

Kapittel 9

Om teknologien som ikke fikk være teknologi – diskurser om velferdsteknologi

HILDE G. CORNELIUSSEN OG KARI DYB

SAMMENDRAG Inspirert av Foucault sin vekt på språklige konstruksjoner som meningsskapende utforsker det vitenskapelige essayet hvordan velferdsteknologi italesettes i helsepolitiske styringsdokumenter. Med utgangspunkt i en utbredt holdning som hevder at velferdsteknologi ikke handler om teknologi, men om mennesker, drøftes det hvordan politiske dokumenter gir bestemte meninger til begrepet velferdsteknologi og hvilke effekter slike teknologireduserende meningskonstruksjoner har for helsesektoren.

NØKKEORD velferdsteknologi, diskurs, språklig konstruksjon, helsepolitikk, helsepersonell

ABSTRACT Inspired by Foucault, we explore meaning created by the health authorities' policy documents on welfare technology. We explore the meaning construction of a «technology-reducing» claim stating that «welfare technology is not about technology, but about human beings». The scientific essay illustrates how this and similar claims have gained widespread acceptance and discusses some of the effects this type of policy statements has for the users of welfare technology.

«VELFERDSTEKNOLOGI HANDLER IKKE OM TEKNOLOGI»

Sitatet «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker» pryder forsiden på Helse direktoratets «Fagrappport om velferdsteknologi» og slår an tonen for en holdning som er fremtredende i den norske diskursen om velferdsteknologi. I likhet med andre vestlige land ser vi også i Norge en økende interesse for velferdsteknologi, motivert av en forventet vekst i antall både yngre og eldre som vil ha behov for pleie- og omsorgstjenester, uten en tilsvarende økning i helsepersonell.

For å opprettholde dagens nivå på helsetjenester må alternative løsninger finnes, og velferdsteknologi er ett av svarene. Helsetjenester er ikke nye og det meste av teknologien vi snakker om, er heller ikke ny. Likevel bringer sammensmelting av helse og teknologi i «velferdsteknologi» med seg løfte om endring og innovasjon. Første ledd i denne utviklingen dreier seg om hvordan vi snakker om, eller italesetter, velferdsteknologi. Dette vitenskapelige essayet handler om hvordan nettopp *språklige konstruksjoner er meningsskapende* for forståelsen av velferdsteknologi.

Språklige konstruksjoner kan forstås som en form for immateriell kapital, altså som makt til å definere hva velferdsteknologi er. For å utforske hvordan velferdsteknologi gis mening i en norsk kontekst, har vi studert hvordan politiske styringsdokumenter bidrar med språklige konstruksjoner til begrepet «velferdsteknologi». Vi viser at formuleringer som ligner det innledende sitatet: «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi, men om mennesker», har oppnådd stor spredning i helsevesenet, og vi argumenterer for at slike formuleringer virker «teknologireducerende» for forståelsen av velferdsteknologi.

Med utgangspunkt i Foucault sin forståelse av kunnskap og makt, diskurser og sannhetsregimer hevder vi at en bestemt måte å beskrive et fenomen på ikke må betraktes som «fakta» eller «sannhet», men som en sosial og språklig konstruksjon. Meningskonstruksjoner er ikke nøytrale eller uskyldige, de har *effekter* i samfunnet. Når vi snakker om velferdsteknologi, er, kommunenes pleie- og omsorgstjeneste en sentral målgruppe for myndighetenes definisjoner, retningslinjer og målsettinger. For å illustrere noen effekter av styringsdokumentenes teknologireducerende retorikk for praksisfeltet trekker vi inn holdninger blant helsepersonell fra kommuner som arbeider aktivt med å innføre velferdsteknologi. I vårt arbeid med forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til velferdsteknologi har vi deltatt i intervjuer og samtaler med et bredt utvalg av helsearbeidere og ledere fra kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det er særlig gjennom disse vi har møtt den teknologireducerende diskursen, og som gjennom sine ulike måter å reagere på denne har bidratt til å skape vår interesse for effekter av den teknologireducerende diskursen om velferdsteknologi.

METODE OG TEORI: DISKURSANALYSE AV HELSEPOLITISKE DOKUMENTER

Teoretisk tar vi utgangspunkt i Foucault sin forståelse av samfunnsutvikling som en sosial konstruksjon, og der diskurser – våre språklige praksiser – ikke bare skapes av, men også bidrar til å skape samfunnet. For å belyse hvordan velferdsteknologi italesettes og får mening i helsesektoren, har vi studert helsepolitiske dis-

kurser i styringsdokumenter. Vi har kartlagt og analysert norske helsepolitiske dokumenter knyttet til velferdsteknologi i perioden 2010–2016. Følgende dokumenter er analysert: «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (HOD, 2008-2009); Stortingsmeldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St. 29 (2012–2013); Helse og omsorgsdepartement, 2010 (Meld. St. 16)); Hagen-utvalgets rapport «Innovasjon i omsorg» (NOU, 2011: 11); og Helse-direktoratet sin «Fagrappport om velferdsteknologi» (Helsedirektoratet, 2012).

Begge forfatterne har som nevnt bred erfaring fra forsknings- og utviklingsprosjekter knyttet til innføring og bruk av velferdsteknologi i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Henvisninger til holdninger blant og uttalelser fra helsepersonell er ikke knyttet til et bestemt forskningsprosjekt, men hentet fra ulike velferdsteknologiprojekter i ulike deler av landet, og fra forskernes erfaringer, observasjoner og formelle og uformelle intervjuer og samtaler gjort i møter med ansatte i kommuner som står midt i prosesser med å implementere velferdsteknologi. Eksempelene som brukes som illustrasjoner i essayet, er hentet fra forsknings- og utviklingsprosjekter i Sogn og Fjordane og i Troms fylke, og brukes for å illustrere holdninger blant helsepersonell som skal ta i bruk velferdsteknologi.

