoner og kapitaler (habitus), der denne over tjue år gamle studien fremdeles kan synes å ha relevans blant de eldste, mest erfarne hjelpepleierne i dag.



## 6.5 Oppsummering av analysens del tre

Poenget med å studere institusjonene og agentene som er involvert, knytter seg til at agentene i ord og handling forstås som representativt for ulike posisjoners posisjoneringer. Jeg har derfor forsøkt å se forbi individenes egenart og heller anskue dem som agenter som er representanter for en posisjon (yrkesgruppe/stilling), bestemt av deres sosiale plassering i feltet og konstruert frem som habitus (Priour & Sestoft, 2006:169). Feltet består alltid av flere posisjoner, sier Bourdieu, der dette innebærer en eller flere kamper om definisjonsmakten omkring meningen med feltets praksis, og der agenter med mye verdsett kapital lettere vil oppnå anerkjennelse og definisjonsmakt i feltet (Priour & Sestoft, 2006:165-169). Jeg ville derfor konstruere frem hvilke posisjoner innen hvilke felter, som kunne sies å være tilstede på VT-området i en lokal kontekst. Videre ville jeg, med henblikk på Bourdieus teori om doksa, undersøke hva agentene i kommunens prosjektgruppe og de ansatte i hjemmesykepleien kjempet om vedrørende VT og hvordan VT kunne sies å virke strukturerende på sykepleiernes praktikk posisjon i dette subfeltet av det medisinske.

### Kampen om doksa

Når VT implementeres i subfeltet, involveres en rekke agenter tilhørende ulike posisjoner. Ved å kategoriserer agentene tilknyttet VT-prosjektet i kommunen ut ifra deres disposisjoner, endte jeg opp med tre posisjoner: *en byråkratisk/organisatorisk* posisjon, *en helsefaglig* posisjon og *en teknisk/økonomisk* posisjon. Subfeltet som prosjektgruppens arbeid orienterer seg mot kan sies å være et felt med motstridende logikker, sammenlignet med det politisk/ byråkratiske felt. Doksa knyttes til de nasjonale helsepolitiske føringer, der VT er et satsningsområde innen eldreomsorgen, som i stor grad synes å strukturere prosjektgruppens målsettinger i prosjektplanen og deres arbeid. Slik sett finner jeg på mange måter en homologi mellom feltets logikker og agentenes (innad i posisjonenes) posisjoneringer. Samtidig er heterodokse posisjoneringer tilstede, trolig som følge av at agentene tilhører ulike posisjoner og felter, der motstridende logikker møtes. «Kampen i feltet» eller kampen om doksa, dreier seg derved etter mitt syn om hva VT er og bør brukes til, der møtet mellom de ulike posisjoner og habituser synes å bidra til å opprettholde kampen. På tvers av posisjonene finner jeg dog et doksa som jeg knytter til det medisinske felts doksa, der alt man gjør begrunnes og forstås som følge av å være 'til pasientens/brukerens beste'. Overordnet vil jeg med bakgrunn i analysen hevde at den helsefaglige posisjon i større grad er orientert mot den kulturelle pol, mens den byråkratiske og tekniske posisjon i større grad er orientert mot den verdslig/økonomiske pol, samtidig som det også er polariseringer innad i denne posisjonen. Dette vil jeg redegjøre nærmere i en rekkefølge

etter posisjonenes hierarkiske plassering i det sosiale rom og deres plassering i det medisinske felt, der grad av autonomi og beslutningsmakt er hovedindikatoren på sosial posisjon:

### **Byråkratisk/organisatorisk posisjon**

Flere av de inkluderte informantene kan sies å tilhøre en byråkratisk og organiserende funksjon. Selv om enhetsleder Lise hadde sykepleiefaglig bakgrunn, hadde hun gjennom en årrekke arbeidet med administrative og organisatoriske oppgaver som leder. Ledere ute i hjemmetjenesteavdelingene anses også å tilhøre denne gruppen, samt prosjektleder Maren som hadde sin bakgrunn fra kommuneadministrasjon og IKT, ikke helsefag. Fellestrekk for agentene innad i posisjonen knytter seg til deres kapitalvolum, i form av utdanning, sosial bakgrunn, lønn, grad av autonomi og beslutningsmakt. Måloppnåelser i tråd med NVP og de nasjonale føringer vies et større fokus av agentene innen denne posisjon, samtidig som det medisinske felts doksa også virker inkorporert i deres arbeid. Det fremkommer f.eks. at agentene er opptatt av at teknologiene også skal være kvalitetsforbedrende på tjenestene og bidra til økt selvstendighet, trygghet og verdighet for brukeren.

### **Teknisk/økonomisk posisjon**

Da jeg ikke har intervjuet agentene tilhørende denne posisjon, men bare har sett deres agering i møtesammenheng har jeg lite bakgrunnsinformasjon om dem. Det eneste som utpeker seg er at både montøren fra kommunen og representanten fra teknologileverandøren begge er menn. Likeledes arbeider de med teknologien som et produkt som skal selges, eller en gjenstand som skal monteres. Derav forstår jeg deres posisjoneringer som en mer pragmatisk og teknisk rasjonell tilnærming til området, enn en brukernær og omsorgsrasjonell orientering. Samtidig synes agentene innen denne posisjon å ha inkorporert det medisinske felts doksa, der brukermedvirkning, etikk og personvern også fremheves av dem. De agenter jeg i denne studien tilknytter denne posisjon, er menn med høy It/teknologisk kapital, der de har arbeidsoppgaver orientert mot montering og promotering/salg av utstyret.

### **Helsefaglig posisjon**

Agentene jeg plasserer innen denne posisjon har, etter mitt syn, ulik habitus som følge av ulik sosial bakgrunner og kapitalvolum. Agentene tilhørende den helsefaglige posisjon, som arbeider i prosjektgruppen, gjør dette på bakgrunn av sin helsefaglige erfaringskompetanse og de har omtrentlig lik sosial posisjon i form av utdanningsbakgrunn, arbeidsoppgaver og ansvar (Helene og Kristin). Likeledes kan de posisjoneres relativt høyt mht. autonomi og beslutningsmakt, der de har egne dager med kontortid, tett tilknyttet den byråkratisk/organisatoriske posisjon. Samtidig fant jeg et manglende samsvar mellom Kristin og Helenes posisjoneringer,

der jeg forstår dette på grunnlag av deres disposisjoner. Deres grad av orientering mot den verdslig/økonomisk orienterte pol versus den kulturelle pol, forstås derved i større grad på bakgrunn av en omsorgshabitus enn utdanningsbakgrunn/sosial posisjon.

Posisjonene i den kommunale hjemmetjenestekontekst arbeider med lavt posisjonerte pasienter/brukere (eldre med ulike former for gradvis funksjonssvikt), i stor grad ved hjelp av lavt posisjonerte teknikker og teknologier (pleie- og omsorgspraktiker med f.eks. bruk av klut og håndkle), utført av lavere posisjonerte agenter (helse- og omsorgsfaglig utdannede), hvis jeg tar utgangspunkt i Larsen (2009), Albums (1991) og Martinsens (2003) teser. Funnene mine peker på lignende forhold, der agentene innen den helsefaglig posisjon i ulik grad guides av en omsorgshabitus. Karen er kanskje den av agentene som i størst grad orienteres av en slik habitus, der omsorgsoppgaver har vært en stor og naturlig del av hennes liv, der hennes praktiske sans trolig guider henne i møtet med verden. Hvis intervjuene skal oppsummeres under ett har jeg imidlertid funnet at graden av fokus på omsorg og beskrivelser av egne arbeidsoppgaver som *brukernære*, varierer mellom agentene innad den helsefaglige posisjon.

Helene og Karen har begge vokst opp i samme tidsperiode, under lignende familiebakgrunn og oppvekstvilkår. Selv om Helene har en høyskoleutdanning og derved kan sies å ha større kulturell kapital enn Karen, oppgir begge at de er opptatt av brukerens beste og det å arbeide brukernært, mens sykepleierne Kristin og Anne begge arbeider mer administrativt og organisatorisk rettet. Likeledes finner jeg en homologi mellom Karen og Helenes noe kritiske posisjonering til VT og deres habitus, samt Kristin og Annes mer pragmatiske tilnærming til VT og deres habitus.

Vanligvis defineres en posisjon ut ifra stillingstiter og utdanning, mens det i mine empiriske undersøkelser ikke i alle tilfeller er en homologi mellom stillingstittel og posisjonering. Dette underbygges av Lindgrens (1992) funn, der sykepleierne posisjonerte seg ulikt som følge av ulike habituser innad i posisjonen. Om man tar utgangspunkt i at ergoterapeut og sykepleierutdanning har mange likhetstrekk også ift. sosial plassering, kan dette brukes som forklaringsmodell på hvorfor agentene posisjonerer seg ulikt. Omsorgsarbeideren Karen skiller seg derimot i større grad fra agentene i den helsefaglige posisjon, der det trolig vil være riktigere å anse henne som tilhørende i en *omsorgsfaglig posisjon*. Her kan jeg likeledes støtte meg til Lindgrens (1992) funn der det blant «flickorna» (tilhørende hjelpepleierposisjonen) forelå en større grad av slektskap mellom habituser innad i posisjonen, sammenlignet med sykepleierposisjonen. Samtidig fremstår ergoterapeut Helene også nærme orientert mot den kulturelle pol, der det brukernære (omsorg) av henne fremheves gjennom hele intervjuet.

Felles for den helse- og omsorgsfaglige posisjon er at agentene innad i denne posisjon er de som synes å skape uro og instabilitet i VT-feltet både på nasjonalt og lokalt plan. Jeg tenker da på at denne posisjons posisjoneringer i større grad kan anses som heterodokse og kritiske, der graden av omsorgshabitus synes å guide agentenes posisjoneringer i ord og handling. Det synes å være enighet om at VT kan og bør styrke brukerens muligheter til aktivitet og egenomsorg, samt muligheten til å bli boende lengre hjemme. Videre at VT kan og bør gi økt sikkerhet i boligen, der dette kan øke både brukerens, pårørendes og de ansattes trygghet. Angående vektleggingen av de ulike tiltak i løsningen av «fremtidens omsorgsutfordringer» (veivalg i eldreomsorgen), synes imidlertid uenigheten å være større. Her kan dilemmaer dreie seg om aktivitet og helsefremming med tiltak som fysioterapi, gåturer, hyppige tilsyn ol., er det som i størst grad skal vektas, eller om det er bruk av utstyr som VT i samarbeid med pårørende det i størst grad bør satses på.

Selv om det synes å være enighet om at teknologier aldri kan erstatte mennesker, vil jeg hevde at den byråkratisk/organisatoriske posisjon i noen grad styrer prosjektet i retning av effektivitetsmål, f.eks. gjennom krav fra NVP. Dette temaet virker nærmest tabubelagt, der det kun ved få anledninger tas opp. De gangene temaet kommer opp, synes kampen i feltet å tilspisse seg, der skillene mellom posisjonene blir tydeligere. Andre mål, som brukertilfredshet, vektlegges derimot fremfor tall av den helsefaglige posisjon.

### **VT strukturerende virkning på den helsepersonells praksis**

I prosjektgruppen arbeider helsepersonell med kartlegging og evaluering av utprøving og implementering av VT i tjenestene. Så langt har prosjektgruppen fått mye positiv tilbakemeldinger på utstyret, samtidig som det også har blitt rapportert om feil og sensitivitet. Likeledes har helsepersonell gjort seg erfaringer om at enkelte brukergrupper, som f.eks. demente brukere, kan ha større eller mindre nytte av utstyret avhengig av deres tilstand og teknologitype, der alarmer både 'gjemmes og glemmes' av denne brukergruppen. Samtidig hankses prosjektgruppen med utfordringer knyttet til geografi, nettverk, kostnader, etikk og koordinering av utstyret med den allerede eksisterende tjenesteorganisering.

Av agenter tilknyttet den helsefaglige posisjon som arbeider brukerrettet, synes VT i stor grad å strukturere deres arbeid og praksis. Koordinerende sykepleier får beskjeder om alarmer når ansatte går inn til brukere med f.eks. dørssensorer, samt at evt. falske alarmer må avkreftes. De ansatte må også lære seg å håndtere utstyret, der et samarbeid med alarmer innen både vakt- og alarmsentral, samt tekniske montører har oppstått. Besvarelse og formidling av alarmer skjer per telefon av vaktentral, som igjen rapporterer til sykepleierne. Sykepleierne er ansvarlige for

at enten de selv eller en kollega «rykker ut» om man ikke får svar fra brukeren. Hvem som i fremtiden skal rykke ut på alarmer synes å være en «kamp i feltet», der flere av sykepleierne har uttrykket at pårørende trolig vil måtte delta mer i fremtiden.

