

Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og
teknologiforskning
Institutt for sosiologi og samfunnsforskning

Lene Uggerud

Velferdsteknologi og omsorgsarbeid

En kvalitativ studie av teknologisk innovasjon i møte med omsorgsrasjonelle strategier



Masteroppgave i sosiologi

Trondheim, våren 2013

Lene Uggerud

Velferdsteknologi og omsorgsarbeid

En kvalitativ studie av teknologisk innovasjon i møte med omsorgsrasjonelle strategier

Masteroppgave i sosiologi

Trondheim, våren 2013

Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU

Illustrasjonen på forsiden er lånt fra følgende nettside:

<http://www.kristiansund.kommune.no/artikkel.aspx?Mid1=1586&AId=5158&Back=1>

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven studerer mulighetene til brukerinnflytelse på teknologisk innovasjon i omsorgsarbeid. Den er en studie av en innovasjonsprosess, fra design og produksjon til domestisert og meningsfullt produkt. Hvordan innovasjonen brukes og ikke-brukes ses her i sammenheng med hvordan den formes i pleiepersonalets omsorgsrelasjoner til pasientene. Caset som tas i bruk for å demonstrere dette er pasientløfteren *Molift*. Studien er en kvalitativ analyse basert på et empirisk datamateriale bestående av tre fokusgruppeintervju og tre dybdeintervju. Informantene er fra tre avgjørende stadier i innovasjonsprosessen; gründer, produsenter og brukere. Brukerne i denne oppgaven er helsefagarbeidere i relasjon med pasienter på sykehjem. Hovedfunnene viser at selv om brukerne ikke er direkte involverte i utviklings- og designprosessen, er de indirekte med på å forme teknologien gjennom måten de bruker den, og ikke-bruker den. Studiet viser til at det vil være nødvendig å involvere brukerne mer direkte for å kunne løse fremtidens utfordringer i omsorgssektoren.

FORORD

Temaene helse og teknologi hører tradisjonelt til under to forskjellige fagdisipliner, og det er denne tverrfagligheten som gjør dette prosjektet spennende. ”Og det at ting er spennende, det må vi ta på alvor” fortalte en av mine tidligere professorer. Dette er jeg svært enig i, og jeg håper at det skinner gjennom oppgaven videre at det har vært spennende å skrive den. Prosessen med å ferdigstille oppgaven har vært både utfordrende og lærerik. Det har til tider blitt lange dager og sene kvelder der jeg har strevet med både faglige, tekniske og personlige utfordringer. Nå er oppgaven ferdig, og i den forbindelse vil jeg få benytte sjansen til å takke gode støttespillere som har gjort dette arbeidet til en god og lærerik erfaring.

Først og fremst rettes en stor takk til alle informantene mine: produsentene ved Etac og pleiere, som har stilt opp og latt meg få ta en titt på deres arbeidshverdag. Uten dere vil det ikke blitt en oppgave. Jeg vil få rette en spesiell takk til Hans Kasper og hans kone som åpnet sitt hjem for meg. Takk for at dere har bidratt med både tid og refleksjon.

Min veileder Bente Rasmussen har vært til uvurderlig hjelp i arbeidet. Hun har vært en inspirasjonskilde og en svært kunnskapsrik veileder. Hun har tålmodig hjulpet meg gjennom denne prosessen med gode faglige diskusjoner og et stort engasjement. Maggi fra tverrfaglig kultstudier skal også ha takk for gode råd og inspirasjon.

Jeg vil også få rette en stor takk til de fantastiske studentene i kull 2011; for gode diskusjoner, koselige stunder i solen, og for at dere har gjort de to årene som masterstudent både spennende og festlige. Takk for en flott studietid! En spesiell takk rettes mot Siri som har gitt uvurderlig hjelp i form av støtte og ikke minst for å ha bidratt med språkvask og innsiktsfulle diskusjoner.

Jeg vil til slutt få takke familien som har hjulpet med korrektur og finpuss, i tillegg til moralsk støtte og oppmuntringer underveis i løpet.

