

Herdis Alvsvåg

Omsorgsteknologi – motsetningsfullt?

omsorg, teknologi, omsorgsteknologi, etikk, faglig skjønn
care, care technology, ethics, expertise

This article describes what typifies Caring and Technology. Questions are raised about who benefits when different kinds of care technology equipment are introduced in home care. If technology and care are used in a good and professional way, the two need not be opposites. In order for this to happen, an ethical professional questioning evaluation and understanding of the situation in every single home where the technology is supposed to aid in the care of patients and possible caregivers, is required. Without such an understanding, this technology may yield some undesirable effects.

I artikkelen beskrives kjennetegn ved omsorg og teknologi. Det blir stilt spørsmål ved hvem som tjener på omsorgsteknologiske innretninger i hjemmetjenesten. De som teknologi og omsorg blir brukt på en god og faglig måte, trenger de ikke å være motsetninger, men skal det skje, forutsetter det en etisk, profesjonell, spørrende vurdering og situasjonsforståelse i hvert eneste hjem hvor teknologien skal bidra i omsorgen for pasienter og eventuelt pårørende. Uten slik vurdering kan vi få uønskede virkninger av teknologien.

I dag støter vi ofte på begreper som «omsorgsteknologi» og «velferdsteknologi». Mange reagerer på sammensetningen omsorg og teknologi eller velferd og teknologi. Kan hard teknologi forenes med god omsorg i hjemmetjenestene? Flere sterkt hjelpetrequende, og også personer som trenger omsorg ved livets slutt, bor hjemme og vil måtte ta stilling til omsorgsteknologiske innretninger i eget hjem. Jeg vil i artikkelen løfte fram mulige utilsiktede virkninger av omsorgsteknologi, og gi noen innspill til hvordan disse kan forebygges.

Hvorfor teknologi?

Uten tvil kan teknologi bidra på ulike måter i et hjem. Mange av oss omgir oss allerede med teknologisk utstyr og alarmer av ulike slag for å øke tryggheten. Hjelpetrequende har i årevis brukt både trygghetsalarm og komfyrvakt. Repertoaret av tekniske installasjoner kan bygges ut, og de argumenteres fram med sine fortreffeligheter: Teknologi kan øke tryggheten i hjemmet, den kan gjøre hverdagen lettere for flere parter, den kan bidra til mer selvstendighet, og det kan spares både tid og ressurser. Teknologien kan dessuten øke respekten, verdigheten og livskvaliteten, og ikke minst kan livet bli mindre stres-



Herdis Alvsvåg
professor, cand.polit./
sosiolog og sykepleier.
Tilsatt som fagutviklingsleder ved Haraldsplass diakonale høgskole. alvh@hdh.haraldsplass.no

sende for pårørende. Det er ikke vanskelig å bifalle slike positive kvaliteter. Imidlertid blir det pekt på at det foreligger lite kunnskap om utilsiktede virkninger av velferdsteknologi (1).

Omsorg

Omsorg gis og mottas i relasjoner mellom levende vesener. Omsorgen er konkret og praktisk (ord, handling og holdning), og den er også moralsk. Det vil si at måten vi er til stede på, måten handlinger og holdninger uttrykkes på, og måten redskaper og teknologi anvendes på, er vesentlig for om mottakeren av hjelpen opplever den som omsorg. Tønen i relasjonen og situasjonen, engasjementet og stemningen har betydning for om det som skjer helt konkret, oppleves som at den andre bryr seg. Det være seg den konkrete hjelpen, håndlaget, tekniske prosedyrer og samtalen. Hvordan påvirker teknologien relasjonen, og hva om relasjonen uteblir?

I *Innovasjon i omsorg* (1) henvises det til en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten at teknologi har «en tendens til å dreie søkelyset mot in-

me sak når hun skriver at det gjelder om å se med «et registrerende øye» og med «hjertets øye». Det gjelder altså om å handle med hode, hjerte og hånd. Utfordringen er nå som før: å forene omsorg og teknologi på en god og riktig måte ut fra en best mulig situasjonsforståelse.