Selv om VT fremdeles er i en utprøvningsfase i den aktuelle kommune, antyder noen av funnene at helsepersonell og spesielt sykepleierens arbeidsoppgaver kan bli endret som følge av VT. Endringene ser ut for å gå i retning av mer administrativt arbeid for sykepleieren, der denne yrkesgruppen har ansvar for å svare på alarmer, bekrefte eller avkrefte disse, samt koordinere hvem som skal rykke ut til brukeren. Samtidig kan trolig VT i de tilfeller der teknologien virker knirkefritt, også bidra til at de friskeste brukerne vil trenge mindre tilsyn fra helsepersonell. Slik kan sykepleieren og de øvrige helsepersonells arbeidsoppgaver bli tilknyttet sykere og mer funksjonssvake brukere. Denne tesen er også i tråd med de få erfaringer man har sett i norske kommuner etter innføringen av Samhandlingsreformen, der sykere og mer behandlingskrevende brukere i økt grad overføres til de kommunale PLO, og der kritikken har gått på at kommunene ikke har vært klare til å håndtere dette (Halvorsen et al. 2013:51;181).

På bakgrunn av funnene i analysens del to har jeg laget en feltskisse<sup>71</sup> som viser posisjonenes (de agerende) posisjoneringer, ut ifra deres disposisjoner (lavt/høyt kapitalvolum, orientert mot verdslig/kulturell, heteronom/ autonom pol), se vedlegg 14.

## 7.0 Studiens konklusjoner

Det avsluttende kapittel har til hensikt å oppsummere funnene i studiens tre analysedeler og svare på det overordnede forskningsspørsmålet, og de tilhørende underspørsmål<sup>72</sup>. Studien har innhentet og belyst et empirisk materiale med bruk av Bourdieus teorier om praktikker og felt der dette har resultert i en omfattende, men også fruktbar måte å utforske temaet på. I henhold til bruddtenkningen i den praxeologiske vitenskap ble både historiske redegjørelser og auto-sosio-analysen ansett som nødvendige omveier, for å kunne konstruere frem en teori om implementering av VT som sosial praktikk. Likeledes ble en kartlegging av de omkringliggende maktfelt på VT-området i Norge ansett som hensiktsmessig for å etablere et brudd med det

---

<sup>71</sup> Inspirert av Bourdieus feltskisse over sosiale posisjoner og rommet for livsstiler i Distinksjonen (1979/1995:35) og Larsens (2009:45) tentative feltskisse av det medisinske felt inspirert av Albums (1991) studie av sykdommers hierarki og prestisje (vedlegg 12).

<sup>72</sup> Det overordnede forskningsspørsmål: *Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres velferdsteknologi (VT) i de kommunale pleie- og omsorgstjenester?*

Underspørsmål:

1. Hvor kommer implementering av VT, som sosial praktikk ifra historisk?
2. Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praktikk?
3. Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praktikk og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester

predefinerte ved forskningsobjektet. De empiriske undersøkelser i en norsk kommune, ble gjort med henblikk på VT strukturerende virkning på sykepleiernes praksis og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester. Avsnittenes overskrifter er hentet fra mine forskningsspørsmål og har til hensikt oppsummere studies funn, samt nøste alle tråder til en rød tråd.

## **7.1 Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres VT i de kommunale PLO?**

Det overordnede forskningsspørsmålet har ved hjelp av studiens underspørsmål (se fotnote 71) blitt besvart ved hjelp av både historiske, dagsaktuelle og empiriske kilder. Jeg innledet studiet med å skrive frem doksa om VT slik det fremstod i nasjonale helsepolitiske føringer, rapporter ol. I den sammenheng fremstod ressursutfordringer knyttet til demografiske endringer i samfunnet (eldrebølgen), som en sentral forklaring på hvorfor det i dag satses politisk på en teknologistøttet eldreomsorg. Likeledes presenterte jeg heterodokse tilnærminger til temaet eldrebølgen og teknologi i pleie- og omsorgsøyemed, der en preliminær teori om VT ble konstruert frem<sup>73</sup>. Denne litteraturgjennomgangen utgjorde også en innføring i kampen om doksa vedrørende temaet.

I presentasjonen av den praxeologiske vitenskap og metodologi, ble også Bourdieus teser om det sosiale rom (samfunnet) presentert. Samfunnet forstås av Bourdieu som utdifferensiert i felter, der ethvert felt innehar polariseringer nærmere orientert mot en heteronom verdslig/økonomisk pol og en autonom kulturell pol. Felttenkningen var med meg da jeg undersøkte hvem som kunne sies å være involvert og engasjert omkring temaet VT i Norge. VT-området i Norge som sosialt rom ble ansett som et møte mellom ulike felters posisjoner, og derav et møte mellom motstridende logikker (polariseringer) som fremstilt i feltskissen (vedlegg 13). Det politiske felt fremstod som en sentral drivkraft i dette sosiale rom, der agenter som KS og Helsedirektoratet ble identifisert som sentrale i gjennomføringen av denne politikken, der jeg f.eks. ble oppmerksom på aktiviteten tilknyttet NVP. Teknologirådet og Husbanken fremstod likeledes som viktige agenter sammen med både arbeidsgiver, næringsliv, bruker og interesseorganisasjoner (jamfør punkt 5.1.2).

Gjennom deltakelse på konferanser og debatt om VT ble mange av de samme agerende identifisert, samtidig som jeg ble oppmerksom på agerende innen det akademiske og

---

<sup>73</sup> Den preliminare teori om VT ble formulert slik: *et politisk veivalg i eldreomsorgen, materialisert som en teknologiutprøving- og implementeringspraksis i de kommunale PLO.*

medisinske felt. Likeledes observerte jeg at en rekke teknologileverandører hadde oppstått de seneste tiår, der jeg anså disse som agerende innen det økonomiske felt og likeledes sterke drivkrefter i utviklingen på VT-området i Norge. Videre har jeg pekt på VT som en kulturelt betinget praksis. Teknologioptimismen forklares derav også ut ifra kontekst og mulighetsbetingelser i form av f.eks. gode ressurser i vestlige land, der dette anses som betydningsfullt for at VT i det hele tatt har kommet på dagsordenen i det norske samfunn. Det er altså et marked for VT i Norge, der utviklingen også her til lands er avhengig av at næringslivet er villige til å satse på dette området.

Agerende innen det politiske og medisinske felt virket derimot å ha større definisjons- og beslutningsmakt om retningen på utviklingen. Flere av teknologileverandørene etterlyste f.eks. standardiseringer og garantier fra maktfeltet, samtidig som de agerende innen det politiske felt virket å være avhengig av tilstedeværende markedsinteresser for å kunne gjennomføre satsningen på en teknologistøttet omsorg, altså et gjensidig avhengighetsforhold. Helsepersonell fremstod derimot som mindre tilstedeværende på betydningsfulle arrangementer, som konferanser på området syntes å utgjøre. Samtidig var helse- og ingeniørfaglige samarbeider sterkt representerte innen forskningsmiljøene på både konferanser og debatt.

Kartleggingen av de agerende drivkrefter på VT-området i Norge underbygget på mange måter min preliminnære teori (fotnote 73). Samtidig fremstod feltet som komplekst, med mange ulike interessenter som til sammen kunne utgjøre forklaringen på hvorfor VT i økende grad utprøves og implementeres som en del av eldreomsorgen i norske kommuner i dag. Den brede sammensettingen av interessenter på området kunne likeledes synes å skape en dynamikk i feltet, der VT som tema virket å være verdt å kjempe om (illusio). Ved nærmere undersøkelser fant jeg at de semi-profesjonelle posisjoner i det medisinske felt, som f.eks. sykepleieposisjonen, i aller høyeste grad var engasjert i temaet VT, selv om de var mindre representert i maktfeltet på området. Heterodokse posisjoneringer fra de semi-profesjonelles fagforeninger utgjorde et interessant funn, der historiseringen ga dypere innsikter på veien mot å forstå og forklare bakgrunnen for kampene i feltet.

### **7.1.1 Hvor kommer implementering av VT, som sosial praksis ifra historisk?**

Historiseringen bidro både til å forklare det overordnede forskningsspørsmål og underspørsmål nr. 2 om «kampene i feltet». Både (hjemme)sykepleie og eldreomsorgens genese ble fremkonstruert, der historiseringen viste seg å ha stor relevans for studiens vinkling og besvarelse av forskningsspørsmålet. Den hjemlige omsorgsideologi som VT kan hevdes å være en del av, ble gjennom historiseringen oppdaget å være en måte å organisere omsorgen på fra tidligere

tider. Før det medisinske felt og legeprofesjonens opprinnelse var pleie- og omsorg av syke og pleietrengende et familiært anliggende i hjemmet. Som følge av samfunnsendringer med økt sekularisering, industrialisering og fremveksten av den medisinske vitenskap under 1800-tallets opplysningstid, vokste også hospitalene frem. Gangkonene ble erstattet med sykepleiere, og nabokoner med distrikts- og menighetssøstre. Sykepleierne gagnet både status og ergrelse ved å være tett tilknyttet legen som hadde en høy sosial posisjon. Sykepleie sprang ut av diakonale tradisjoner, mens de verdslige tradisjoner (ofte forbundet med NSF fra 1912) vokste frem senere. Gjennom historiseringen av sykepleieyrket har flere kamper i feltet blitt oppdaget; deriblant kampen om profesjonalisering og dikotomien mellom omsorg og teknologi i sykepleie.

«Kampene i feltet» viste seg å være knyttet til to fløyer innad i yrket (diakonale og verdslige), der dette stemmer overens med Bourdieus feltteori, der det i ethvert felt foreligger slike polariseringer. På tross av polariseringer og kamper i feltet ble sykepleieyrket i takt med medisinsens utvikling mer spesialisert, der det i etterkrigstiden var en enorm oppbyggingsfase av spesialisthelsetjenesten. Som følge av samfunnsendringer på 1960-70-tallet skjedde det et oppgjør med det medisinske hegemoni, der primærhelsetjenesten hadde vært et mindre prioritert område i en årrekke. Jeg omtaler dette som det første brudd med klinikken, der det i denne tidsperioden skjedde lignende brudd på mange samfunnsområder, det var likestillingskamp, studentopprør, miljøkamp m.m. Den institusjonspregede eldreomsorg ble også kritisert, samtidig som eldrebølgen hadde vekket bekymring allerede fra 1950-tallet. Det var både sykehus- og sykepleiemangel der legeprofesjonen støttet ideen om en desentralisert eldreomsorg i kommunene. Samtidig har flere hevdet at legene historisk har vært mest opptatt av den medisinske behandlende virket (spesialisthelsetjenesten), mens forebyggende helsearbeid og vedlikeholdsomsorg har vært mindre prestisjefyllt.

Det andre bruddet med klinikken knytter jeg til nyliberalistiske strømminger og senere NPM-influerte styringsmodeller i helsevesenet, der det politiske felt syntes å få økt makt over det medisinske felt i denne perioden. Hjemlig omsorg under lavest-effektive- omsorgsnivå (LEON) kan ses i tråd med disse strømningene, der man har sett en generell avinstitusjonalisering siste 30-40 år. Inspirert av Alvsåg og Tanche-Nilssen (1999) har jeg anvendt begrepet «*det hjemlige omsorgsideal*», forstått som det doksa vedrørende eldreomsorgen som fremdeles er tilstede. Likeledes har jeg pekt på at VT som sosial praktikk både underbygges av og underbygger det overnevnte ideal.



Historiseringen har likeledes virket øyeåpnende vedrørende VT genese, da førsteinntrykket av VT som sosial praktikk var at dette representerte noe nytt (innovativt) og banebrytende, mens jeg gjennom historiseringen fant at en liknende satsning på 1980-tallet (trygghetsalarmen) og mer utbredt på midten av 1990-tallet (smarthus, BESTA-prosjektet) fant sted tidligere i historien. Teknologien, markedet og tjenesten hevdes imidlertid å ha vært for umoden på dette tidspunkt, der kritiske innstillinger til teknologi i omsorgsøyemed også kan synes å ha vært mer tilstedeværende på denne tiden.

Dagens satsning på VT har foregått gradvis utover 2000-tallet, der fokuset imidlertid synes å ha eskalert etter Hagenutvalgets NOU 2011:11 «*Innovasjon i omsorg*». Jeg vil hevde at det var en tid før og en tid etter denne utredningen, der fokuset på VT synes å ha eskalert etter at denne utredningen utpekte VT som et av fem viktige tiltak for løsningen av «fremtidens omsorgsutfordringer». Utprøving og implementering av VT har likeledes økt i omfang på tross av å være i en sped begynnelse, der NVP gjennom Helsedirektoratet synes å ha hatt og fremdeles ha stor betydning for utviklingen.

### **7.1.2 Hva er det det kjempes om vedrørende VT som sosial praktikk?**

Teknologi og omsorg redegjøres allerede innledningsvis som et møte mellom natur og kultur og et område som har vært gjenstand for polariseringer mellom det vitenskapelig og det mellommenneskelige, det teknisk rasjonelle og det omsorgsrasjonelle m.m. siden dets opprinnelse. Likeledes har mine analyser av VT-området i Norge, pekt på dette som et kompleks felt der mange ulike interessenter fra felter med motstridene logikker møtes. Dersom jeg kun hadde hatt én setning til rådighet for å svare på spørsmålet om *hva det kjempes ved om VT som sosial praktikk*, hadde jeg svart at kampen i feltet i størst grad synes å handle om *hva VT skal brukes til*, ikke *om VT skal implementeres i tjenestene*. Samtidig har jeg vist at enkelte agenter som f.eks. deler av helsepersonell og eldrebefolkningen fremdeles diskuterer *om VT bør bli en sentral del av PLO-tjenestene*. Gjennom min preliminnære teori har jeg pekt på at VT som praktikk derved også kan anses som et 'politisk veivalg i eldreomsorgen', der striden synes å handle om ansvarfordelingen av omsorgsoppgaver mellom det offentlige, familien, frivilligheten og de eldre selv (egenomsorg og selvstendighet). Hvordan de agerende på VT-området i Norge posisjoner seg til dette spørsmålet, knyttes i analysen til orienteringer nærmere den verdslige/økonomiske eller kulturelle pol.