Lene Uggerud, Trondheim, juli 2013

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.1 Innovasjon i omsorg	2
2. TEORI	5
2.1 Innovasjon	5
2.1.1 Involvering av brukere	7
2.1.2 Innovasjon i offentlig sektor	8
2.1.3 Bestillere.....	11
2.2 Domestisering.....	12
2.2.1 Praktisk, symbolsk og kognitiv domestisering.....	13
2.3 Omsorg	15
2.3.1 Omsorg på mikronivå - relasjonen mellom to mennesker	16
2.3.2 Omsorgsrasjonalitet.....	17
3. METODE	21
3.1 Caset	21
3.2 Min påvirkning på studiet	22
3.3 Prosessen	24
3.3.1 Forberedelser	24
3.3.2 Intervjuene.....	29
3.3.3 Behandling og analyse av data	33
4. HISTORIEN OM EN INNOVASJON	37
4.1 En innovasjon i utvikling	37
4.1.1 Et nytt marked	38
4.1.2 ”Det er en kjempeidé, men er det salgbart?”	41
5. INNOVASJONEN I BRUK OG IKKE-BRUK	45

5.1 Forhandling gjennom bruk og ikke-bruk	46
5.1.1 Pleiernes forståelse av teknologi	47
5.1.2 Mellom korttids - og langtidsavdeling	50
5.1.3 Løfteren som et stressmoment.....	52
5.1.4 Effektivisering av omsorg	56
5.2 ”Det handler om å gjøre jobben sin riktig”	62
6. BRUKERINNFLYTELSE VED INNOVASJON	65
7. LITTERATURLISTE	69
Vedlegg 1: Temaguide - Produsentene	77
Vedlegg 2: Temaguide - Gründer.....	79
Vedlegg 3: Temaguide - Pleierne.....	81
Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pleierne	83
Vedlegg 5: Endringsmelding fra NSD	85

1. INNLEDNING

Eldrebølgen har av mange blitt et vanlig begrep for å forklare de demografiske endringene som skjer fremover. En bølge gir et bilde som virker både ukontrollert og skremmende, og er også i stor grad misvisende da vi står ovenfor en permanent aldring av befolkningen (Ugreninov 2005). Estimer viser at andelen personer 67 år og oppover vil øke fra 13 prosent i 2010, til ca 22 prosent i 2060 (Andreassen 2010)¹.

Økningen av antall eldre vil sette et stort press på helse- og omsorgssektoren. Hvor store utfordringene blir, er avhengig blant annet av hvordan sykdomsbildet utvikler seg (Langset 2006)², om det skjer en økning i standard for helsetjenestene og hvor mange som utdanner seg innen helse- og omsorg de neste årene. Arbeidskraftbehovet vil i følge prognoser utviklet av SSB øke med om lag 130 000 årsverk innen 2020, som tilsvarer en økning på ca 120 prosent sammenlignet med år 2003 (Langset 2006). På sikt vil denne utviklingen medføre at andelen hjelpetrengende øker mer enn yrkesaktive (Ugreninov 2005; St. meld. Nr 25 (2005-2006)).

På 1980-tallet overtok kommunene ansvar for pleie- og omsorgstjenestene (Svalund 2005). Etter dette har det skjedd en gradvis nedbygging av sykehjem og sykehjemsplasser³, mens det har skjedd en større satsing på omsorgsboliger og hjemmebasert pleie. En stor del av regjeringens satsing på ”en verdig omsorg” består av at eldre skal ha mulighet til å bo hjemme i sitt eget hjem så lenge som mulig (se blant annet St.meld. nr. 50 (1996 - 1997); Statsministerens kontor 2010; NOU 2011:11; St. meld. nr 29 (2012 - 2013)). Noe av hensikten med denne satsingen er å avlaste sykehjemmene, i tillegg til at hjemmetjenester i større grad fokuserer på selvstendighet, uavhengighet og større grad av innflytelse over eget liv (NOU 2011:11). Institusjonene er derfor et tilbud til de mest pleietrengende. Dette har endret pleie- og omsorgsarbeidet i sykehjem til å bli tyngre både fysisk og psykisk.