OM DISKURSER OG SANNHETSREGIMER

Hva ønsker vi å problematisere eller fange ved å snakke om velferdsteknologi i lys av diskurser og sannhetsregimer? Diskurs et sentralt begrep i Foucault sitt arbeid med å undersøke hvordan visse utsagn oppnår status som meningsfulle og sanne i en bestemt historisk periode (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 21). Foucault er opptatt av å undersøke et «fenomen som en diskursiv praksis. Fokus rettes mot de handlingsbetingelser som gjør praksisen mulig, mot praksisen selv, og mot de effektene den har» (Neumann, 2001, s. 154). Målet vårt med å studere diskurser om velferdsteknologi er å vise hvordan visse måter å italesette velferdsteknologi på blir betraktet som forståelig og relevant, mens andre meninger blir ekskludert eller formet som irrelevante (Corneliussen, 2003, s. 64). Den språklige meningskonstruksjonen rundt velferdsteknologi kan forståes som immateriell kapital som omsettes blant politikere, beslutningstakere, helsepersonell og i samfunnet for øvrig. Å studere diskurser er med andre ord å studere sosiale praksiser som bidrar til å forme virkeligheten vår. Ettersom sannhet ikke kan antas å være en underliggende essens som kan «avkles», men en sosial konstruksjon som har oppnådd tilstrekkelig aksept, vil forskerens oppgave være å undersøke hvordan en sannhet er konstruert og hvilke effekter den har.

Laclau og Mouffe utdyper hvordan meningskonstruksjon i diskurser skjer rundt «tomme betegner» (1985, s. 112). En tom betegnelse har ikke en ferdig definert mening, men får sitt innhold gjennom mening som diskursen har tatt opp, og kan også være gjenstand for konkurrerende diskurser. Eksempel på en tom betegnelse er kjønn, som kan være gjenstand for ganske ulike meningskonstruksjoner. En biologisk diskurs kan vektlegge menns og kvinners fysiske *forskjell*, mens en feministisk politisk diskurs krever menns og kvinners *likhet* når det gjelder politiske eller økonomiske rettigheter. «Velferdsteknologi» kan også forstås som en «tom betegnelse» – som et begrep som ikke har eget innhold før det får mening gjennom den diskursive konteksten den plasseres i.

En diskurs oppnår en koherent mening, ifølge Laclau og Mouffe, ved at den meningen som blir tatt opp, tilpasses diskursen, mens alternative meninger utelates (Laclau & Mouffe, 1985, s. 112). Denne «indre homogeniseringen» har den effekten at en diskurs fremstår som koherent, og får et preg av å være objektiv og fastlåst, eller «sann». Eller som Winther Jørgensen og Phillips beskriver det: «Objektivitet er aflejret magt, hvor magtsporene er blevet udvisket, hvor man altså har glemt, at omverden er politisk konstruert» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 49). Parallelt med den indre koherensen skapes et stort felt av mening – «det diskursive felt» – som er ekskludert fra diskursen (Laclau & Mouffe, 1985, s. 111). En diskurs om jenter og IKT vil for eksempel lett kunne inkludere aktiviteter som blogging og chatting, mens den ikke uten videre vil inkludere begreper som «hacker» eller «hardcore gamer». Det er viktig å understreke at det *ikke betyr* at ikke jenter også kan fremstå som både hacker og hardcore gamer, men den dominerende diskursen tilbyr ikke kombinasjonen «jente» og «hacker» som en tatt-for-gitt meningskonstruksjon – den må i så fall forhandles om. Den ekskluderte meningen i «det diskursive felt» utfordrer de etablerte diskursene med alternativ mening, og diskurser er således alltid i bevegelse og under forhandling om nye forståelser.

Noen diskurser får stor utbredelse og blir dominerende. Foucault refererer til sannhetsregimer og forklarer hvordan «sannhet» i vestlige samfunn har bestemte karakteristikk. «Sannhet» støtter seg på vitenskapelige diskurser og institusjoner, knytter seg til økonomiske og politiske insitament, og er gjenstand for bred spredning gjennom dominerende politiske og økonomiske organisasjoner, men også for debatt og forhandling (Foucault, 1980, s. 131–132). Når en diskurs oppnår en bred grad av aksept, fremstår den som «sann», og «sannhetsregimer» opprettholdes eller reproduseres ved at den aksepterte «sannheten» repeteres og blir autorisert av personer og institusjoner med sentrale posisjoner (ibid.). Sannhetsregimer kan ses i lys av Fjordantologiens tema «immateriell kapital», som noe som forvaltes og omsettes i helsesektoren. Men ulike diskurser er også i konkurranse

med hverandre, og vi vil, ved å dekonstruere diskurser om velferdsteknologi, vise hvordan diskurser om helse, politikk og teknologi, men også kjønn og arbeidsliv, blandes inn i kampen om å gi velferdsteknologi mening.

«VELFERDSTEKNOLOGI» I POLITISKE DOKUMENTER

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.» Slik har ofte Kåre Hagen, leder for utvalget for «Innovasjon i omsorg», blitt sitert. Sentrale stikkord er 1) «omsorgskrise», som forventes å komme som en følge av et økende antall pleietrengende, parallelt med økende mangel på tilstrekkelig ansatte i helsesektoren, og 2) innovasjon – å gjøre ting annerledes, å fornye. Den fremtidige, forventede omsorgskrisen har fått uttrykk i politiske dokumenter og politiske føringer, og i disse har velferdsteknologi blitt fremmet som et av verktøyene som skal motvirke krisetilstander.

«Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (HOD, 2008–2009) er et av de første politiske dokumentene som gir føringer for velferdsteknologi. Et viktig mål for Samhandlingsreformen er at flere skal kunne bo lenger i eget hjem. De siste årenes spredning av velferdsteknologiske løsninger handler nettopp om at flere skal kunne bo lenger i eget hjem, ved hjelp av teknologi som varsler og trygger, som for eksempel alarmer og sensorer.

Bruk av teknologi for at flere skal kunne bo lenger hjemme, med økt trygghet for både brukere og pårørende, økt verdighet, sammen med mulighet for at teknologi også kan frigjøre tid for helsepersonell, går igjen i flere stortingsmeldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St. 29 (2012–2013); Helse og omsorgsdepartementet, 2010 (Meld. St. 16)). Det var særlig Hagen-utvalgets rapport «Innovasjon i omsorg» (NOU, 2011: 11) som ble retningsgivende for helsemyndighetenes arbeid med velferdsteknologi, og som ble fulgt opp og utdypet i Helsedirektoratet sin «Fagrappport om velferdsteknologi» (Helsedirektoratet, 2012).

Når vi bruker begrepet «velferdsteknologi» er det altså direkte relatert til hvordan dette har vokst frem som en mye brukt «sekkebetegnelse» for ulike typer av teknologi i Norge, og det er denne betegnelsen som i stor grad var i bruk i styringsdokumenter i perioden 2011–2016.

Hva ligger i denne sekkebetegnelsen? Hagen-utvalget baserer seg på en definisjon, som med støtte i en rapport fra KS og NHO (KS & NHO, 2009) og AALIANCE-prosjektet (*Ambient Assisted Living Innovation Alliance*) gir en ambisiøs beskrivelse av velferdsteknologi:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (NOU, 2011: 11, s. 99)

Velferdsteknologi fremstår i denne definisjonen med løfter om å gi både bruker og pårørende støtte, å bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet, og å gjøre behovet for tjenester og institusjonsbruk mindre. Dette bidrar til det som Fredskilde, med referanse til situasjonen i Danmark, kaller en politisk samfunnsdiskurs rundt velferdsteknologi (2013).

Begrepet «velferdsteknologi» kan omfatte mange ulike teknologier, fra enkle teknologiske løsninger som vi kan kjøpe på egen hånd, som automatisk regulering av lys og varme, til store kompliserte systemer for varsling i institusjoner eller omsorgsboliger. Hagen-utvalget foreslår å dele velferdsteknologi inn etter bruksområder som illustrerer bredden som fanges i begrepet, fra trygghets- og sikkerhetsteknologi til kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (NOU, 2011: 11, s. 100).

For kommunenes pleie- og omsorgstjeneste handler velferdsteknologi om teknologi som brukes i private hjem eller i omsorgsboliger og i institusjoner. For noen løsninger er det brukeren (pasienten) som selv betjener teknologien, som for eksempel en vanlig trygghetsalarm, mens annen teknologi fungerer som respons på hendelser uten brukerens aktive medvirkning, som fallalarm eller sporing med GPS. Så lenge teknologien er en del av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, er det helsepersonell som initierer eller i sin helhet håndterer teknologien, og det er disse tilfellene vi konsentrerer oss om her.

TEKNOLOGIEN SOM IKKE FIKK VÆRE TEKNOLOGI

Det teknologireduserende sitatet vi innledet med og måten vi gjentatte ganger møtte dette i praksisfeltet, var det som trigget vår interesse for diskurser om velferdsteknologi. I rapporten «Innovasjon i omsorg» blir kapitlet om «Ny teknologistøtte» i helsevesenet innledet med en meningsbærende konstruksjon i form av et sitat av Dorthe Kusk: «Ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare cirka 20 prosent av de endringene som blir satt i verk. Det meste dreier seg om arbeidsformer og organisering» (Dorthe Kusk 2010, sitert i NOU, 2011: 11,

s. 98). Hagen-utvalget repeterer denne forståelsen av teknologi senere i rapporten: «Flere av de som arbeider på dette feltet sier, at utfordringene handler 20 % om teknologi og 80 % om organisasjon» (NOU, 2011: 11, s. 99).

Den meningsbærende konstruksjonen om at velferdsteknologi nesten ikke er teknologi, blir ført videre i den påfølgende «Fagrapport om implementering av velferdsteknologi» fra Helsedirektoratet, som allerede på forsiden fastslår at «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker». I rapporten understrekes det at «vellykket implementering av velferdsteknologi avhenger 20% av teknologien og 80% av organisering» (Helsedirektoratet, 2012, s. 35). Den samme meningskonstruksjonen finner vi igjen i kapitlet om velferdsteknologi i stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg», som åpner med sitatet «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker» (Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St. 29 (2012–2013), s. 109).

De to konstruksjonene, 1) «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker» og 2) velferdsteknologi handler 20 % om teknologi og 80 % om organisering, blir ikke bare repetert i de politiske dokumentene, men også hyppig sitert og parafrasert på konferanser og seminarer rettet mot kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, både av representanter for helsemyndighetene, det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, fra KS og fra enkeltkommuner. Et søk på Google etter formuleringen «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi» gir flere hundre eksakte treff. Vi har sågar repetert det selv!

Meningskonstruksjonene er sendt ut gjennom et hierarkisk nettverk for helse-sektoren, der den har funnet stor grad av vellykket «oversettelse» og spredning i nettverket gjennom aktører som aksepterer påstanden tilstrekkelig til å repetere den. Sannhetsregimet «velferdsteknologi handler ikke om teknologi», kan ses som immateriell kapital og en maktfaktor som distribueres eller selges til aktørene i sektoren, altså til dem som skal bruke velferdsteknologi.