Faglig, kyndig omsorg er fundamentalt i helsevesenet. Pasienter og pårørende reagerer om de ikke blir møtt med både faglighet og medmenneskelighet når de kommer i kontakt med helsepersonell. Noen ganger får vi avisoverskrifter, mens flere henvendelser går til pasientombudene når forventningene om kyndig omsorg ikke blir innfridd. Pasienter og pårørende er sårbare, de er kommet i en situasjon hvor de trenger hjelp, pleie, behandling og omsorg fra andre. Samtidig møter de et system som er preget av mangel på tid, travlhet i alle gjøremål, og med lite rom for samtale (5). Pasienten må ofte seg å komme til krefter for å komme videre i systemet, ut av sykehus og ut av sykehjem. Helsevesenet preges i stort og smått av en bedriftsøkonomisk tenkning, målbare resultater er det som blir talt og det som teller. Imidlertid skal ikke dette være

«Hvem tjener på teknologisatsingen? Pasienter, helse- og omsorgspersonell eller industrien?»

strumentalitet og produktivitet, og bort fra de grunnleggende fenomener for menneskenes velferd, som «håp, mestring, sårbarhet og meningsfullhet» (punkt 7.5.1). Et mulig motsetningsforhold blir løftet fram. Hvem tjener på teknologisatsingen? Pasienter, helse- og omsorgspersonell eller industrien? Vil økende instrumentell rasjonalitet fortrenge omsorgsrasjonalitet med vekt på lidelse, fortvilelse, håp og mestring? Velferdsteknologi følger skillelinjene mellom humanistisk og naturvitenskapelig tradisjon og tenkemåte. Og videre: «Velferdsteknologi er imidlertid en uensartet gruppe teknologi som verken er moralsk bra eller dårlig. Alle former for velferdsteknologi som er gjennomgått i rapporten [...] har gode formål» (punkt 7.5.1).

Verdikonflikter i helsevesenet?

Profesjonelle har alltid stått overfor utfordringen om å kombinere teknologi og omsorg. De må kombinere fag og etikk. Hageman (2) understreket i sin etikkbok fra 1930 at tekniske ferdigheter må kombineres med personlighet. En psykiater som selv ble syk, skrev at det må utøves vitenskap og teknologi, men samtidig menneskelighet (3). Martinsen (4) formulerer sam-

hele bildet. Andre verdier som holdes høyt, er pasientens selvbestemmelse, integritet og verdighet, retten til privatliv og konfidensialitet, og det skal være tid til menneskelig kontakt og gode relasjoner (1).

Lengst mulig i eget hjem med omsorgsteknologi

I offentlige utredninger har det de siste 40 årene blitt lagt vekt på at vi skal bo hjemme så lenge som vi kan, og helst livet ut. Dette kom til uttrykk i det såkalte LEON-prinsippet (Lavest effektive omsorgsnivå), dvs. at vi skal få hjelpen på det riktige nivået i hierarkiet av helsetjenester. Kan hjelpen gis på sykehjem, skal vi ikke være på sykehus, og kan vi få hjelp hjemme, skal vi ikke være på sykehjem (6). Dette gjorde seg konkret gjeldende med desentraliseringen innenfor omsorgen for utviklingshemmende, i det psykiske helsevernet og i eldreomsorgen på 1980-tallet (7). Denne politikken fornyes i vår tid med samhandlingsreformen (8) hvor det heter «Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Slik fornyes det 40 år gamle LEON-prinsippet med BEON-prinsippet: Best effektive omsorgsnivå. For å realisere at flere kan bo hjemme med utstrakt

hjelpebehov, blir teknologiske hjelpemidler i hjemmene et sentralt virkemiddel. Med ulike tekniske innretninger, alarmer, sensorer og registreringsutstyr, kan innleggelse i institusjon utsettes eller forhindres. I *Nasjonalt helse og omsorgsplan (2011–2015)* står det: «Det er et mål at helse- og omsorgstjenester gis så nær pasientens eller brukerens hjem som mulig. [...] Vi står overfor en rivende utvikling innen medisinsk teknologi og velferdsteknologi. Slik teknologi kan gjøre det enklere å leve selvstendig, gi økt trygghet for pårørende og det kan frigjøre tid for helsepersonell» (9, s. 107). Det skjer ikke nødvendigvis (10).

Teknologi – omsorg – faglig skjønn

I helsevesenet er vi vel kjent med at teknisk utstyr er mellomledet mellom den som skal hjelpe, og pasienten. Eksempelvis bruker vi stetoskop, sprøyte, måleapparater, sonder og kateter, respirator osv. Likevel lanseres omsorgsteknologi som noe nytt. Selv om teknologi i omsorgen er mange ting, fra det enkle til det avanserte, handler omsorgsteknologi om teknologi i private hjem for å realisere at flest mulig kan bo hjem-

linjer for profesjoner. På tross av dette er det viktig å stille noen spørsmål når omsorgsteknologiske innretninger vurderes.