I tillegg til et behov for større rekruttering av arbeidskraft, vil det kreves et stort fokus på å få pleie- og omsorgsarbeidere til å bli værende i sektoren. Resultater fra en undersøkelse utført av Bente Abrahamsen (1997) viser at kvinner i helse- og omsorgssektoren er den gruppen

¹ Hvor stor denne befolkningsveksten blir, er blant annet avhengig av dødelighet, fruktbarhet og inn- og utvandring (Ugreninov 2005). Prognosene som stilles varierer derfor ut i fra hvilke parametre som brukes.

² Se blant annet Langset (2006) for en oppsummering av ulike teorier rundt sykkelighet og levealder.

³ Antallet plasser i aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem har blitt redusert med til sammen 71 prosent (Svalund 2005).

som opplever størst frafall som følge av jobbrelatert sykdom. Omsorgsyirket har et arbeidsmiljø som er belastet med mange tunge løft, plassbegrensninger og ofte lav bemanning. Dette resulterer i ukomfortable arbeidsstillinger og høyere risiko for belastningsskader (Wathne 2000). Ved sykefravær i sektoren på over 14 dager skyldes omtrent halvparten av tilfellene muskel- og leddplager, og hjelpepleiere har over 50 prosent større risiko enn gjennomsnittet av norske arbeidstakere for å bli uføretrygdete på grunn av denne typen plager (Wathne 2000:10). Arbeidsmiljølovens paragraf 4-4 (2) (Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern) stiller krav om at man i størst mulig grad erstatter manuelle løft med tekniske hjelpemidler, og at disse skal stilles til arbeidstakers disposisjon. Dette er et ledd i arbeidet med å forebygge frafall og sykefravær. En undersøkelse gjort av Direktoratet for arbeidstilsynet (Wathne 2000) viser til en forbedring av arbeidsforholdene i sektoren etter en større satsing på blant annet forflytningsteknikk, men det er fremdeles rom for forbedringer.

Disse utfordringene ønskes løst med en større satsing på innovasjon innen velferdsteknologi (NOU 2011:10). Hensikten med denne nye teknologien er hovedsaklig å frigjøre arbeidskraft, og å sikre at de som allerede er i omsorgsyirket blir der, ved blant annet å ha større fokus på pleiearbeidernes helse. I følge Whipple (2007) bidrar velferdsteknologi i stor grad til å forebygge skader hos helsepersonell, bidra til økt suksessrate ved rehabilitering, gi brukerne større trygghet, samt å frigjøre mer tid til direkte pasientkontakt. Målet er med andre ord å lage teknologi som kan overta for mange av oppgavene, uten at den *gode omsorgen* svekkes.

1.1 Innovasjon i omsorg

Innen helse og omsorg er det gjort viktige innovasjoner, blant annet hjelpemidler for å løfte og forflytte pasienter. Satsingen på velferdsteknologi i Norge i dag er stor, og involvering av brukere i prosjekter og implementering av ny teknologi er et mye diskutert tema blant myndighetene og teknologimiljøene. Hagenutvalgets rapport ”Innovasjon i omsorg” (NOU 2011:11) og tilsvarende rapporter er opptatt av *brukerdreven innovasjon*, som vil si en direkte involvering av teknologiens brukere i et eller flere stadier av utviklingsprosessen. Dette er fordi at man i de siste årene har sett at selv om teknologien finnes, er det ikke dermed sagt at den tas i bruk (NOU 2011:11). Rapporten understreker derfor at innføring og implementering av teknologi, spesielt i helsesektoren, har større sannsynlighet for suksess dersom de som skal bruke teknologien involveres direkte i utviklingen. Det er stor tro på at ny teknologi kan bidra

til å løse problemene i eldreomsorgen, dersom nye teknologier skapes i samarbeid med brukerne.