Agerende innen det politiske og medisinske felt knyttes til maktfeltet på dette området, nærmere orientert mot den verdslig/økonomiske og heteronome pol, i likhet med agerende innen det økonomiske og til dels det akademiske felt. Denne tilknytningen gjøres på bakgrunn av at

økonomiske interesser fremstår som involvert. Politikerne hevder det både er penger å spare i tjenesten samtidig som VT kan utgjøre en ny næring for Norge. Likeledes fremheves det at tjenestene vil bli kvalitativt bedre med teknologi, der teknologien presenteres i tilknytning til ord som *omsorg* og *velferd*. Teknologileverandørene ser markedspotensialet ved å satse på VT, mens det akademiske felt har en mer objektiv rolle som forsker og fagutvikler på området. Samtidig kan høyskolemiljøene som har satset stort på dette området også hevdes å ha en form for markedsinteresse i at VT som sosial praktikk opprettholdes og legitimeres.

Det interessante med disse miljøer er imidlertid at disse i seg selv synes å være gjenstand for polariseringer, som følge av å representere et møte mellom helse- og ingeniørfaglige miljøer. Kampen om å bruke begreper som omsorg i tilknytning til disse miljøene har jeg drøftet om kan ha sammenheng med helsefagene, der det medisinske felts doksa og omsorgsideologien fremdeles står sterkt.

Vektleggingen av omsorg og det medisinske felts doksa finner jeg derimot i enda sterkere grad blant de helsefaglige semi-profesjonenes posisjoneringer (som NSF), der jeg på bakgrunn av dette knytter dem nærmere orientert mot den kulturelle pol. Samtidig er posisjoneringen mer tvetydige blant disse posisjoner der jeg har knyttet dette til profesjonskamp og polariseringer innen subfeltet sykepleie siden yrkets opprinnelse (dikotomien mellom teknologi og omsorg). Vektlegging av «den gode omsorg» i tilknytning til teknologiene fremstår dog som mer sentral for sykepleierne. Samtidig kan omsorgsideologien også forstås som en legitimeringsstrategi der de eldres ve og vel trekkes frem som et verdifullt trumfkort i spillet om opprettholdelse av profesjonenes posisjon i feltet.

Samtidig er det ikke tvil om at VT er knyttet til en rekke etiske utfordringer, der agerende som representerer de eldres perspektiver mer direkte (f.eks. interesseorganisasjoner og geriater) synes å være opptatt av denne *om*-delen av kampen. Samtidig er tvetydige posisjoneringer også kommet til syne i de eldres interesseorganisasjoner, der jeg knytter dette til de mer overordnede spørsmål stilt innledningsvis; om fordelingen av ansvaret for de eldre mellom den offentlige og private sfære.

Når jeg undersøkte de agerende posisjoners posisjoneringer empirisk i en norsk kommune, fant jeg mange liknende tendenser som de overnevnte. Jeg posisjonerte prosjektgruppens administrativt og organisatoriske ansatte samt de teknologisk tilknyttede, nærmere den verdslige/økonomiske pol. Helsepersonell fremstod derimot som mer orientert mot den kulturelle pol (vedlegg 14). Agentenes orienteringer ble derimot forklart gjennom en teoretisk

konstruksjon av deres habitus, der definisjons- og beslutningsmakt var en av hovedindikatorene på sosial posisjon (vedlegg 11).

I likhet med analysen av sykepleiernes posisjoneringer på VT-området i Norge, fant jeg også at sykepleierne i kommunen fremstod med en større grad av tvetydighet i sine posisjoneringer, enn ergoterapeuten og omsorgsarbeiderens posisjoneringer. Selv om utvalget er lite og jeg trolig ikke har klart å fange opp alle posisjoneringer på området, fremstår likevel denne tvetydigheten som en klar tendens. Trolig kan dette knyttes til både sykepleiernes polariseringer innad i yrket gjennom historien, der også nyere studier har pekt på at sykepleieprofesjonen ikke kan hevdes å være en homogen gruppe. Likeledes har omsorgen representert yrkets selvstendighet og autonomi, mens teknologi har representert en motpol til de mellommenneskelige og omsorgsfulle verdier (kulturelle og autonome pol i subfeltet). Tidligere studier har også pekt på at sykepleierne guides av en omsorgshabitus, der denne studien til dels underbygger denne tesen ettersom ergoterapeuten og omsorgsarbeideren tilsynelatende guides mest av deres omsorgshabitus.

### **7.1.3 Hvordan virker og strukturerer VT-implementeringen sykepleieprofesjonens praksis og posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester?**

Når det gjelder hvordan de ansattes praksis kan synes å struktureres av utprøving og implementering av VT i de kommunale hjemmetjenester, vil jeg vise til oppsummeringen av analysens del tre (punkt 6.5). Her er det viktig å presisere at dette materialet utgjør de ansattes beskrivelser av egen praksis, mens det de faktisk gjør i sitt arbeid vil kunne arte seg annerledes. Jeg har derimot måttet forholde meg til beskrivelser av praksisen der interessante funn er at sykepleieren er den posisjon i subfeltet som virker å bli mest påvirket av utvidelsen av trygghetsalarmsystemet (med alarmer og sensorer), ut ifra de empiriske funn som VT-prosjektet i denne kommunen utgjør. Selv om det finnes mange ulike former for VT, der disse kan hevdes å berøre ulike virkeligheter og problemstillinger, fremstår satsning på utvidelse av trygghetsalarmsystemet å være en gjenganger blant andre NVP-inkluderte kommuner.

Selv om implementering av VT kan synes å endre enkelte av sykepleiernes oppgaver, fremstår det som mer uavklart om VT kan sies å lette eller komplisere sykepleiernes arbeid. Igjen fremstår dilemmaet mellom offentlig og familiær ansvarsfordeling som sentralt, der pårørende i flere tilfeller foreslås som mulige hjelpere i forbindelse med f.eks. utløste alarmer og sensorer. Det brukernære arbeidet og de mellommenneskelige forhold kan synes å oppleves som truet, spesielt med henblikk på ergoterapeuten og omsorgsarbeiderens posisjoneringer. Samtidig har jeg drøftet at helsepersonell på den annen side kan få mer brukernære arbeidsoppgaver som

følge av det tilstedeværende hjemlige omsorgsideal. Denne drøftingen knytter jeg til reformarbeid både tilbake i tid og i nyere tid (f.eks. Samhandlingsreformen), som medfører at flere og sykere eldre brukere nå overføres kommunene. Om sykepleieren og annet helsepersonells posisjon i subfeltet hjemmesykepleie/hjemmebaserte tjenester endres som følge av implementering av teknologi, fremstår derimot som uavklart.

## 7.2 Avsluttende konklusjoner og refleksjoner

Bourdieu's praxeologiske vitenskap har ført meg i en bestemt retning, der dette har formet mine forskningsspørsmål og utforskningen av disse. Likeledes har denne måten å tenke på vært inspirerende og formende på mine funn, da fokuset gjennomgående har vært på de sosiale praktikker. Min preliminare teori<sup>74</sup> er ikke forkastet, men har derimot blitt nyansert gjennom arbeidet med masterstudien. Svaret på det overordnede forskningsspørsmål<sup>75</sup> knytter seg likeledes til et komplekst og nyansert bilde. Det hersker liten tvil om at sykepleieren vil påvirkes av de demografiske endringer i samfunnet, der det hersker enighet om at dagens organisering vanskelig kan opprettholdes. Heterodokse posisjoneringer på området har derimot bidratt til å nyansere bildet, der måten man organiserer eldreomsorgen på også kan forstås som politiske og samfunnsmessige veivalg.

Likeledes har jeg gjennomgående hevdet at teknologier utgjør en symbolsk kapital der teknologier kan symbolisere prestisje, velstand, velferd og fremtidsoptimisme, så vel som en trussel for ens posisjon i subfeltet eller en kald motsetning til varm omsorg. Symbolverdien synes å variere ut ifra hvilket felt denne kapital bringes i spill. Hvilken forståelse av teknologi som vinner frem som det herskende doksa anses også som relatert til maktforhold i det sosiale rom. Det er altså en rekke drivkrefter som møtes og kjemper for det doksa, som stemmer overens med ens interesser i feltet. Samtidig er det også områder der de agerende fremstår som enige og få kamper utspiller seg. At VT er kommet for å bli synes det til en viss grad å være enighet om. Likeledes at VT kan utgjøre en god støtte for eldre mennesker i deres hjem. Både doksa og heterodoksa kan derved sies å underbygge relevansen av denne, samt fremtidige studier om VT. Likeledes må det understrekes at man fremdeles vet lite om VT muligheter og begrensinger, da det er et dagsaktuelt og lite studert tema. Det er heller ikke gjort mange studier av VT strukturerende virkninger på sykepleieprofesjonens praksis og posisjon, der dette trolig vil være relevant tema også i fremtiden; om VT virkelig er kommet for å bli denne gangen.

---

<sup>74</sup> Den preliminare teori om VT ble formulert slik: *et politisk veivalg i eldreomsorgen, materialisert som en teknologiutprøving- og implementeringspraksis i de kommunale PLO.*

<sup>75</sup> Hvordan kan det ha seg at det i dag implementeres VT i de kommunale PLO?

## REFERANSER:

- Aakre, M. (2010). *JA til omsorgsteknologi*. Sykepleien, 98(14):72-73.
- Aardalen, B. (2014). *Fra vevstol til nettbrett? Nettbrett som hjelpemiddel i helsefremming og forebygging av funksjonssvikt hos eldre i kommunen*. (Masteroppgave). Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.
- Akselberg, A. (2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien- og hvordan formes deres handlinger?* (Masteroppgave). Institutt for samfunnsmedisinske fag. Universitetet i Bergen.
- Album, D. (1991). *Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje*. Tidsskrift for den norske legeforening, 111 (17), 2127-2133.
- Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug
- Aspnes, E.H., Ausen, D., Høyland, K., Mikalsen, M. Steen-Hansen, A., Storesund, K., Schjølberg, I. Svagård, I. & Walderhaug, S. (2012). *Velferdsteknologi i boliger. Muligheter og utfordringer*. Trondheim: SINTEF.
- Berg, A.J., Kaul, H., Kvande, E. Lie, M., Rasmussen, B. & Sørensen, K. (1984). *Kvinneperspektiv på teknologisk utvikling, en litteraturoversikt*. Trondheim: SINTEF.
- Berridge, C., Cuthbertson, R., Demillo, S. & Furseth, P.I. (2014). *Technology-Based Innovation for Independent Living: Policy and Innovation in the United Kingdom, Scandinavia, and the United States*. Journal of Aging & Social Policy, 26(3):213-228.
- Bogen, H. (2008). *Morgendagens eldreomsorg. Om bruk av IKT i kommunal eldreomsorg*. Oslo: Fafo-rapport
- Bourdieu, P. (1994). De tre former for teoretisk viden. I: Callewaert, S., Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K.A. (red.) (1994) *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori* (72-108). København: Akademisk forlag.
- Bourdieu, Pierre (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax forlag AS.
- Bourdieu, Pierre (1997). *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handling*. København: Hans Reizels forlag.
- Bourdieu, P. (2003). *Participant Objectivation*. The Journal of the Royal Anthropological Institute, 9(2):281-294.
- Bourdieu, P (1999/2007). Forståelse. I: Petersen, K.A., Glasdam, S. & Lorenzen, V. (red.) (2007). *Livshistorieforskning og kvalitative interview..* (s. 52-78).Viborg: Forlaget PUC.
- Bourdieu, P. Chamboredon, J.C & Passeron, J.C (1991). *The Craft of Sociology. Epistemological Preliminaries*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1996). *Refleksiv sosiologi- mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bowes & McColgan (2013). *Telecare for Older People: Promoting Independence, Participation, and Identity*. Research on Aging 35(1): 32-49.
- Braut, G.S. (2005). Utviklinga av eldreomsorga- velferd i brytninga mellom sjukepleie og forvaltning. I: I: Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (red.) (2005). *Eldre i en brytningstid* (s.147-155). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Callewaert, S. (2007). Kritiske refleksjoner over den livshistoriske trend. I: Petersen, K.A., Glasdam, S. & Lorenzen, V. (red.) (2007). *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. (s.20-30). Viborg: Forlaget PUC.
- Callewaert, S., Munk, M., Nørholm, M. & Petersen, K.A. (red.) (1994). *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk forlag.
- Daatland, S.O. (2005). Teorier om aldring og eldre år. Psykologiske og samfunnsvitenskapelige perspektiver. I: Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (red.) (2005) *Eldre i en brytningstid* (s.71-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daatland, S. O. & Veenstra, M. (red.) (2012) «Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen». Oslo: NOVA-rapport 2:1-212.
- Det norske kongehus (2015). Tildelinger av ordener og medaljer. Hentet 13.02.15 fra: <http://www.kongehuset.no/tildelinger.html?tid=28028&sek=27995&q=berta+kvam&type=&aarstall=1927>.
- Dolonoen, K. A. (2014). *Teknologien er ikke problemet*. Sykepleien 102(6):27.
- Drøpping, J.A & Fyhn, A.B. (2002). *Omsorgsteknologi i smarthus*. Fafo-notat 2002:6. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Eknes, J. (2014). *Omsorgsteknologi*. Tidsskriftet SOR Rapport, 4:64-67.
- Ellingsen, D. (2006). *Mens vi venter på eldrebølgen*. Samfunnsspeilet, 5:2-6.
- Engström, Lizbeth (2012). *Kliniken flyttar hem. Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård*. (Doktoravhandling). Uppsala universitetet.
- Eriksen, M. N. (2015). *En skakkjørt profilering*. Sykepleien, 4:84-85.
- Foucault, M. (1972/2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels forlag.
- Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Furre, B. (1999). *Norsk historie 1914-2000*. Oslo: Det norske samlaget.
- Glasdam, S. (2007). Interview. En diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser. I: Petersen, K.A., Glasdam, S. & Lorenzen, V. (red.) (2007). *Livshistorieforskning og kvalitative interview..* (s. 131-146).Viborg: Forlaget PUC.
- Gramstad, A. (2014). *Å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel – ei gåtefull reise. Ei kvalitativ undersøkning av heimebuande eldre sine erfaringar*. (Doktoravhandling). Det helsevitenskapelige fakultetet. Institutt for helse- og omsorgsfag. Universitetet i Tromsø.
- Greenhalgh, T. Procter, R. Shaw, S., Sugarhood, P. & Wherton, J. (2012). *The organising vision for telehealth and telecare: discourse analysis*. BMJ Open, 2:1-12.
- Grytli, E. & Støa, E. (red.) (1998). *Fra årestue til smarthus. Teknologien omformer boligen*. Oslo: Norsk arkitekturforlag.
- Gunnesdal, L (2010). *Usynliggjort veivalg*. Stat og Styring, 4:55-56.
- Hagring, M. (2014, 31.05). *Sykepleiere med et PR-problem*. NRK ytring, 30.05.2014. Hentet den 10.02.15 fra: <http://www.nrk.no/ytring/sykepleiere-med-et-pr-problem-1.11744958>
- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K.A. (2008). Homologier. I: *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu-æresbog til Staf Callewaert* (s. 273-293). Forlaget Hexis, København.

- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. 5.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, J.A. & Hammerslev, O. (2009). Bourdieus refleksive sosiologi i praksis. I: Hammerslev, O., Hansen, J.A. & Willig, I. (red.) (2009). *Refleksiv sosiologi i praksis*. (s.11-34). København: Hans Reitzel forlag.
- Hansen, J.A. (2009). Om feltanalytiske interviews i analyse af aktivering. I: Hammerslev, O., Hansen, J.A. & Willig, I. (red.) (2009). *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 62-77). København: Hans Reitzel forlag.
- Hauge, S. (2005). Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. Ei historisk analyse av sjukeheimens rolle og funksjon dei siste 150 åra. I: Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (red.) (2005) *Eldre i en brytningstid* (s.156-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugstad, M. (2013, 29.04.). *Teknologi inntar omsorgen*. Bergens tidende, s. 14, del 1.
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området*. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Velferdsteknologi*. Hentet den 04.03.15 fra: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (Meld. St. nr. 25, 2005-2006). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted-til rett tid*. (Meld. St. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*. (NOU 2011:11). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. (St.meld. nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Hofmann, B. (2002). *Teknologi, medisin og verdier*. Nyt Nordisk tidsskrift, 4:411-419.
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Hustad, B. (2013). *Ikke tving GPS-brikke på pasienter!* Sykepleien, 101(4):78-79.
- Hustad, B. (2014). *Selma er en luresel*. Sykepleien, 102(10):56-57.
- Højbjerg, K. (2011). *Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse*. (Doktoravhandling) Universitet i Aalborg.
- Jacobsen, F.F. (2015). *Understanding public elderly care policy in Norway: A narrative analysis of governmental White papers*. Journal of Ageing Studies. Article in press.
- 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 Int., 37:125-142.
- Jensen, K. (1992). *Hjemlig omsorg i offentlig regi. En studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kolbæk, R. (2013). Teknologi og sygepleje. I: Hundborg, S. & Lynggaard, B. (red.) (2013). 2.utg. *Sygeplejens fundament*. (s. 113-125). København: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

- Larsen, K. (2009). Observasjoner i et felt. Nogle muligheter og utfordringer. I: Hammerslev, O., Hansen, J.A. & Willig, I. (red.) (2009). *Refleksiv sosiologi i praksis*. (s. 37-61). København: Hans Reitzel forlag.
- Legeforeningen (2011). *Legeforeningens høringsuttalelse om gjennomføring av Samhandlingsreformen*. Hentet den 3.3.15 fra: <http://legeforeningen.no/legeforeningenmener/horingsuttalelser/2011/legeforeningens-horingsuttalelse-om-gjennomforing-av-samhandlingsreformen/>
- Legeforeningen (2013). *Stortingshøring om morgendagens omsorg*. Hentet den 3.3.15 fra: <http://legeforeningen.no/forside/nyheter/2013/stortingshoring-om-morgendagens-omsorg/>
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Lister (2015). *Holdningkampanjen: Ta ansvar for din egen alderdom*. Hentet den 02.04.15 fra: <http://lister.no/helse/velferdsteknologi-telemedisin/822-holdninger-pa-film>
- Lund, E. C. (2012). *Virke og profesjon. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Bind 2. Oslo: Akribe forlag.
- Lærum, O.D. (2002). *Kilder til informasjon om tidligere tiders medisinske utstyr*. Tidsskrift for den norske Lægeforening, 30(122):2871-2874.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie. Ideer-mennesker-muligheter*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molander, L.I. & Terum, A. (red.) (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moseng, O.G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Bind 1. Oslo: Akribe forlag.
- Myking, M. (2013). *Hva gjør helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende pasienter- og hvordan formes deres handlinger?* (Masteroppgave). Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
- NSD (2014). *Hva er indirekte personidentifiserende opplysninger?* Hentet den 30.09.14 fra: [http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige\\_sporsmal.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige_sporsmal.html)
- NSF (2013a). *Norsk sykepleierforbunds strategi. Sykepleieprofesjon i utvikling: Ehelse. 2013-2016*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NSF (2013b). *Fagkonferanse «Kompetanseutfordringer i endringstider»*. Hentet den 9.3.15 fra: [https://www.nsf.no/visartikkel/1138694/123703/Fagkonferanse"Kompetanseutfordringer-i-endringstider"](https://www.nsf.no/visartikkel/1138694/123703/Fagkonferanse%20Kompetanseutfordringer-i-endringstider)
- NSF (2014). *Robonurse- en film om uerstattelige sykepleiere*. Hentet den 10.2.15 fra: <https://www.nsf.no/vis-nyhet/1529301/Robonurse---en-film-om-uerstattelige-sykepleiere>
- NTNU (2014). *Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)*. Hentet den 10.9.14 fra: <http://www.ntnu.no/studier/aasts/om>
- Næss, S. (2005). *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Rapport 3; 2005. Bergen: Rokkansenteret.
- Obstfelder, A. & Lotherington, A.T. (2014). *Sykepleie og teknologi- en komplisert relasjon*. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4 :309–313.
- Otterstad, H.K. (2013). *Historisk blick på eldrebølgen*. *Sykepleien*, 2:58-60.



- Pensjonistforbundet (2014, 8.10.). *Dette betyr statsbudsjettet for deg som pensjonist*. Hentet den 8.5.15 fra: <http://www.pensjonistforbundet.no/nyhet/1239-dette-betyr-statsbudsjettet-for-deg-som-pensjonist>
- Petersen, K. A. (1993). At konstruere en teori om sygepleje. I Ramhøj, P. (red) (1993). *Overvejelser og metoder i Sundhedsforskningen*. (s. 35-55). København: Akademisk forlag.
- Petersen, K.A. (1995). Hvorfor Bourdieu? I: K.A. Petersen (red.), *Fokus på Sygeplejen*. (s.123-143). København: Munksgaard.
- Petersen, K.A. (2013a). *Kari Martinsen og dansk sygepleje, filosofi, forskning og videnskab*. *Klinisk sygepleje*, 27(2):4-7.
- Petersen, K.A. (2013b). Viden, teori i, for og om sygepleje, sygeplejeforskning og –videnskab i Danmark. I: Hundborg, S. & Lynggaard, B. (red.) (2013). 2.utg. *Sygeplejens fundament*. (s. 769-782). København: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Bergen: Forlaget Hexis.
- Prieur, A. (2002). Objektivisering og refleksivitet- om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I: Jacobsen, M.H, Kristiansen, S. & Prieur, A. (red.) *Liv, fortelling og tekst. Streifetog i kvalitativ sociologi*. (s.109-132 ). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Prieur, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Regjeringen (2014, 7.2.). *Statens seniorråd*. Hentet den 8.5.15 fra: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/statens-seniorrad/id750590/>
- Romøren, T.I. (2005). Gamle mennesker i Norge. I: Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (red.) (2005) *Eldre i en brytningstid* (s.62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Røed, K. (2011). *Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid*. *Plan*, 5:18-21.
- Sandelowski, M. (2000). *Devices & Desires. Gender, Technology and American Nursing*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Segar, J. Rogers, A. Salisbury, C. & Thomas, C. (2013). *Roles and identities in transition: boundaries of work and inter-professional relationships at the interface between telehealth and primary care*. *Health and Social Care in the Community*, 21(6):606-613.
- Schillmeier, M. & Domènech, M. (red.) (2010). *New Technologies and Emerging Spaces of Care*. Farnham: Ashgate.
- Schinkel, W. (2007). *Sociological discourse of the relational: the cases of Bourdieu & Latour*. *The Sociological Review*, 55(4):707-729.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse- landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget
- Skaksen, J. R. (2014, 21.10). *Velferdsteknologi skal dokumenteres*. Kora, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Henter den 19.11.14 fra: [http://www.kora.dk/temaer-paa-tvaers/velfaerdsteknologi/i9631/Velfaerdsteknologi-skaldokumenteres?utm\\_source=KORAs&utm\\_medium=newsletter&utm\\_campaign=Nyhedsbrev+nr.+87](http://www.kora.dk/temaer-paa-tvaers/velfaerdsteknologi/i9631/Velfaerdsteknologi-skaldokumenteres?utm_source=KORAs&utm_medium=newsletter&utm_campaign=Nyhedsbrev+nr.+87)

- Skolbekken, J.A. & Lian, O. (2003). *Hva er drivkreftene bak etterspørselen etter ny teknologi?* Tidsskriftet for den norske Lægeforening, 5 (123): 653-656.
- Statens seniorråd (2011, 20.12). *Innovasjon i omsorg*. Hentet den 8.5.15 fra: <http://www.seniorporten.no/Nyheter/Innovasjon+i+omsorg.296481.cms>
- Statistisk sentralbyrå (1994). *Befolkning. I: Historisk statistikk 1994* (s.53-100). (Rapport nr. C188). Oslo: SSB.
- Steinkellner, A. (2010). *Utdanning og kjønnslikestilling. Fra den første kvinnelige student*. Samfunnspeilet, 1:23-30.
- Store norske leksikon (2014a). *Helsedirektoratet*. Hentet den 20.03.15 fra: <https://snl.no/Helsedirektoratet>
- Store norske leksikon (2014b). *Genese*. Hentet den 17.9.14 fra: <https://snl.no/-genese>
- Store norske leksikon (2015). *Diakoni*. Hentet den 16.01.15 fra: <https://snl.no/diakoni>
- Teknologirådet (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. (Rapport 1/09). Oslo: Teknologirådet.
- Therkelsen, H. (2009, 20.08). *Sparer milliarder på smarte hus*. Vårt land, s. 4, del 1.
- Thygesen, H. (2009). *Technology and good dementia care. A study of technology and ethics in everyday care practice*. (Doktoravhandling). Centre for Technology, Innovation and Culture (TIK), University of Oslo.
- Tjora, A. (2015). *Medisin mellom mas, maskineri og marked*. Tidsskrift for den norske legeforening, 2 (135): 204.

## **Oversikt over vedlegg**

1. Godkjenning av prosjekt og svar på innsendt endringsskjema til NSD.
2. Informasjon- og samtykkeskriv til enhetsleder for hjemmebaserte tjenester.
3. Observasjonsguide.
4. Informasjon- og samtykkeskriv til informanter.
5. Intervjuguide.
6. Svar på forespørsel til REK.
7. Svar på forespørsel til Norges språkråd.
8. Tabell 1. Posisjoner på konferanse nr. 1.
9. Tabell 2. Posisjoner på konferanse nr. 2.
10. Tabell 3. Posisjoner på debatt.
11. Tabell 4. Agentene i kommunens habitus
12. Bourdieu (1995:35) og Larsens (2009:45) feltskisser
13. Feltskisse over de agerende på VT-området i Norge.
14. Feltskisse over de agerende på VT-området i en norsk kommune.