DISKURSIVE FORHANDLINGER OG KONKURRERENDE DISKURSER

Den teknologireduserende diskursen anerkjenner velferdsteknologi som et konglomerat som ikke, eller ikke bare, omfatter det teknologiske apparatet, men også mennesker, praksiser, rutiner, kunnskap, etikk, lover osv. En alarm som varsler om uønskede hendelser, som f.eks. fall, dører som åpnes eller lukkes, eller pleietrengende som forlater sengen sin, er teknisk sett bare et signal som sendes. Men for at signalet skal bli mer enn en elektrisk eller digital impuls, må den settes inn i en sammenheng som omfatter en pleietrengende som har behov for alarm, et motkassystem for signalet fra alarmer, ansatte eller familie som håndterer alarmsig-

nalet osv. Velferdsteknologi kan altså forstås som en mangefasettert teknologi som involverer både menneskelige og ikke-menneskelige aktører, slik dominerende perspektiver fra samfunnsvitenskapelig teknologiforskning, Science, Technology and Society (STS), vil hevde. En retning innen denne forskningstradisjonen, Aktør-nettverksteori (ANT), sidestiller menneskelige og ikke-menneskelige aktører, og understreker betydningen av å inkludere begge og studere sammenvevningen av aktørene i nettverket (Latour, 1992, 2005).

Den helsepolitiske konstruksjonen som understreker at velferdsteknologi handler både om mennesker og teknologi, kunne hatt opphav og vært begrunnet i en slik forståelse. I lys av teorier fra STS-feltet kan velferdsteknologi betraktes som et heterogent nettverk av menneskelige og ikke-menneskelige aktører som samhandler. Å snakke om velferdsteknologi kun i et snevert teknisk perspektiv, uten hensyn til brukere, pårørende og ansatte, eller omvendt, å betrakte velferdsteknologi kun som sosial prosess, er ikke mulig.

En diskursteori etisk tilnærming gir et annet inntak til fenomenet, og er godt egnet til å belyse effekter av spesifikke politiske konstruksjoner. Når helsemyndighetenes teknologireduserende konstruksjoner repeteres ofte og kontekstløst, har de nemlig effekter. En effekt kan være at diskursene tas bokstavelig, som en sannhet om at «velferdsteknologi ikke handler om teknologi». Mulige teknologiske utfordringer for helsepersonell eller andre brukere av teknologien blir dermed usynliggjort. Våre erfaringer fra forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til innføring av velferdsteknologi i kommunal pleie- og omsorgstjeneste viser imidlertid at det slett ikke alltid er like åpenbart at velferdsteknologi ikke handler om teknologi.

I et diskursteoretisk språk kan vi se at helsemyndighetenes teknologireduserende beskrivelse er avhengig nettopp av en «indre homogenisering», hvorigjennom «upassende» mening – i dette tilfellet det å handle om teknologi – ekskluderes til det diskursive felt. Ulike tolkninger og konkurrerende diskurser om velferdsteknologi er imidlertid også et internasjonalt fenomen. I en analyse av dokumenter relatert til begreper som «telehealth» og «telecare» fra Europa, USA og Australia, peker Greenhalgh et al. (2012) på flere diskurser som bidrar til meningskonstruksjon. De trekker frem en modernistisk diskurs som presenterer «en futuristisk utopisk visjon» om at velferdsteknologi i fremtiden vil gjøre samfunnet i stand til å oppfylle sine moralske forpliktelser til å ta vare på den eldre befolkningen, samtidig som det vil sikre økonomisk effektivitet. En humanistisk diskurs blander seg inn og vektlegger individets «uniqueness and moral worth». I et slikt perspektiv kan teknologi både ha positive og negative virkninger, understreker Greenhalgh et al., idet den kan både løse og skape problemer. En politisk-økonomisk diskurs bringer inn frykt for kommersialisering og lekkasje av offent-

lige midler til private virksomheter, mens en «change management» diskurs peker på utfordringer med å styre organisasjonsmessige prosesser i store teknologiprogram (Greenhalgh et al., 2012, s. 1).

Også i Norge konkurrerer diskurser om å definere velferdsteknologi, og fremtidsvisjoner om velferdsteknologisk støtte for omsorgsoppgaver er tydelige også i den norske diskursen. Vi finner en humanistisk diskurs som viser til kvalitet, trygghet, privatliv osv. for mottaker, med særlig vekt på å kunne «mestre eget liv» og «bo lenger hjemme» (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). Det er tilsynelatende innenfor denne diskursen, og med et menneskeperspektiv på teknologien, at Nils Peter Nissen har uttalt at «velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker».

Vi finner imidlertid også endring i diskursene, med en innledende reservasjon fra Hagen-utvalget, som først demper forventningene: «Velferdsteknologien vil ikke skape revolusjon i omsorgstjenestene» (NOU, 2011: 11, s. 98), og: «Teknologi skal ikke erstatte menneskene som arbeider innenfor helse- og sosialsektoren, men snarere betraktes som nødvendig støtte og supplement dersom sektoren skal klare å opprettholde kvaliteten på tjenestene» (NOU 2011: 11, s. 115). Fire år senere synes den økonomiske diskursen å ha fått et forsprang i Helsedirektoratets anbefalinger omkring velferdsteknologi: «Teknologi må erstatte hele eller deler av tjenesten slik at gevinster faktisk kan tas ut» (Melting & Frantzen, 2015, s. 5). Disse diskursive forhandlingene illustrerer hvordan teknologiens betydning hele tiden er i spill, som en positiv utvei for fremtidige utfordringer, som en bedring i livskvalitet for brukere, eller som en trussel mot det menneskelige i helsevesenet. En politisk-økonomisk diskurs tilsvarende den Greenhalgh et al. finner, med frykt for kommersialisering, har ikke (ennå) vært særlig aktiv i det norske diskursive landskapet. En innovasjonsdiskurs med fokus på endring i organisasjon og organisering av pleie- og omsorgstjenester har imidlertid vært sterk i Norge, reflektert i blant annet de teknologireduserende meningskonstruksjonene.