Innovasjon i omsorg bærer imidlertid med seg en del utfordringer. *Innovasjon* og *omsorg* er to begrep som tradisjonelt ikke hører sammen. Innovasjon assosieres med det nyskapende, risikable og eksperimenterende, imens omsorg assosieres med det kjente, trygge og forutsigbare. Innføring av ny teknologi i omsorgstjenestene åpner også for en del etiske spørsmål. Et spesielt aktuelt eksempel på dette er sporing av demente ved hjelp av GPS (se blant annet Bjørnhaug 2012), hvor samtykkekompetanse og overvåking er sentrale dilemmaer. En annen sentral problemstilling er hvilken rolle teknologien skal ha i omsorgen. En viktig forutsetning for den store satsingen på nye teknologiske innovasjoner er at teknologi aldri må erstatte menneskelig omsorg eller fysisk nærhet (NOU 2011:98). For å øke sannsynligheten for riktig bruk av teknologien er det derfor ekstra viktig å studere innovasjoner i helse- og omsorg; hva de inneholder, endringstendensene som finner sted og konsekvensene av disse.

En innovativ teknologi som er utviklet for og tatt i bruk i sykehjem, er *pasientløfteren*. Den ble utviklet som en løsning på de fysiske utfordringene pleierne møter ved forflytning av pasienter. Pasientløftere er utviklet for å avlaste pleiere i forflytningssituasjoner og skape trygghet for pasienten. Et seil legges rundt pasienten, og festes til en liten heis som løfter pasienten opp fra seng, gulv, toalett eller lignende (se kapittel 3.1 for en beskrivelse av pasientløfteren). Denne teknologien kom til på 1980-tallet, og bidro til store endringer i omsorgsyirket.

Som pleiemedarbeider på to forskjellige sykehjem har jeg observert svært ulik bruk av pasientløfteren. Det har fascinert meg lenge hvordan denne teknologien forstås, brukes og ikke-brukes, hvordan brukerne gir den mening og begrenser og utvider bruksområdet. Det er tydelig at selv om løfteren bidrar til et ”lettere” arbeid for pleierne, er dette også en innviklet og meningsbærende teknologi i et komplekst yrke. Dette representerer nye utfordringer for *den gode omsorgen*.

Som vi har sett ovenfor ønsker regjeringen å satse på innovasjon i helsesektoren for å løse fremtidens samfunnsutfordringer, og for å gi et bedre tilbud til de som benytter seg av tjenestene i dag. Det jeg ønsker å studere i denne oppgaven er *mulighetene til brukerinnflytelse på teknologisk innovasjon i omsorgsarbeid*. Jeg vil gjøre dette ved å studere pasientløfteren *Molift* som en innovasjon og som et hjelpemiddel i omsorgsyirket.

I oppgavens neste del vil jeg presentere min teoretiske verktøykasse. I denne presenteres innovasjon som en evigvarende prosess og ser herunder også på brukerne som en kilde til innovasjon. I kapitlet presenteres også domestiseringsperspektivet som en måte å forstå hvordan teknologien tas i bruk og hverdagsliggjøres. Videre vil jeg ta for meg omsorgsbegrepet ved å se på hvordan omsorg gjøres, og hvordan den gode relasjonen mellom pleier og pasient er en essensiell del av denne praksisen.

I tredje del av oppgaven presenterer jeg først caset for oppgaven, som er pasientløfteren Molift. I dette kapitlet presenteres og diskuteres også datagrunnlaget for denne oppgaven, i tillegg til refleksjoner rundt behandling og analyse av dataene.

I kapittel fire tar jeg for meg innovasjonen fra idé til ferdig utviklet og implementert produkt. Her ser jeg på hvordan mulighetene for innovasjon og utvikling har endret seg i en negativ retning, som et resultat av en modernisering og effektivisering av offentlige innkjøp. For å videre forstå denne innovasjonsprosessen er det viktig å se innovasjonen i bruk. Dette ser jeg på i kapittel fem, hvor jeg drøfter hvordan omsorgsarbeidets natur legger føringer på hvordan innovasjonen forstås og for hvordan den brukes.

Avslutningsvis diskuterer jeg hvordan mulighetene for innovasjon ser ut i dag, og viser dermed til hvordan vi trenger videre forskning og utvikling for å løse morgendagens utfordringer i omsorgssektoren på en god og innovativ måte.