Karin Anna Petersen  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin Universitetet i Bergen  
Postboks 6165  
5892 BERGEN

Harald Hårfages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 08.08.2014

Vår ref: 39283 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.07.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39283	<i>Smarte hus, sensorer og ny teknologi- å være sykepleier i et felt i endring- en undersøkelse av sykepleiere som arbeider i en hjemmetjeneste der velferdsteknologi er blitt implementert</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Karin Anna Petersen</i>
<i>Student</i>	<i>Yngvild Brandser</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Yngvild Brandser Yngvild.Brandser@student.uib.no

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 39283

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

BEKREFTELSE

Personvernombudet viser til endringsmelding mottatt 22.08.14. Vi har registrert at det vil bli innsamlet indirekte personidentifiserende opplysninger. Personvernombudet legger til grunn at opplysningene anonymiseres ved transkribering.

--

Vennlig hilsen  
Kjersti Haugstvedt  
Spesialrådgiver  
(Special Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
(Norwegian Social Science Data Services)  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80  
Email: [kjersti.haugstvedt@nsd.uib.no](mailto:kjersti.haugstvedt@nsd.uib.no)  
Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

Til [REDACTED], enhetsleder for hjemmebaserte tjenester [REDACTED] kommune

Bergen, 01/12- 2014

## **Informasjonsskriv om forskningsprosjektet:**

*«Smarte hus, sensorer og ny teknologi: er hjemmebaserte tjenester et felt i endring?  
En undersøkelse av ansatte som arbeider i en kommunal hjemmetjeneste, der  
velferdsteknologi er under utprøving».*

### **Bakgrunn og hensikt**

Mitt navn er Yngvild Eline Brandser, jeg er sykepleier og masterstudent i sykepleievitenskap, ved Universitet i Bergen. Underveis i studiet har jeg fått interesse for temaer som omsorg, innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenesten og velferdsteknologi. Mitt forskningsprosjekt har til hensikt å beskrive, forstå og forklare hvorfor velferdsteknologi er et nasjonalt satsningsområde og hvordan dette virker inn på de hjemmebaserte tjenestene i kommunen, samt personalets arbeid.

Personlig har jeg ikke mye erfaring fra hjemmesykepleie, men har noe kjennskap til dette feltet gjennom praksis på sykepleiestudiet og arbeid i et bemanningsbyrå. Jeg har de siste tre årene jobbet ved Ortopedisk avdeling, Haukeland sykehus. Min første arbeidserfaring var demensomsorg på et sykehjem. Jeg har så langt i min karriere møtt mange eldre mennesker, og interessen for geriatri og omsorgsspørsmål har vært økende. Jeg synes derfor det er spennende å undersøke et tema som velferdsteknologi, da dette er et område som vil kunne berøre både de ansatte i tjenesten og eldre brukere innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene fremover.

Det vises til møtet den 21/10-14 og 12/11-14 på [REDACTED] rådhus, og sendes herved en formell forespørsel til enhetsleder for hjemmebaserte tjenester [REDACTED] kommune, om deltakelse i forskningsprosjektet. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), se vedlegg 1. og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), har vurdert studien som ikke fremleggspliktig da den fokuserer på helsepersonells handlinger og ikke samler inn helseopplysninger om brukerne av den kommunale omsorgstjenesten, se vedlegg 2.

### **Hva innebærer prosjektet?**

Ved å takke ja til deltakelse i prosjektet, innebærer det at jeg vil gjøre intervjuer av noen av dere som arbeider i prosjektgruppa, samt 1-2 ansatte som arbeider ute blant brukerne i den hjemmebaserte tjenesten. Intervjuene vil ta ca. en time og samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Etter avtale med dere vil også delta på møter i prosjektgruppa der det passer og være tilstede under informasjonsmøte om velferdsteknologi for de ansatte. Denne deltakelsen blir en form for ikke-deltakende observasjon, der jeg vil være tilstede i bakgrunnen og lytte til det som foregår. Studien vil som avtalt utføres i uke 43, 46, 49 og 50, samt deltakelse på informasjonsmøter i uke 3 eller 4 i 2015.

### **Frivillig å delta**

Deltakelse skal være basert på frivillighet, de ansatte vil informeres grundig og må gi sitt skriftlige samtykke. Det vil til enhver tid være mulig å trekke seg fra studien. Se utkast til informasjonsskriv og samtykkeskjema til ansatte, se vedlegg 3 og 4.

### **Mulige fordeler og ulemper med deltakelse**

Både observasjonsstudier og intervju kan potensielt oppleves ubehagelig, men prosjektet handler ikke om å evaluere de ansatte, men fokuser på hvordan utprøving og innføring av velferdsteknologi oppleves av personalet. Dette vil kunne gi en forståelse av hvordan sykepleiere og andre ansatte tenker omkring temaet, noe som kan ha relevans i en tid der velferdsteknologi er et stort satsningsområde og noe som vil kunne virke inn på både tjenesten og helseprofesjonene.

### **Hva skjer med dataene som innhentes i studiet?**

Lydopptak fra intervjuene og notater fra observasjonsstudiene vil bli oppbevart innelåst, passordbeskyttet og disse dataene vil ikke være tilgjengelige for andre enn meg og mine veiledere professor Karin Anna Petersen, ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UIB og professor Frode Fadnes Jacobsen, ved Senter for omsorgsforskning, HIB. Informasjonen fra studiet vil bli anonymisert og umulig å spore tilbake. Jeg har taushetsplikt og etter studiens slutt vil notater makuleres og lydbånd slettes.

### **Spørsmål**

Har dere spørsmål angående prosjektet, er dere velkommen til å ta kontakt med meg på telefon: 46861688 eller mail [Yngvild.Brandser@student.uib.no](mailto:Yngvild.Brandser@student.uib.no)  
Eller rette spørsmålene til min hovedveileder Karin Anna Petersen på mail: [Karin.Petersen@igs.uib.no](mailto:Karin.Petersen@igs.uib.no) eller per telefon 55586160.

Med vennlig hilsen

Yngvild Eline Brandser

Masterstudent i helsefag, retning sykepleievitenskap

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinsk- odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

### **Samtykke til deltakelse i studie**

På vegne av prosjektgruppa i prosjektet ««Utprøving og innføring av Velferdsteknologi i [ ] kommune» og den hjemmebaserte tjenesten i [ ] kommune, godkjenner jeg deltakelse i studien

Navn, tittel \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ sted \_\_\_\_\_



# VEDLEGG 3

## Observasjonsguide

**Verktøy:** feltskisser og notater

**Fokus:**

1. Førsteintrykk av de fysiske omgivelsene (kapitaler)
2. Agentenes: bakgrunn, utseende, oppførsel, kroppsspråk, handlinger, holdninger (Bourdieu's trilogi)
3. Relasjoner mellom agentene, deres posisjon i feltet, posisjoneringer (dominansforhold)
4. Hvordan det arbeides
5. Hvem kommer mest til ordet (posisjoner, dominansforhold)
6. Hva agenten gjør, fordeling av arbeidsoppgaver (posisjoneringer og posisjon)
7. Hvilke ansvarsområder de ulike agenten har (posisjon)
8. Hva snakkes det om, hva hersker det uenighet om (kamper i feltet)

## **Informasjonsskriv til ansatte ved hjemmebaserte tjenester, [REDACTED] kommune om deltakelse i forskningsprosjektet:**

*«Smarte hus, sensorer og ny teknologi: er hjemmebaserte tjenester et felt i endring? En undersøkelse av ansatte som arbeider i en kommunal hjemmetjeneste, der velferdsteknologi er under utprøving».*

### **Bakgrunn og hensikt**

Mitt navn er Yngvild Eline Brandser, jeg er sykepleier og masterstudent i sykepleievitenskap, ved Universitet i Bergen. Underveis i studiet har jeg fått interesse for temaer som omsorg, innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenesten og velferdsteknologi. Mitt forskningsprosjekt har til hensikt å beskrive, forstå og forklare hvorfor velferdsteknologi er et nasjonalt satsningsområde og hvordan dette virker inn på den kommunale hjemmetjenesten, der sykepleiere og andre helsepersonell arbeider.

Personlig har jeg ikke mye erfaring fra hjemmesykepleie, men har noe kjennskap til dette feltet gjennom praksis på sykepleiestudiet og arbeid i et bemanningsbyrå. Jeg har de siste tre årene jobbet ved Ortopedisk avdeling, Haukeland sykehus. Min første arbeidserfaring var innen demensomsorg på et sykehjem. Jeg har så langt i min karriere møtt mange eldre mennesker, og interessen for geriatri og omsorgsspørsmål har vært økende. Jeg synes derfor det er spennende å undersøke et tema som velferdsteknologi, da dette er et område som vil kunne berøre både de ansatte og eldre brukere innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene fremover.

### **Hva innebærer prosjektet?**

Jeg ønsker å intervju noen av dere som arbeider direkte i prosjektet, samt noen av dere som arbeider ute blant brukerne av hjemmebaserte tjenester. Dersom du skulle være aktuell for dette, vil du få en skriftlig forespørsel om deltakelse. Jeg vil legge opp mine intervjuer som en dialog, der jeg er interessert i så mye informasjon som mulig, blant annet ønsker jeg å få vite litt om deres bakgrunn. Det er også i min interesse å undersøke hvordan dere ansatte forholder dere til dette temaet velferdsteknologi. Intervjuene vil ta ca. en time og samtalen vil bli tatt opp på lydbånd.

### **Frivillig å delta**

Ditt arbeidssted har gitt tillatelse til prosjektet. Deltakelse skal være basert på frivillighet og dere ansatte som er aktuelle for intervju, må gi deres skriftlige samtykke til deltakelse. Det vil til enhver tid være mulig å trekke seg fra studien. Jeg håper min tilstedeværelse og en evt. deltakelse i intervju ikke vil medføre ubehag for deg. Jeg vil alltid være åpen for tilbakemeldinger og spørsmål fra dere.

### **Mulige fordeler og ulemper med deltakelse**

Intervjusituasjonen kan potensielt oppleves ubehagelig, men prosjektet handler ikke om å evaluere dere ansatte, men fokuser derimot på hvordan velferdsteknologi kan være med på å forme arbeidet i de hjemmebaserte tjenestene i kommunen. Deres erfaringer og opplevelser omkring temaet vil derfor være verdifull informasjon for meg. Utfyllende kunnskap om velferdsteknologi og dets mulige innvirkning på tjenesten, vil trolig kunne ha verdi for både de ansatte og brukerne av tjenesten på lengre sikt.

**Hva skjer med informasjonen som innhentes i studiet?**

Lyddopptak fra intervjuene vil bli oppbevart innelåst og passordbeskyttet. Dataene vil ikke være tilgjengelige for andre enn meg og mine veiledere professor Karin Anna Petersen, ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UIB og professor Frode Fadnes Jacobsen, ved Senter for omsorgsforskning, HIB. Informasjonen fra studiet vil bli anonymisert og umulig å spore tilbake til dere. Jeg har taushetsplikt og etter studiens slutt vil notater makuleres og lydbånd slettes.

**Spørsmål**

Har dere spørsmål angående prosjektet, er dere velkommen til å ta kontakt med meg direkte, per telefon: 46861688 eller mail [Yngvild.Brandser@student.uib.no](mailto:Yngvild.Brandser@student.uib.no)

Eller rette spørsmålene til min hovedveileder Karin Anna Petersen på mail: [Karin.Petersen@igs.uib.no](mailto:Karin.Petersen@igs.uib.no) eller per telefon 55586160.

Med vennlig hilsen

Yngvild Eline Brandser

Masterstudent i helsefag, retning sykepleievitenskap

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinsk- odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

## **Forespørsel til ansatt i hjemmebaserte tjenester, [REDACTED] kommune om deltakelse i forskningsprosjektet:**

*«Smarte hus, sensorer og ny teknologi: er hjemmebaserte tjenester et felt i endring? En undersøkelse av ansatte som arbeider i en kommunal hjemmetjeneste, der velferdsteknologi er under utprøving».*

### **Bakgrunn og hensikt**

Mitt navn er Yngvild Eline Brandser, jeg er sykepleier og masterstudent i sykepleievitenskap, ved Universitet i Bergen. Underveis i studiet har jeg fått interesse for temaer som omsorg, innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenesten og velferdsteknologi. Mitt forskningsprosjekt har til hensikt å beskrive, forstå og forklare hvorfor velferdsteknologi er et nasjonalt satsningsområde og hvordan dette virker inn på de hjemmebaserte tjenestene i kommunen og sykepleiere og andre helseprofesjoners arbeid.

### **Hva innebærer prosjektet?**

Jeg vil gjerne intervju deg og noen andre ansatte for å fange opp noen av deres erfaringer og tanker om temaet velferdsteknologi. I den tradisjonen jeg arbeider innenfor er vi opptatt av detaljrik kunnskap, der jeg vil kunne spørre litt om deres bakgrunn og vei inn i yrkeslivet. Jeg vil derfor legge opp intervjuet som en løst strukturert samtale om deres erfaringer fra yrkeslivet/arbeid med prosjektet og refleksjon om temaet velferdsteknologi. Intervjuet vil vare i ca. en time og samtalen vil bli tatt opp på lydbånd.