Danmark har hatt en utvikling i helsesektoren som ligner vår samhandlingsreform, og som «medfører, at behovet for et velfungerende 'nært sundhedsvæsen' stiger» (Fredskild, 2013, s. 104). Også i Danmark har velferdsteknologi inngått som en del av løsningen på de demografiske endringene, og målet er at «velferdsteknologien skal erstatte eksisterende tilbud og ikke supplere og dermed blive omkostningsforøgende» (Fredskild, 2013, s. 105, med referanse til Bendix et al., 2012). Fredskild har analysert diskurser om velferdsteknologi i Danmark, og hun mener det er tre diskurser som dominerer: en politisk-samfunnsmessig diskurs, en teknologidiskurs og en helsefaglig diskurs. Den politiske diskursen, som fremmes av den danske regjeringen, tar utgangspunkt i samfunnsbehov (demografiske endringer), og finner samtidig god dokumentasjon på at velferdsteknologi gir økt

trygghet og fleksibilitet for flere pasienter (Fredskild, 2013, s. 114). Tilsvarende resultater blir det også vist til i Norge fra det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet i regi av Helsedirektoratet (Melting & Frantzen, 2015).

Den helsefaglige diskursen i Danmark fokuserer på at «manglende varme hender» sammen med økt effektivisering truer med å sette til side omsorg for og relasjoner til pasientene. Helsefaglige representanter uttrykker således etiske bekymringer i møte med velferdsteknologi (Fredskild, 2013, s. 114). Den teknologiske diskursen illustrerer hvordan teknologien gir pasienter fordeler, som større frihet til å klare seg selv. Den teknologiske diskursen er imidlertid underordnet den politiske, idet velferdsteknologien «italesettes ... sammen med et begrepsnettverk fra en politisk diskurs, der henviser til omkostningseffektivitet og samfundsmæssige gevinster» (Fredskild, 2013, s. 117). De samme tendensene synes å tre frem i Norge, idet velferdsteknologi fra myndighetenes side italesettes gjennom «gevinstrealisering» som en sentral forståelsesramme (Melting, 2017; Melting & Frantzen, 2015).

Fredskild ser det som en utfordring i Danmark at den politiske og den teknologiske diskursen støtter hverandre og fortrenger den helsefaglige diskursen (2013, s. 116–117). Samtidig håper hun at den politiske, den teknologiske og den helsefaglige diskursen med tiden vil «forme sig som en fælles diskurs, der understøtter de sundhedsfagliges faglighed – herunder omsorgen, relationen og etikken» i en ny «sundhedsteknologisk diskurs» (Fredskild, 2013, s. 120). Betydningen av en slik «helseteknologisk diskurs» er at den vil måtte involvere ulike faglige perspektiver som helsefaglige profesjoner vil måtte forholde seg til når teknologi også er en del av omsorgslandskapet.

HELSE VERSUS TEKNOLOGI

En vesentlig utfordring med implementering av teknologi i kommunale helse- og omsorgstjenestene er, som vist, at det ikke på forhånd finnes et åpenbart diskursivt rom for teknologi i helsediskursen. Ulike studier har vist ulike holdninger blant helsepersonell med hensyn til å ta i bruk ny teknologi i pleie- og omsorgstjenestene. En dansk studie viser at helsepersonell klarer den *praktiske* håndteringen av ny teknologi greit, mens helseprofesjonens kjernebegrep «omsorg, relasjoner og etik, får en ny betydning» når velferdsteknologi introduseres (Accenture, 2010, referert i Fredskild, 2013, s. 108). Hvordan ny teknologi kan utfordre selve kjernen i helsefaglig behandling, diskuteres også av Dyb og Andreassen i en norsk kontekst (2014). De belyser hvordan innføring av ny teknologi (telemedisin) trigger diskusjoner om hva som er riktig behandling, og viser at helsepersonell

beskrev det som feil at IT og IT-ansatte har fått den posisjonen de har i helsesektoren. Også internasjonalt har forskere vært opptatt av forholdet mellom teknologi og helsefaglig arbeid. Carl May et al. (2001), Roberts et al. (2012) og Nicolini (2007) belyser alle hvordan helsefaglig arbeid endres ved innføring av ny teknologi. I en studie fra Tyskland har Saborowski og Kollak funnet at mangel på kompetanse og opplæring i bruk av teknologi utgjør en stor utfordring for helsepersonell (2015). Det er tydelig i disse studiene, med flere, at innføring av ny teknologi i helsefaglig arbeid skaper behov for nye former for kompetanse hos de ansatte (Fredskild, 2013), og at det særlig er arbeidet til de helsefaglige ansatte som er i direkte daglig kontakt med brukere som endres ved innføring av ny teknologi.