Noen spørsmål til teknologien

Kan omsorgsteknologien true etiske prinsipper? Ikke nødvendigvis. Likevel: Hva når omsorgsteknologien inntar hjemmene? Skal utilsiktede virkninger forebygges, må det reflekteres over mulige utfordringer i teknologiens kjølvann. Situasjonene er ulike. Etiske og skjønnsmessige overveielser må gjøres sammen med dem som skal ha nytte og glede av teknologien.

Kan omsorgsteknologien true etiske prinsipper?

Noe av hensikten med omsorgsteknologi er å effektivisere hjelpen. Mange som bor hjemme og er avhengig av hjelp, lider av angst, depresjon og ensomhet og har et ønske om sosialt fellesskap. Vil det kostnadseffektive kunne øke ensomheten, angsten og depresjonen? Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre av omsorgstjenestens hovedutfordringer (1). Fall, væting i seng og

«Utfordringen er nå som før: Å forene omsorg og teknologi på en god og riktig måte ut fra en best mulig situasjonsforståelse.»

me «så lenge det er ønsket, og så lenge det er mulig med rimelig innsats av offentlige tjenester til hjemmene», som det ble formulert midt på 1980-tallet (11, s. 43), og for å oppnå best effektive omsorgsnivå, som det uttrykkes i dag (8).

I helsevesenet kan vi gi for lite og for mye hjelp, teknologi og behandling. Hvis derimot helsepersonell tar utgangspunkt i en riktig bedømmelse av pasientens situasjon, vil vi kunne gi riktig omsorg. Omsorg kan være å gi støtte og hjelp, og det kan være å utfordre og kreve noe av den som trenger hjelp og omsorg. En faglig bedømmelse av situasjonen vil avgjøre balansen mellom støtte, utfordring og krav. Omsorg er aldri å sy puter under armene. Et kyndig blikk, et faglig skjønn kombinert med etiske prinsipper bidrar i situasjonsbedømmingen. Felles internasjonale etiske prinsipper i bioetikken er Respekten for selvbestemmelsen, Aktelsen for verdigheten, Hensyn til integriteten og Omsorgen for det sårbare. Selvbestemmelsen må veies mot verdigheten, slik at ikke pasientens autonomi går på verdigheten løs (12). Når vi har med levende vesener å gjøre, skal etiske prinsipper følges. De er bygget inn i lands ulike lovverk og etiske retnings-

åpning og lukking av dører kan registreres ved hjelp av sensorer, og pasienten kan få hjelp raskt fordi teknologien varsler noen som kan rykke ut. Går den hjelpetrengende ut på ukurante tider, finner ikke hjem igjen og er ikke kledd for vær og vind, kan en GPS gi pasient og pårørende en viss trygghet. Men hva med ensomheten og overvåkingen? Vil institusjonen med alle dens tekniske hjelpemidler flytte hjem, og er det greit i alle tilfeller? Situasjoner endres raskt, og hvordan håndtere det ustabile med stabile teknologiske innretninger? Forskning viser at teknologien er lite fleksibel, og er derfor lite brukervennlig, ustabil og sårbar (1).

Fordrer teknologi mer hjelp?

Ulike interaktive teknologiske innretninger kan avhjelpe sosial isolasjon, det åpner eksempelvis for nettbasert kontakt med andre. I slike tilfeller profiterer den hjemmeboende på innretningen. Men kan det også tenkes at det er mer attraktivt å gi hjelp til personer som har mye teknologi? Og kan det faktisk hende at disse får mer og ikke mindre hjelp, fordi teknologien også trenger pleie og oppfølging? Tiden og opp-

merksomheten kan rettes mer mot teknologien enn pasienten (10). Spørsmålet er dessuten om demente og andre med kognitiv svikt systematisk kommer dårligere ut.

God sirkel: yngre – teknologi – ressurser?

Mye av den interaktive teknologien krever en viss kompetanse av dem som skal bruke den; det trengs noen kommunikasjonsferdigheter. 1/3 av hjelpemottakerne i hjemmesykepleien er under 67 år, disse bruker 2/3 av ressursene. Hjelpemottakerne over 67 år bruker 1/3 av ressursene (13, s. 7). Hvorfor denne forskjell? Teknologien er dyr i anskaffelse, i vedlikehold og drift. Vil kostnader til investering og drift heller øke enn bli redusert? Og vil den eldste gruppen tape? Ved Senter for omsorgsforskning Nord-Norge har en funnet at yngre brukere kjenner sine rettigheter på en annen måte enn eldre, og hjelpeapparatet vurderer gruppene forskjellig: «Et sentralt funn er derfor at alder i seg selv utgjør en uuttalt norm og blir lagt

uønskede virkninger unngås, trengs noen kritiske instanser til hjelp i vurderingene.