### **Mulige fordeler og ulemper med deltakelse**

Et forskningsintervju kan kanskje virke utfordrende for deg som ansatt, men jeg er ikke ute etter å vurdere deres kompetanse på området. Jeg er interessert i dere tanker, holdninger og erfaringer omkring temaet velferdsteknologi. Da deres kommune er i oppstartsfasen med utprøving og innføring av slik teknologi, er det svært spennende å fange opp deres erfaringer akkurat i denne fasen. Mulige fordeler for dere kan dreie seg om at kunnskap om velferdsteknologi og teknologiers innvirkning på tjenesten, vil kunne ha verdi for både de ansatte og brukerne av hjemmebaserte tjenester på lengre sikt. Det kan også være nyttig for andre kommuner å få innsikt i deres erfaringer.

### **Hva skjer med informasjonen som innhentes i studiet?**

Lyddopptak fra intervjuene vil bli oppbevart innelåst og passordbeskyttet. Dataene vil ikke være tilgjengelige for andre enn meg og mine veiledere, se informasjonsskriv. Informasjonen fra studiet vil bli anonymisert og ikke mulig å spore tilbake til dere. Jeg har taushetsplikt og etter studiens slutt vil lydbånd slettes. Har du spørsmål angående prosjektet, må du ikke nøle med å ta kontakt med meg direkte, per telefon: 46861688 eller mail [Yngvild.Brandser@student.uib.no](mailto:Yngvild.Brandser@student.uib.no).

### **Frivillig å delta**

Deltakelse skal være basert på frivillighet og du som ansatt må gi ditt skriftlige samtykke til å bli intervjuet. Det vil til enhver tid være mulig å trekke seg fra studien. Dersom du ønsker å delta, skriver du under på samtykkeerklæringen på neste side.

Med vennlig hilsen

Yngvild Eline Brandser

Masterstudent i helsefag, retning sykepleievitenskap, Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Det medisinsk- odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

## **Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt**

Jeg er villig til å delta i prosjektet

-----  
(signatur ansatt, sted, dato)

Jeg står som ansvarlig for deltakerne og har gitt nødvendig informasjon til deltakeren i studiet

-----  
(signatur masterstudent, sted, dato)

# VEDLEGG 5

## Intervjuguide

### 1. Fokus hva de gjør og hvorfor (forklart av Bourdieus trilogi):

#### POSITION

-Yrke, utdanning, stilling

#### DISPOSITIONER

- Økonomiske kapitaler
- Kulturelle kapitaler
- Sosiale kapitaler

#### POSITIONERINGER

- Meninger i ord og handling

### 2. SPEILE det informantene sier, slik at de utdyper mer.

### 3. FORSLAG TIL ÅPNE SPØRSMÅL:

1. Introdusere meg selv og fortelle litt om min bakgrunn. Fortelle at jeg vil legge intervjuet som en samtale med dere, løs struktur, lite spørsmål, en dialog, der det ut ifra det perspektivet jeg jobber ut ifra er interessant å vite så mye som mulig om dere og hva dere gjør i deres arbeid.
2. Kan du fortelle litt om deg selv og din bakgrunn? (Oppvekst, familie, utdanning, yrkesbakgrunn, fritidsinteresser etc.)
3. Hva gjør du i jobben din?
4. Hvordan ser din arbeidsdag ut.
5. Hvordan arbeider du? Hvem er du i kontakt med i dette arbeidet?
6. Hvordan fordeler dere arbeidet?
7. Hva opptar deg i arbeidet?
8. Hva bruker dere av utstyr i arbeidet?
9. Hva liker du å gjøre når du har fri fra jobben?

**Vår ref. nr.: 2014/1408**  
**Prosjekttittel: "Velferdsteknologi og sykepleieprofesjon "**  
**Prosjektleder: Karin Anna Petersen**

Karin Anna Petersen,

Vi viser til fremleggingsvurdering innsendt 20.08.2014.

Studien har fokus på sykepleiere i en kommunal helsetjeneste (hjemmesykepleie), hvor smarthusteknologi (velferdsteknologi i boliger) er blitt implementert. Formålet er gjennom observasjon av sykepleieren i arbeid hos brukerne å få kunnskap om hvordan teknologi strukturerer og former sykepleierens arbeid og se hvordan dette virker inn på sykepleieryrket som profesjon.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom", jf. helseforskningsloven § 4 bokstav a. Slike prosjekter må søke REK.

Etter min vurdering vil ikke prosjektet falle innenfor virkeområdet til helseforskningsloven da formålet ikke er å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom og helse. Du trenger derfor ikke å søke REK.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vær oppmerksom på at dersom du skal samle inn personopplysninger, må prosjektet klareres med personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen  
Trine Anikken Larsen  
førstekonsulent  
[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
T: 55978497

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>



## VEDLEGG 7

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Yngvild Eline Brandser [mailto:[Yngvild.Brandser@student.uib.no](mailto:Yngvild.Brandser@student.uib.no)]

Sendt: 7. november 2014 16:31

Til: Sporsmal

Emne: Spørsmål fra masterstudent om ordene velferdsteknologi og omsorgsteknologi

Hei

Mitt navn er Yngvild Brandser og jeg er masterstudent ved Universitetet i Bergen. Jeg skriver om velferdsteknologi/omsorgsteknologi i et historisk perspektiv, og det er i den anledning jeg ber om råd fra dere i språkrådet. Jeg strever enormt med begrepsavklaringer innen dette temaet. Begrepene velferdsteknologi, omsorgsteknologi brukes om hverandre, i tillegg brukes ehelse og telemedisin. Har dere kunnskap om disse begrepenes historiske opprinnelse? Har funnet det brukt helt tilbake til 90-tallet, men det redegjøres ikke for hvor begrepet tas fra. Oppsummert dreier mine spørsmål seg om:

1. Er begrepene i det hele tatt en del av det norske språk? Låneord?
2. Vet man begrepenes opprinnelse?
3. Er det en klar språklig distinksjon mellom velferdsteknologi og omsorgsteknologi?

Håper dere kan hjelpe meg med råd.

Mvh. Yngvild Brandser  
mob: 46861688

Emne	SV: Spørsmål fra masterstudent om ordene velferdsteknologi og omsorgsteknologi
Frå	<a href="#">Sporsmal</a>
Avsendar	<a href="#">Ole Kristian Våge</a>
Til	<a href="#">Yngvild Eline Brandser</a>
Dato	I dag 13:58
Svar:	

Jeg svarer i samme rekkefølge som spørsmålene dine.

1 Faguttrykkene må nok sies å være en del av det norske språk. De blir jo brukt av norske språkbrukere, og skrivemåten er norsk. Det at ordene ikke finnes i Bokmålsordboka eller Nynorskordboka er ikke avgjørende, det er ikke plass til alle de sammensatte ordene i språket vårt der. Det mangler også en del faguttrykk og ord av nyere dato i ordbøkene.

"Velferdsteknologi" er en sammensetning av arveordet "velferd" og låneordet "teknologi". Selv om "teknologi" opprinnelig kommer fra gresk, er det like fullt en del av språket vårt. Det samme gjelder "omsorgsteknologi" (der "omsorg" er et arveord). Når det gjelder "ehelse" (vi anbefaler skrivemåten med bindestrek, det er i tråd med norsk rettskrivingstradisjon), så må det sies å være en nyere orddanning. I det siste tiåret har vi fått en rekke nye ord med kortformen "e" for "elektronisk", jf. "e-post", "e-resept" osv. "Elektronisk" er igjen et låneord fra gresk, mens "helse" er et arveord. "Telemedisin" er en sammensetning av det greske låneordet "tele" og det latinske "medisin".

2 Det er alltid vanskelig å vite når et fagbegrep eller faguttrykk kom i bruk første gang. Jeg har søkt i Nasjonalbibliotekets database (bokhylla.no) og mediearkivet Retriever og funnet første belegg for "omsorgsteknologi" (bokhylla.no: 1996, som igjen viser til en



publikasjon frå 1994), "velferdsteknologi" (Retriever/Vårt Land: 2009), "e-helse" (Retriever/Dagens Næringsliv: 2000) og "telemedisin" (Retriever/NTB: 1987, muligens i bokhylla.no: 1983). Disse funnene må imidlertid regnes som omtrentlige, det kan hende at begrepene er eldre enn som så. Det er også usikkert om man la det samme i uttrykkene da som det man gjør nå.

3 Det er også et vanskelig spørsmål. Rent språklig ligger det noe annet i omsorg enn i velferd, jf. søk i Bokmålsordboka (<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+&begge=+&ordbok=bokmaal>). Men en NOU-rapport («Når sant skal sies om pårørendesorg») kan tyde på at de er delvis overlappende begreper: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-17/7/3.html?id=660579>

Jeg har sjekket noen faglige oppslagsverk og termbaser, men uten å finne begrepsparet. Den begrepsmessige distinksjonen er det fagfolk som er best i stand til å avgjøre.

Jeg håper at disse observasjonene kan være til hjelp for deg.

Med hilsen

Ole Våge  
seniorrådgiver i seksjon for fagspråk og språk i samfunn og høyere utdanning

Observatoriegata 1 B  
NO – 0254 Oslo  
[www.språkrådet.no](http://www.språkrådet.no)

Dersom du vil motta "Termposten", nyhetsbrevet til Språkrådets terminologitjeneste, se her: <http://www.sprakradet.no/nb-NO/Tema/Terminologi-og-fagspraak/Termposten/>

Lag et bokmerke for gratis søk i Bokmålsordboka og Nynorskordboka:  
<http://www.nob-ordbok.uio.no/index.html>

Posisjon <sup>1</sup>	Disposisjon	Posisjoneringer	Felt
Kommunelege Norsk kommune	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	Utviklingen må skje, det er ingen annen vei. Både innovasjon og brukeren er like viktig. Styrke kommunene (forskning, fagutvikling)	Medisinsk/Politisk
Professor utenlandsk universitet	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt+-	Mange positive funn i forskningen om VT. Man begynner å få nok evidens for at dette er et viktig satsningsområde.	Akademisk
Enhetsleder i hjemmebaserte tjenester, prosjektkoordinator, prosjektleder i NVP-inkludert kommune	Utdanning+- Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt--	De ansatte er positive til prosjektet, fokus på bruker og organisasjon. Gode tilbakemeldinger om trygghet og selvstendighet. Informasjon om tilgjengelig teknologi viktig for kommunene.	Politisk/medisinsk
Stipendiat(sykepleier) professor(ingeniør), høyskolelektor, førsteamanuensis Norsk høyskolemiljø	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt+-	Gjennomgang av tekniske løsninger, utfordringer og muligheter. Løsningen er standardiseringer. Ikke om teknologi skal implementeres, men hvordan.	Akademisk
Direktør avdeling Forskning, innovasjon og digitalisering KS	Utdanning? Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	Offentlig sektor har komplekse problemer. Innovasjon er utfordrende, mange interesser som møtes, men nødvendig.	Politisk
Prosjektleder Teknologirådet	Utdanning? Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	Avansert teknologi nødvendig for fremtidens omsorg.	Politisk/økonomisk
Leder for FOU og innovasjonssatsning Norsk teknologifirma	Utdanning? Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt- -	Et kraftselskap kan bidra på dette området med mange innovative løsninger.	Økonomisk

<sup>1</sup> **Tabell 1 Posisjoner på konferanse nr. 1**

Tabellen viser foredragsholderne på konferanse nr. 1. Agentenes posisjon (stillingstittel), disposisjon og posisjoneringer samt feltplassering. ++ angir høyeste skår, +- middels skår og - - laveste skår, der indikatorene på disposisjon knyttes til stilling og yrkestitler, samt taletid og innflytelse på konferansen (beslutning- og definisjonsmakt).