Noe av det som gjør velferdsteknologi til gjenstand for diskursive forhandlinger, er at den i seg selv representerer en overgripende konstruksjon, mellom «velferd» – eller pleie- og omsorgsarbeid på den ene siden og teknologi på den andre. Begge felt har bestemte historiske og kontekstuelle forhold og forutsetninger. Vi så at i Danmark problematiserer Fredskild forholdet mellom den helsefaglige «kjerne» og teknologi, og de ulike verdigrunnlagene disse syntes å bringe med seg. Men det er ikke bare verdigrunnlaget som er ulikt. Også kompetansebehovet er forskjellig i feltene teknologi og helse. De to feltene synes på mange måter å fremstå som motsetninger, og de kan lett illustreres som nettopp det:

TABELL 9.1

<p>Helse: Levende mennesker «Varme hender» Omsorgsrasjonalitet</p>	<p>Teknologi: Døde objekter «Kald teknologi» Teknologisk rasjonalitet</p>
--	---

Til disse begrepsparene kan vi vise tilsvarende dualistiske forståelser som kommer frem både i forskningslitteraturen og i våre egne empiriske studier: sosial kontakt versus isolasjon og ensomhet, livskvalitet versus teknologisk effektivisering. Felles for helse–teknologi dualismen er at «helse» omfavner en humanistisk diskurs som ikke synes å inngå i den teknologiske siden av dualismen, og omvendt. Studier har vist til at det ofte i teknologiutdanning og -yrker oppfattes et skille mellom det sosiale og menneskelige på den ene siden, og det teknologiske på den andre. Datahackerne som Steven Levy intervjuet på 1970-tallet, understreket at de foretrakk å jobbe med teknologi fremfor mennesker, fordi teknologien var forutsigbar, i motsetning til mennesker (Levy, 1984). Analyser av dualismen sosial–teknisk innen IT-utdanning og -yrker viser at, på tross av forsøk på å fremme kommunikative aspekt, blir de tekniske aspektene verdsatt faglig, mens kommunikasjon ikke blir tillagt den samme faglig verdien (Lagesen & Sørensen, 2009).

I vårt eget arbeid omkring implementering av velferdsteknologi i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste har vi møtt de ansattes frustrasjon over å ikke ha den «rette» kompetansen i møtet med velferdsteknologi. Vi har møtt tjenesteledere som beskriver at de må tilegne seg IKT-kunnskap som de «ikke egentlig burde ha», og beskrivelser av ansatte som er skeptiske til ny teknologi. Og mangel på teknologisk kompetanse blant helsepersonell forsinker prosessen med å ta i bruk ny teknologi: «Det å stå og fomle med noe teknisk som vi ikke får til, er vanskelig – da gjør vi det heller på gamle måten» (Corneliussen et al., 2016).

For en yrkesgruppe som ikke har trening i å bruke teknologi, kan enkle teknologiske operasjoner, som å sette riktig ledning i et apparat, oppleves som en utfordring, som noe som faller utenfor selve jobben som helsearbeider. Vi mener fortsatt ikke at velferdsteknologi *bare* handler om teknologi, men det handler heller ikke *bare om mennesker*. Det politiske sannhetsregimet som hevder at velferdsteknologi ikke, eller bare i begrenset grad, handler om teknologi, bidrar til å usynliggjøre det behovet for teknologisk kunnskap som faktisk oppstår når teknologi skal tas i bruk.

HELSE, TEKNOLOGI OG KJØNN

Et perspektiv som er aktuelt, men som ikke har fått fotfeste i diskusjonen om implementering av velferdsteknologi i norsk helsesektor, er kjønn. I hele den vestlige verden, også i Norge, finner vi en lav kvinneandel i teknologiske utdannelser og yrker. Mange studier av kjønnskjævheten innen teknologifeltet understreker nettopp hvordan kjønnsforskjell italesettes gjennom at kvinner assosieres med «menneskekunnskap», mens menn assosieres med teknologisk kunnskap (Corneliussen, 2011; Lagesen, 2005). Parallelt finner vi i Norge et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene i forhold til land vi kan sammenligne oss med, ifølge rapporten «Kjønn og lønn» (NOU, 2008: 6, s. 40). Mer enn tre av fire ansatte i helsesektoren i Norge er kvinner (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, Meld. St. nr. 6 (2010–2011)). Når et felt er sterkt dominert av enten kvinner eller menn, blir det også ofte assosiert med kjønn (Lagesen, 2007). Mens den sterke forbindelsen mellom maskulinitet og teknologi har blitt behandlet som en «akademisk sannhet», ifølge Grint og Gill (1995), blir selve kjerneverdiene i helsesektoren assosiert med kvinner: omsorg og menneskelige relasjoner (Dyb, 2011; Fjell, 1998; Fredskild, 2013). Helse og teknologi krever altså ulike kompetanser, og disse ulike kompetansene er også assosiert med kjønn. I våre studier har vi gjentatte ganger møtt meningskonstruksjoner som viser nettopp til kjønn som forskjellsskapende når ny teknologi skal tas i bruk, som for eksempel «damesyndromet», som

en frykt for det som kan gå galt med teknologi (Corneliussen et al., 2016). Vi vil understreke at vi også forstår kjønn som en diskursiv konstruksjon som fungerer både på et symbolsk, et strukturelt og praktisk nivå (Scott, 1988). Kjønn må således betraktes som noe vi «gjør», mer enn noe vi «har» eller «er» (West & Zimmerman, 1987). Butler forklarer kjønn som noe som vi «fremfører», ved å repetere og tilpasse oss diskursive forventninger. «Damesyndromet» fungerer som en slik forventning og som en antakelse om hvordan voksne kvinner ofte forholder seg til teknologi. Slike kjønne meningskonstruksjoner får ofte essensialiserende effekter og forklarende kraft som om de er «sanne» beskrivelser av en sosial kategori. På den måten blir også diskursive konstruksjoner, som for eksempel «damesyndromet», diskursivt tilgjengelig og klar til bruk. Den diskursive effekten er at det har blitt en naturlig forklaring som lett aksepteres.