Kritiske instanser

Hver sårbar situasjon må vurderes. Vi må tenke over hvordan vi kan ta vare på etiske prinsipper som selvbestemmelse, verdighet, integritet og omsorgen for det sårbare. Vi kan bruke disse som kritiske instanser og veiledere når vi skal avgjøre anvendelsen av teknologiske hjelpemidler. Eksempelvis:

- Tar vi vare på selvbestemmelsen, verdigheten, integriteten og det sårbare med denne teknologiske innretningen?
- Hvilke teknologiske tiltak vil være til hjelp i denne situasjonen?
- Hvilke teknologiske tiltak vil ikke være til hjelp?
- Hvilke pasienter profiterer på teknologien, og hvem profiterer ikke?

«Et kyndig blikk, et faglig skjønn kombinert med etiske prinsipper bidrar i situasjonsbedømmingen.»

til grunn for vurdering av bistandsbehov» (14, s. 71). Kombinasjonen yngre, krav og teknologi på ene siden og eldre, mindre krav og mindre teknologi på andre siden kan tenkes å forsterke forskjellene mellom eldre og yngre hjelpemottakere. Dette gjør arbeid med etikk i kommunene nødvendig for å motvirke at de med minst ressurser taper i kampen om personale, tid, økonomiske og teknologiske ressurser.

Finnes det uheldige allianser?

Som nevnt foreligger det lite kunnskap om utilsiktede virkninger av velferdsteknologi. Det kan tenkes at det på arbeidsplasser med sterk teknologioptimisme vil være lite rom for å uttrykke kritiske spørsmål til teknologisatsingen. På feltet er det sterke grupper, mye makt og mye penger. Ulike allianser mellom teknologifirma, brukerorganisasjoner, politikere og profesjoner kan utvikle seg. Vi må til enhver tid spørre hvordan ressursene prioriteres. Hvem vinner og hvem taper? Når det investeres slik og sånn, hvor tas det fra? Hvor går fortjenesten? Og sikres noen fortjeneste i det uendelige fordi teknologien har innebygget såkalt planlagt foreldelse eller er utformet på en slik måte at de er ureparerbare? (Henriksen 10, 15, s. 53–54). Ingen vil tjene på *ukritisk* satsing på teknologi. Skal

Kloke, faglige, skjønsmessige vurderinger på slike spørsmål kan bidra til å ta vare på omsorgen for den hjelpetrengende og de pårørende. Det vil være å forene en humanistisk og en naturvitenskapelig tenkemåte, forene omsorg og teknologi på en faglig og etisk fundert måte. I omsorgsteknologi trer noe teknisk helt konkret inn i relasjonen mellom personer. Det tekniske er ikke godt eller dårlig i seg selv, det er måten vi bruker og anvender teknologien på, og sammenhengen den teknologiske tenkningen står i, i relasjonen, som kan være god eller dårlig.

Referanser

1. HOD (Helse og omsorgsdepartementet) (2011): NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg*.
2. Hageman, E. (1930/2003): «Sykepleieskolens etikk». I: Martinsen, K. og T. Wyller (2003): *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesinger*. Oslo: Gyldendals Sykepleieklassikere. S. 86–129.
3. Kemp, M.L. og P. Kemp (1998): *Et liv der ikke dør. En bog om lægekunst og menneskelighed*. København: Spektrum Forlag.

4. Martinsen, K. (2000): *Øye og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
5. Martinsen, K. (2012): *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
6. HOD (1974): St.meld. nr. 9 (1974–75) *Om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen*.
7. Alvsvåg, H. og A. Tanche-Nilssen (1999): *Den skjulte reformen. Om omsorg og mestring i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano-Aschehoug.
8. HOD (2009): St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
9. HOD (2010): Meld. St. nr. 16 (2011–2015) *Nasjonal helse og omsorgsplan 2011–2015*.
10. Rosa, H. (2014): *Fremmedgjørelse og acceleration*. København: Hans Reitzel.
11. HOD (1984): St.meld. nr. 68 (1984–85) *Sykehjemmene i en desentralisert helse og sosialtjeneste*.
12. Alvsvåg, H. (2010): *På sporet av et dannet helsevesen. Om pasienter og pårørende sitt møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe.
13. HOD (2008): *Omsorgsplan 2015*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008).
14. Hamran, T. og S. Moe (2012): *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling?* Senter for omsorgsforskning Nord-Norge. Rapportserie nr. 3 – 2012. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
15. Henriksen, L. (2012): «Hvem har ansvaret for bruk og smid væk-kulturen?», og «Politikere og miljøfolk: Slus med varer, der har indbygget forældelse». *Kristeligt Dagblad*, 24.08.12.