Posisjon <sup>2</sup>	Disposisjon	Posisjoneringer	Felt
Statssekretær Statssekretær  Helse- og omsorgsdepartementet	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	-Pasienten i sentrum -Arbeider med e-journal, viktig for pasientsikkerhet. -Teknologi bra for modernisering, men kan ikke erstatte mennesker	Politisk
NVP Seniorrådgiver  Helsedirektoratet	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	-Standardisering og fokus på brukeren, må gi trygghet, være robust. -Ønsker å styrke forskning	Politisk
3 Professorer 3 Postdoc 3 Førsteamanuensis To stipendiater Master i helsefag Prosjektleder Senterleder eHelse Instituttleder  Utenlandske universiteter Norske høyskoler	Utdanning++ Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt+-	-E-helse må være universell, lett å bruke og tilgjengelig for alle brukere. Standardisering er nøkkelen. -Implementering av teknologi endrer aktørnettverkene -Kolskoffert har fått gode tilbakemeldinger fra helsepersonell og pasienter -Videokonferanse for ryggmargsskade har fått gode tilbakemeldinger -GPS-sporing ga økt frihet -Hjemmemonitorering utgjør et stort innovasjonspotensiale -Må undersøke gevinstrealisering	Akademisk
Regiondirektør Seksjonsleder Prosjektleder KS NHO	Utdanning? Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	-Vi har store ressurser til å løse fremtidens utfordringer -Må utvikle standarder -Trygghet for leverandørene viktig	Politisk/ økonomisk
Lege og leder  Senter for samhandling og telemedisin	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt+-	-Elektronisk pasientjournal gir makt til pasientene, pasientene ønsker dette. Stort potensiale.	Medisinsk
Leder for IKT-avd. spansk kommune  Psykiater finsk kommune  Åtte prosjektledere ulike prosjekt i norske kommuner (fire sykepleiere, en fysioterapeut)	Utdanning? Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt—  Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt- -  Utdanning? Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt+-	-Elektronisk helsesystem har gitt store kostnadsbesparelser  -Elektronisk klinikk effektiviserte og ga nedgang i pasienter, økt trygghet vha. videomøte med sykepleier.  -Lengre i eget liv med trygghetspakke i hjemmet -Kommunene må ta utgangspunkt i sitt behov -Trygghet og sikkerhet er viktigst for brukerne -Teknologi for nattilsyn gode tilbakemeldinger -Trygghetspakker skreddersys til brukeren -hjemmemonitorering ga trygghet og mestring -Pårørende er gode støttespillere, som også kan rykke ut ved alarm -Paradigmeskifte fra passiv til aktiv omsorg -Etikk er viktig ved oppstarten av nye prosjekter	Politisk/ medisinsk/ akademisk
Overlege, leder forskningsavdeling HF	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt	-Målet er kostnadseffektivitet, men ehelse må også føre til bedre tjenester. -Ønskelig å måle kvalitet og effekt av innovative tiltak	Medisinsk
Prosjektleder IT	Utdanning? Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt- -	-Fokus på leverandørene viktig	Økonomisk

<sup>2</sup> Tabell 2 Posisjoner på konferanse nr. 2

Tabellen viser foredragsholderne på konferanse nr. 2. Agentenes posisjon (stillingstittel), disposisjon og posisjoneringer samt feltplussing. ++ angir høyeste skår, +- middels skår og - laveste skår, der indikatorene på disposisjon knyttes til stilling og yrkestittel, samt taletid og innflytelse på konferansen (beslutning- og definisjonsmakt).

Posisjon <sup>3</sup>	Disposisjon	Posisjoneringer	Felt
Professor og ingeniør	Utdanning++ Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	-Sykehjem er kostbart, teknologi kan gi innsparinger, men også tjenestene rundt teknologiene koster	Akademisk
Stipendiat og sykepleier	Utdanning+- Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt++	-Samfunnet står ovenfor store utfordringer i fremtiden -Teknologi er omsorg, ikke overvåking -Hjemmetjenesten er ingen selskapsdame	Akademisk
Kommunepolitiker	Utdanning? Stilling++ Beslutning- og definisjonsmakt++	-Kommunen satser på omsorgsboliger og VT, dette er fremtiden ikke sykehjem	Politisk
Prosjektleder NVP-inkludert kommune og sykepleier	Utdanning+- Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt+-	-Gode erfaringer og tilbakemeldinger med VT i kommunen. -Gir ikke nødvendigvis innsparinger og effektivitet, men kvalitet	Politisk/akademisk
Brukerrepresentant og vernepleier (leder) i privat hjemmetjenestetilbyder	Utdanning+- Stilling+- Beslutning- og definisjonsmakt--	-VT er utelukkende positivt, men savner fokus på yngre brukergrupper som funksjonshemmede. -Overvåking skjer hele tiden i samfunnet, ikke noe større problem ift. VT -Smarthus er fremtiden	Medisinsk
Sykepleier fra salen	Utdanning+- Stilling-- Beslutning- og definisjonsmakt- -	-Hva vil skje med sykepleierne og tjenesten? -Det må da ha betydning at et menneske kommer innom til den gamle?	Medisinsk
Eldre dame fra salen	Utdanning? Stilling? Beslutning- og definisjonsmakt--	-De eldre er skepriske og kommer til å følge nøye med på denne utviklingen	-

### <sup>3</sup> Tabell 3 Posisjoner på debatt

Tabellen viser noen av foredragsholderne på konferanse nr. 1. Agentenes posisjon (stillingstittel), disposisjon og posisjoneringer samt felt plassering. ++ angir høyeste skår, +- middels skår og - - laveste skår, der indikatorene på disposisjon knyttes til stilling og yrkestittel, samt taletid og innflytelse på konferansen (beslutning- og definisjonsmakt).

Posisjon <sup>1</sup>	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Byråkratisk/ organisatorisk	-Født på 1970-tallet i Norge -Oppvekst i landlige, trygge omgivelser -Lærerfamilie -Øvre middelklasse? -Mor og far i arbeid -Teknisk orientert far -Ressurssterke ved motgang (fars sykdom) -Fremtidsrettede med tidlig bruk av teknologi	<b>Kulturell:</b> -Utdannelse og erfaring med IKT/administrasjon -Tidsriktige fritidssysler (jogging med GPS) <b>Økonomisk:</b> -God jobb, med tilsynelatende god økonomi <b>Sosial:</b> -Rikt nettverk -Gift, har barn -Autonomi i arbeid, høyt posisjonert arbeidsstilling med definisjonsmakt	-Helsepersonell fremstår som negative til teknologi -Opptatt av at brukeren får en tryggere og bedre hverdag og muligheten til å bli boende hjemme -Måloppnåelse i henhold til de nasjonale føringer og NVP er viktig

Figur 1. Prosjektleder Marens habitus

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Helsefaglig	-Født på 1980-tallet i Norge -Oppvekst i landlige, trygge omgivelser -Lærer+ sykepleierfamilie -Nedre middelklasse? -Mor og far i arbeid -Bruk av teknologi i familien	<b>Kulturell:</b> -Sykepleierutdanning erfaring med IKT/adm./forvaltning/tillitsvern -Først interessert i akutt sykepleie, så geriatri -Fritid med familien <b>Økonomisk:</b> -Sikker jobb, men lavtlønnet omsorgsyrke <b>Sosial:</b> -Bra nettverk, bodd hele livet i kommunen -Gift, har barn -Middels autonomi i arbeid, middels posisjonert arbeidsstilling med middels definisjonsmakt	-Helsepersonell fremstår som negative til teknologi -Opptatt av at brukeren får en tryggere og bedre hverdag og muligheten til å bli boende hjemme med VT -Viktig å være fremtidsrettet, sette i gang tiltak, behøver ikke være utfører selv -Brenner for den eldre bruker, etiske spørsmål er også viktig (lovverket utfordrer)

Figur 2. Sykepleier Kristins habitus

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Helsefaglig	-Født på 1960-tallet i Norge -Oppvekst i landlige, trygge omgivelser på gård, fri oppvekst -Mor hjemme, far sjømann -Arbeiderklasse? -Teknisk orienterte brødre+ ektemann -Teknologisk kapital i arbeid, lite interessert i dette på fritid	<b>Kulturell:</b> -Utdannelse og erfaring med teknologi «smarthus» -Stelle i hagen, gå tur, studier <b>Økonomisk:</b> -God jobb, med tilsynelatende god økonomi, steget i stilling i kommunen <b>Sosial:</b> -Nettverk ok, bodd store deler av livet i kommunen -Gift, har barn -Middels autonomi i arbeid, middels posisjonert arbeidsstilling, noe definisjonsmakt	-Brukeren er det viktigste, må ha nytteverdi for bruker -Interessant med drivkreftene bak teknologien -Mange etiske dilemma med teknologi -Må ikke bare tenke på tall som kvalitetsmål

Figur 3. Ergoterapeut Helenes habitus

<sup>1</sup> Tabell 4 Agentenes habitus. Basert på deltakende objektivisering og intervju i NVP-inkludert norsk kommune.

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Helsefaglig	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Født på 1970-tallet i Norge</li> <li>-Oppvekst i storby</li> <li>-Mor hjelpepleier</li> <li>-Arbeiderklasse?</li> <li>-Mor i arbeid</li> </ul>	<p><b>Kulturell:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utdannelse og erfaring fra sykehus</li> <li>-Familieliv og friluftsliv</li> <li>-Interessert i akutt-sykepleie, forsvaret</li> </ul> <p><b>Økonomisk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trygg jobb, koordinator.</li> <li>-Lavt lønnet omsorgsyrke, ektemann i oljenæring</li> </ul> <p><b>Sosial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Innflytter, mindre nettverk?</li> <li>-Gift, har barn</li> <li>-Middels autonomi i arbeid, middels posisjonert arbeidsstilling med noe definisjonsmakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Positiv til VT</li> <li>-Opptatt av at brukeren får en frihet, trygghet og muligheten til å bli boende hjemme</li> <li>-Hjemmesykepleien har ikke tid til å rykke ut på alle alarmer, pårørende må også på banen</li> <li>-VT er et godt hjelpemiddel i arbeidet, ikke overvåking</li> <li>-Viktig med etiske refleksjoner</li> </ul>

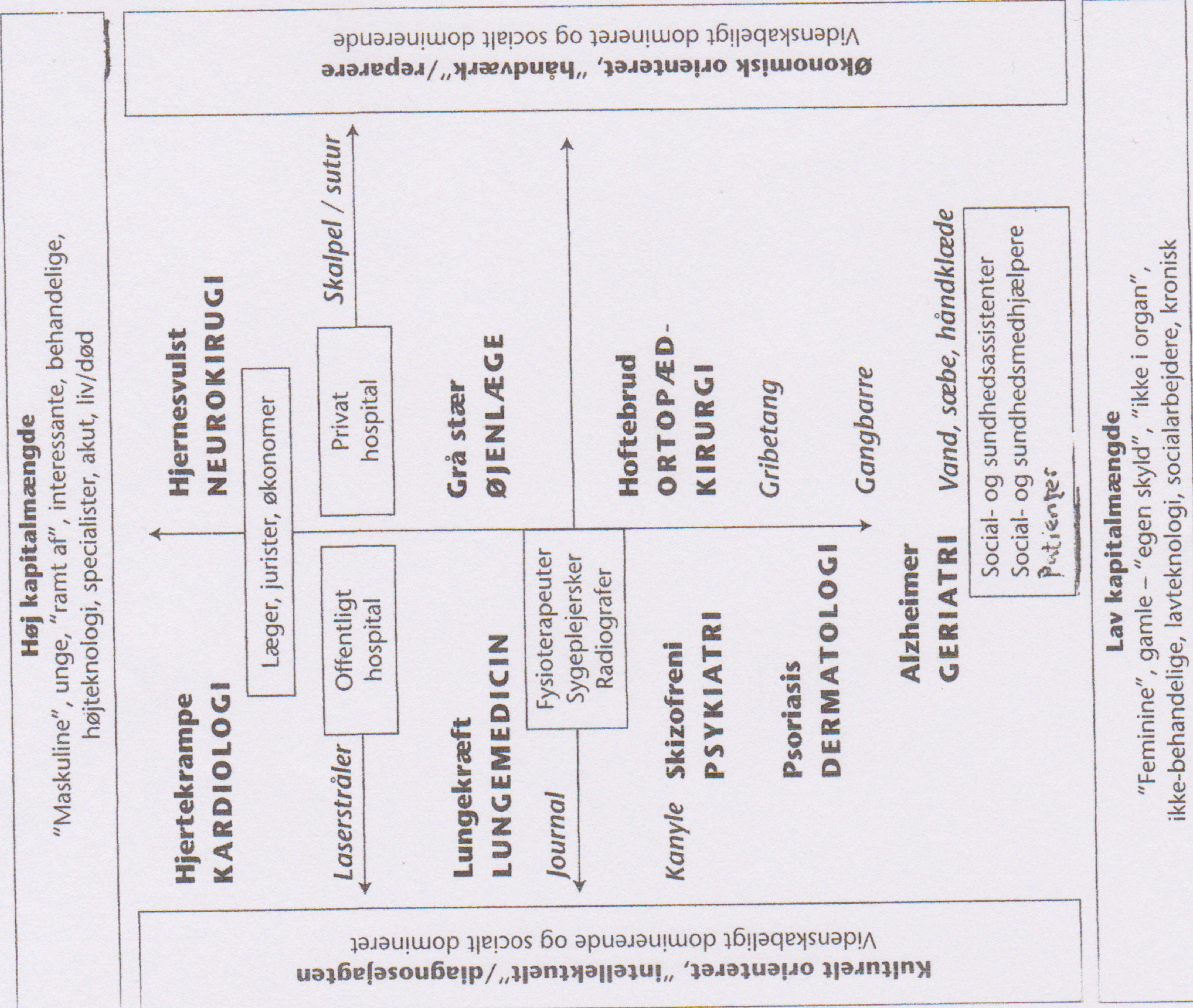
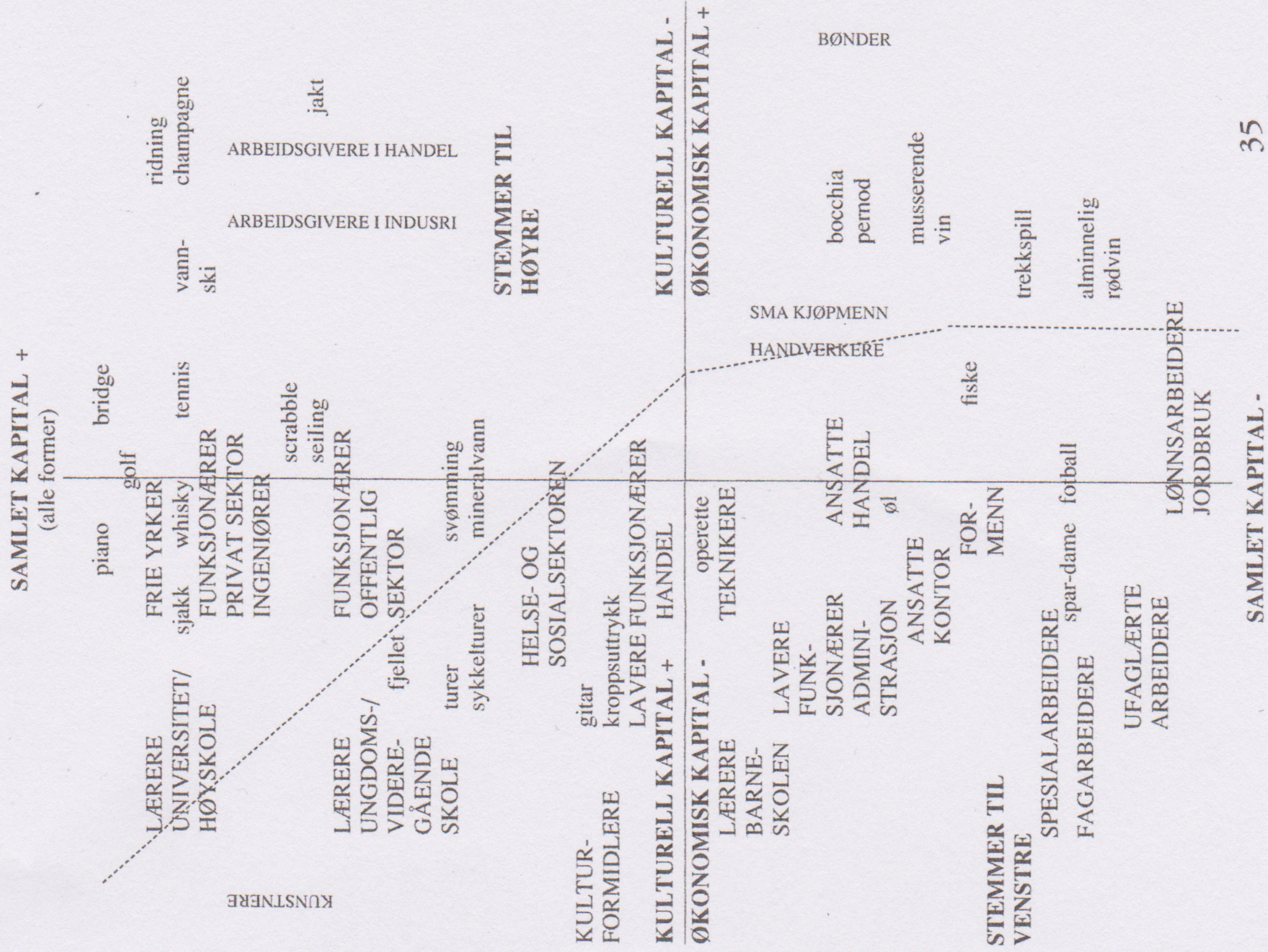
Figur 4. Sykepleier Annes habitus