Velferdsteknologi er altså ikke bare en kombinasjon av to ulike fagfelt, men også av to ulikt kjønnede fagfelt. Det er interessant at en lignende «teknologi-reduserende» konstruksjon som den helsemyndighetene bruker om velferdsteknologi, også har blitt bruk for å rekruttere kvinner til et sterkt mannsdominerte teknologifelt. I «Damer og data-kampanjen» ved NTNU ble jenter invitert til å søke på datastudiet med teksten: «Datastudiet handler ikke om teknologi, men om mennesker» (Lagesen, 2003). Målet var å åpne et diskursivt rom for kvinner som ikke assosierte seg med datateknologi. Kampanjen var tilsynelatende vellykket og klarte å rekruttere flere kvinnelige studenter. Men den ble også kritisert for denne meningskonstruksjonen, og noen av de rekrutterte kvinnene uttrykte skuffelse over at datastudiet likevel handlet om teknologi (ibid.). Det er kanskje ikke tilfeldig at nettopp en «teknologireducerende» meningskonstruksjon har blitt repetert og oppnådd stor utbredelse i omtale av velferdsteknologi, idet den føyer seg fint inn i et diskursivt landskap der kvinner/omsorg og teknologi i hovedsak fremstår som inkompatible størrelser.

MED FOKUS PÅ DISKURS

I det vitenskapelige essayet har vi vist hvordan sentrale politiske styringsdokumenter knyttet til velferdsteknologi, bidrar til å etablere en dominerende diskurs som konstruerer en bestemt mening eller sannhet om at velferdsteknologi ikke handler om teknologi, men om mennesker. Vi har også vist at selv om en slik teknologi-reduserende diskurs dominerer, eksisterer den side om side og i konkurranse med andre diskurser om velferdsteknologi. Vårt mål har vært gjennom et perspektiv på diskurser å synliggjøre at denne fortellingen er en av flere måter å forstå velferdsteknologi på. Som andre teoretiske retninger har også Foucault sin

diskursanalyse både svakheter og kritikere. Hekman viser hvordan mange post-modernister, i kritikk av modernismen, gir forrang til diskurser (Hekman, 2010, s. 101). Hekman mener imidlertid at det er mulig å forstå Foucault slik at han ikke privilegerer diskurs over den materielle virkeligheten. Likevel har Foucaults teorier ofte fungert som inspirasjon for studier med fokus på diskurs alene. Boge et al. har analysert bruk av Foucault i studier fra helsesektoren, og kritiserer Foucault sitt perspektiv for å ikke vektlegge hva folk gjør (Boge et al., 2016). Vår studie stopper også ved en analyse av hva folk *sier* i samfunnsdiskursen. Således anbefaler vi at neste trinn i analysen er å se nærmere på hva folk faktisk gjør når de utformer hverdagspraksiser i spennet mellom samfunnsdiskurser og autoritetsregimer på den ene siden og de nære omgivelsenes betingelser på den andre.

KONKLUSJON: TO SFÆRER

Saborowski og Kollak viser til to sfærer for velferdsteknologi i sin studie fra Tyskland: «One with ideal assistive technology and the other with rather simple devices used by care professionals and the elderly» (2015, s. 137). Vi kjenner igjen fenomenet og hvordan fantastisk robot- eller VR-teknologi gjerne presenteres i fremste rekke på konferanser, mens teknologien som håndteres i pleie- og omsorgstjenestene, ofte ikke er mer spennende enn en ringesnor og en sengematte med sensor.

Ved hjelp av Foucaults begreper om diskurs, meningskonstruksjoner og sannhetsregimer har vi imidlertid vist at mens politiske myndigheter forfekter en holdning om at velferdsteknologi ikke handler om teknologi, kan helsepersonell oppleve teknologien som en utfordring. Dermed kan vi kanskje snakke om nok et tilfelle av parallelle sfærer for velferdsteknologi i Norge: en sfære som knytter seg til Helsedirektoratets sannhetsregime, der velferdsteknologi handler om mennesker og organisasjon. Parallelt finnes en sfære som kommunenes pleie- og omsorgstjenester virker i. I helsefagarbeiderens sfære kan velferdsteknologi forstås som komplisert og involvere en ny type kunnskap, og mangel på teknologisk kompetanse skaper frustrasjon. Med andre ord, vi finner en sfære der teknologi også handler om teknologi.

Vi har hevdet at diskurser konstituerer virkeligheten. Når det gjelder velferdsteknologi, har dette blitt påfallende synlig for oss gjennom kontakt med praksismiljøene i kommunene. Velferdsteknologi har fått et innhold som i første omgang har vært formet av politiske diskurser. Ettersom mange kommuner fortsatt er i «startgropen» for implementering av velferdsteknologi, har *diskurser om velferdsteknologi* hatt forsprang på praktiske erfaringer og kunnskap om velferdsteknologi i kommunene. På møter med ansatte i ulike kommuner har vi hørt uttalelser

som «Husk at velferdsteknologi ikke handler om teknologi – men om mennesker» en rekke ganger. Men vi har også hørt det motsatte. Meningskonstruksjonen «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi» har kanskje positive effekter i noen kommuner. Samtidig ser vi at en teknologireducerende diskurs kan ha uheldige effekter i norsk helsevesen, fordi diskursen ikke bidrar til å forberede verken helsepersonell eller ledere i helsesektoren på å håndtere teknologiske spørsmål og utfordringer når velferdsteknologi skal innføres. For oss ble dette ekstra synlig i møte med små kommuner, ofte uten egen IT-avdeling.