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Helsefaglig	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Født på 1960-tallet i Norge</li> <li>-Oppvekst i landlige, trygge omgivelser</li> <li>-Far i arbeid, mor hjemme</li> <li>-Arbeiderklasse?</li> </ul>	<p><b>Kulturell:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Grunnskole og omsorgsarbeider fagbrev</li> <li>-Liker hagearbeid, frivillig arbeid, veldedighet Afrika</li> </ul> <p><b>Økonomisk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavt lønnet omsorgsyrke</li> </ul> <p><b>Sosial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rikt nettverk, oppvokst og bodd storparten av liv i kommunen</li> <li>-Gift, har barn, barnebarn</li> <li>-Lite autonomi i arbeid, lavt posisjonert arbeidsstilling med liten definisjonsmakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-VT kan være et hjelpemiddel, men må ikke bli en falsk trygghet</li> <li>-Brukeren må være i fokus, etikk er viktig, vi må tørre å ta en diskusjon</li> <li>-Skeptisk til den store plass datamaskinene har fått</li> <li>-Svært skeptisk til GPS-sporing, men fornøyd med smarttelefon til dokumentasjon.</li> <li>-Det mellommenneskelige og omsorg er det viktigste i arbeidet</li> </ul>

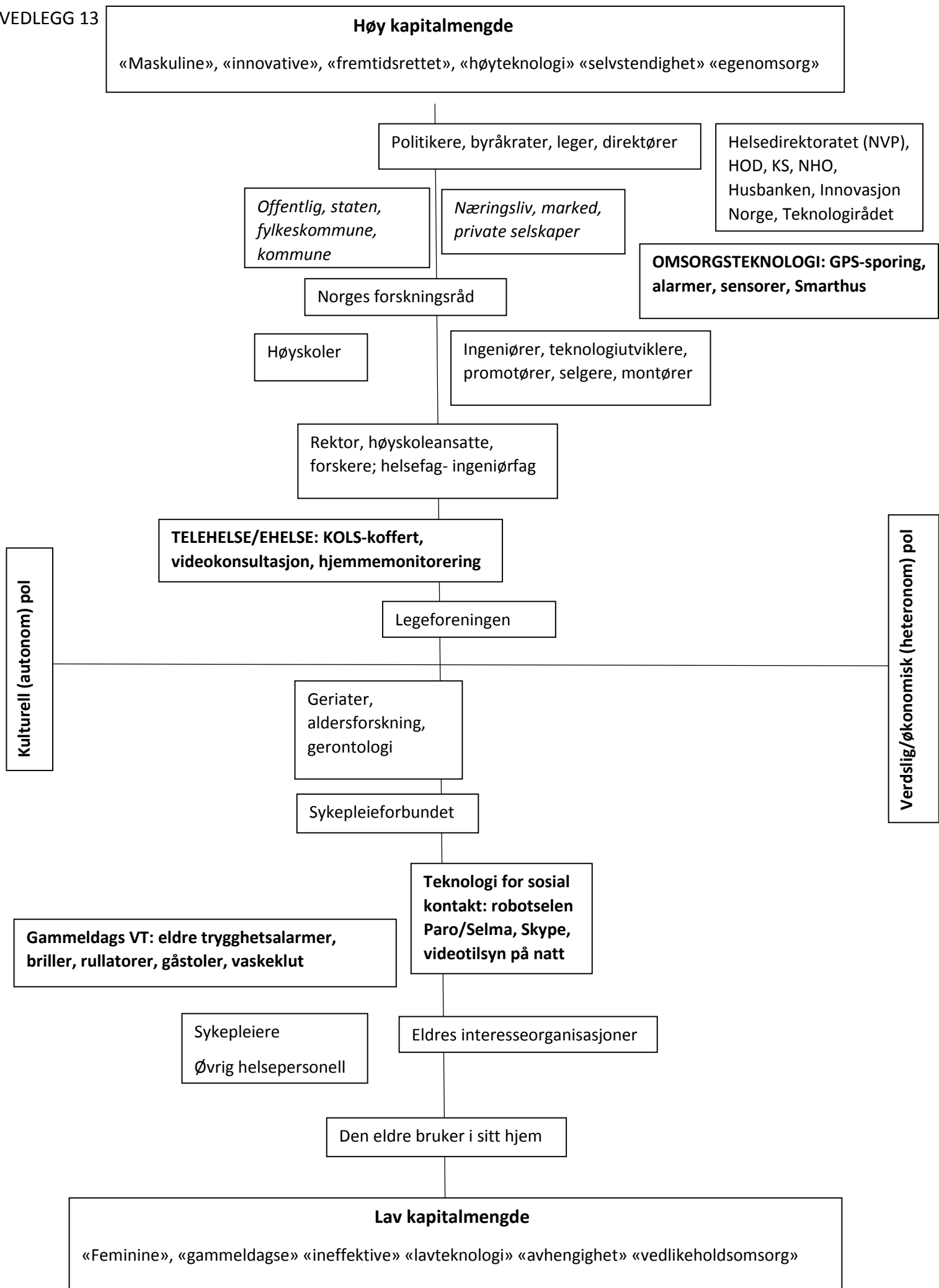
Figur 5. Omsorgsarbeider Karens habitus

Figur 1 – Rommet for sosiale posisjoner og rommet for livsstiler.

(Forenklet framstilling av skjemaet i Bourdieu, Pierre: *La Distinction*. Minuit, Paris 1979, s. 140-141. Bare noen indikatorer er tatt med.) Den stiplede linjen viser grensen mellom sannsynlig politisk orientering til høyre eller til venstre.

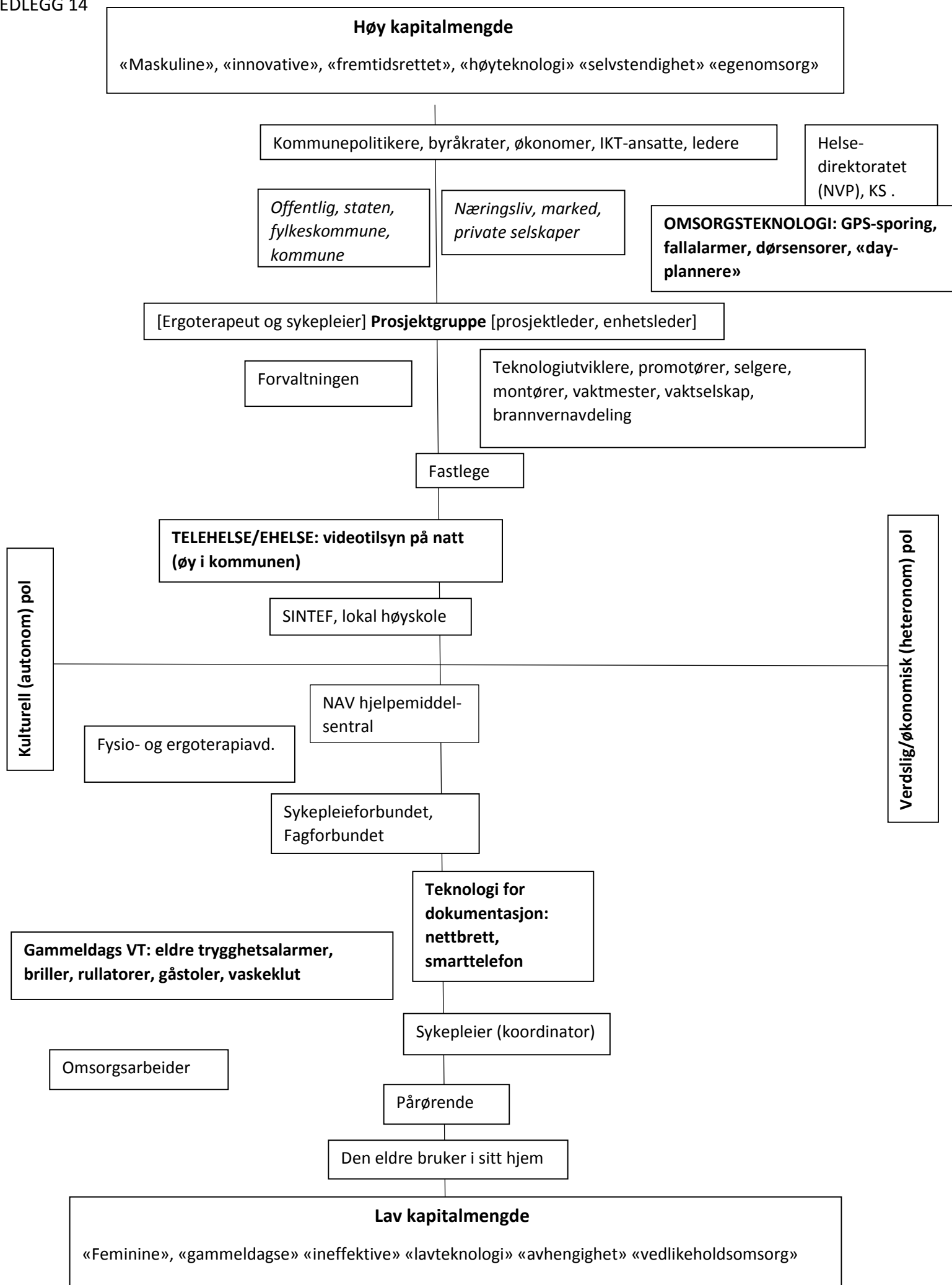


Figur 1  
Larsens (2009) tentative feltkisse av det medisinske felt, inspirert av Alburn (1991) teser der man spør hva agentene tror det sosiale hierarki er. Ikke et empirisk eksempel.



Feltskisse nr. 1 VT-området i Norge





Feltskisse nr. 2 VT-området i en norsk NVP-inkludert kommune