Vi ser også i Norge et behov for en helseteknologisk diskurs som anerkjenner både helsefaglige- og teknologiske hensyn, og som anerkjenner behovet for teknologikompetanse i arbeidet med velferdsteknologi, både på politisk og på helsefaglig plan. Samtidig ser vi behov for mer forskning omkring hvordan helse, teknologi, kompetanse, arbeidskulturer og kjønn, sammen med flere aspekter, samspiller inn i arbeid med innføring og bruk av velferdsteknologi. Vi berømmer helsemyndighetene sin innsats i å ufarliggjøre og menneskeliggjøre velferdsteknologi. Samtidig vil vi advare mot å ikke la velferdsteknologi også få lov til å være teknologi.

MERKNADER

Artikkelen er basert på et forskningsprosjekt finansiert av fornyingsmidler fra Fylkesmannen i Sogn og Fjordane og av Helse-Nord RHF.

Forfatterne har ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Accenture, (2010). Kompetenceundersøgelse for velfærdsteknologier i Region Syddanmark. (<http://bit.ly/2lpyVcp>).
- Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (Meld. St. nr. 6 (2010–2011)). *Likestilling for likelønn*.
- Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen, P., & Pedersen, K.M. (2012). *Hospitalsledelse: Organisatorisk fenomen og faglig disiplin*. København: Gyldendal.
- Boge, J., Storum, H., Sundal, H., Callewaert, S., & Petersen, K.A. (2016). Muligheter og begrensninger ved analyser av sykepleiepraktikker i et Foucault-perspektiv. *Klinisk Sygepleje*, 43(01), 31–44.
- Corneliussen, H. (2003). *Diskursens makt – individets frihet. Kjønnede posisjoner i diskursen om data*. Doktoravhandling. Seksjon for humanistisk informatikk, Universitetet i Bergen.
- Corneliussen, H.G. (2011). *Gender-Technology Relations: Exploring Stability and Change*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Corneliusen, H.G., Strandos, M., & Hove, M.H. (2016). Evaluering av pilotar i prosjektet velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane: eit prosjekt for å etablere lokal erfaring med velferdsteknologi. VF-rapport 8–2016.
- Dyb, K. (2011). IKT-forbindelser i helsesektoren, Sammenvevinger av IKT, steder, yrker, kjønn og politikk.
- Dyb, K., & Andreassen, H.K. (2014). Telemedisin: Et maktperspektiv. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* (21), 37–55.
- Fjell, T.I. (1998). *Fødselens gjøfødelse: Fra teknologi til natur på fødearenaen*: Høyskoleforlaget.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977*: Pantheon.
- Fredskild, T.U. (2013). Diskurser om velfærdsteknologi. I T.U. Fredskild (red.), *Velfærdsteknologi i sundhedsvæset*: Gad.
- Greenhalgh, T., Procter, R., Wherton, J., Sugarhood, P., & Shaw, S. (2012). The organising vision for telehealth and telecare: discourse analysis. *BMJ open*, 2(4).
- Grint, K., & Gill, R. (1995). The Gender-Technology Relation: Contemporary Theory and Research. In K. Grint & R. Gill (Eds.), *The Gender-Technology Relation* (1–28). London: Taylor & Francis.
- Hekman, S. (2010). *The Material of Knowledge. Feminist Disclosures*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 29 (2012–2013)). Morgendagens omsorg.
- Helse og omsorgsdepartement (2010 (Meld. St. 16)). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).
- Helsedirektoratet (2012). Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030.
- HOD (2008–2009). Helse- og omsorgsdepartementet (2008–2009) St.meld. nr. 47: Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- KS, & NHO (2009). ARTE – arbeidskraft og teknologi. Rapport fra forprosjekt.
- Laclau, E., & Mouffe, C. (1985). *Hegemony & socialist strategy. Towards a radical democratic politics*. London: Verso.
- Lagesen, V.A. (2003). Advertising computer science to women (or was it the other way around?). In M. Lie (Ed.), *He, She and IT Revisited. New Perspectives on Gender in the Information Society* (69–102). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lagesen, V.A. (2005). Fra firkanter til rundinger? Produksjon av feministisk teknologipolitikk i en kampanje for å rekruttere jenter til datastudier. *Kvinneforskning*, 29(1), 35–56.
- Lagesen, V.A. (2007). The Strength of Numbers: Strategies to Include Women into Computer Science. *Social Studies of Science*, 37(1), 67–92.
- Lagesen, V.A., & Sørensen, K.H. (2009). Walking the line? The enactment of the social/technical binary in software engineering. *Engineering Studies*, 1(2), 129–149.
- Latour, B. (1992). Where are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts. In W. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping technology/building society. Studies in sociotechnical change* (225–258). Cambridge, Mass.: MIT Press.

- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*: Oxford University Press.
- Levy, S. (1984). *Hackers: heroes of the computer revolution*. New York: Bantam Doubleday Dell Publ. Group.
- May, C., Gask, L., Atkinson, T., Ellis, N., Mair, F., & Esmail, A. (2001). Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social science & medicine*, 52(12), 1889–1901.
- Melting, J.B. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*: Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Helsedirektoratet.
- Melting, J.B., & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*: Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Helsedirektoratet.
- Neumann, I.B. (2001). *Mening, materialitet, makt. En innføring i diskursanalyse*: Fagbokforlaget.
- Nicolini, D. (2007). Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine. *Human Relations*, 60(6), 889–920.
- NOU (2008: 6). Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn.
- NOU (2011: 11). Innovasjon i omsorg.
- Roberts, C., Mort, M., & Milligan, C. (2012). Calling for Care: ‘Disembodied’ work, teleoperators and older people living at home. *Sociology*, 46(3), 490–506.
- Saborowski, M., & Kollak, I. (2015). «How do you care for technology?» – Care professionals' experiences with assistive technology in care of the elderly. *Technological Forecasting & Social Change*, 93, 133–140.
- Scott, J.W. (1988). *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press.
- West, C., & Zimmerman, D.H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125–151.
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag Samfundslitteratur.