2. TEORI

2.1 Innovasjon

Innovasjon i helseteknologi er et særegent felt. For å forstå dette særegne feltet er det viktig å undersøke innovasjonsprosessen; hvordan denne ser ut og hvilke aktører som er involverte. Økonomen Joseph Schumpeter regnes av mange som innovasjonens far (se blant annet Freeman 2003; Sørensen 2005; McCraw 2007). Han definerte innovasjon som det å virkeliggjøre nye kombinasjoner, og dette involverte ofte dramatiske endringer (Schumpeter 1934). Forestillingen om ”vekst gjennom krise”, eller ”creative destruction” beskriver at det i krise oppstår tvang til fornyelse som legger grunnlaget for nye produkter og nye områder å produsere på (Schumpeter 1976). Det er med andre ord *presset* til å fornye, og til å tenke nytt, som fører til innovasjon. Gjennom dette ses ”krise” som noe positivt som fører med seg kreativitet og innovasjon.

Schumpeter utviklet en lineær modell for å forstå de ulike elementene ved innovasjonsprosessen, som bygger på en forståelse av innovasjon først og fremst som en økonomisk prosess. Denne prosessen starter med et nytt produkt, gjennom en ny produksjonsprosess, som fører til et nytt marked, og som til slutt resulterer i at nye organisasjonsformer skapes (Schumpeter 1934). Dette kan også ses som en evolusjonær seleksjonsprosess hvor bare de beste ideene overlever til å bli innovasjoner (Sørensen 2005). Når denne lineære prosessen stopper, *lukkes* også teknologien. Det er dette Pinch og Bijker (2012:6) kaller for *closure*. Dette vil si at det oppnås konsensus om hva teknologien betyr, og hvordan den skal brukes. For en innovasjon kan dette ses som problematisk.

Det har likevel blitt mer og mer vanlig å se innovasjon som en ikke-lineær prosess, ved å se på hvordan innovasjonsprosessen fortsetter også *etter* at produktet er lansert. Fleck (1988) innfører her begrepet *innofusion*, som er sammensatt av ordene *innovation* og *diffusion* (innovasjon og spredning). I denne forståelsen fortsetter innovasjon etter implementering, og retter derfor fokuset på brukerne. Silverstone og Haddon (1996) mener at for å studere innovasjoner, må man også studere konsum og bruk.

Innovation requires to be seen as a process which involves both producers and consumers in a complex interweaving of activities, activities which are solely determined neither by the forces of technological change nor by the eccentricities of individual choice (Silverstone og Haddon 1996:44).

Dette betyr at innovasjon ikke bare er noe som ligger forut for skapelsen av produktet, men formes også av hvordan brukerne forholder seg til teknologien, hvordan de forstår og gir den mening og hvilken plass den får i deres virkelighet. Dette er en måte å forstå hvordan brukerne er aktive i innovasjonsprosessen selv om de ikke direkte inkluderes i tidligere stadier i produksjonen. Lie og Sørensen (1996:10) forklarer dette med at ”*consumption is always production*”, og at man ikke kan skille disse prosessene fra hverandre.

Det er derfor nødvendig å se på innovasjon som en *evigvarende* prosess. Det er viktig å følge innovasjonen fra idé til prototype, gjennom prosessen hvor produktet prøves ut, i salg, i bruk og opplæringen av brukere. Gjennom denne utviklingen dannes et grunnlag for nye erfaringer, som igjen danner grunnlaget for nye ideer og bruksområder. Ved å forstå innovasjon som en evigvarende prosess blir det med andre ord viktig å studere hvordan innovasjonen tas i bruk og hvilke meninger og verdier den tillegges.

Her stilles det to premisser ved innovasjonen; for det første må noen tenke nytt, og for det andre må produktet tas i bruk. På denne måten kan vi forstå innovasjon både som økonomisk, og som sosialt. De økonomiske betingelsene og de sosiale forholdene som ligger til grunn former innovasjonen, men i tillegg er det viktig å se hvordan innovasjoner former økonomiske forhold og sosiale relasjoner. Dette er altså et gjensidig forhold som kan forstås som en *samkonstruksjon* av teknologi. Samkonstruksjon er et begrep innført av Jasanoff (2004), og ser på det samspillet som skjer mellom vitenskaplige, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle og teknologiske faktorer. De er alle bundet sammen i en *sømløs vev* (Hughes 2012:4), og det blir derfor viktig å analysere disse prosessene som gjensidig konstruerende (Jasanoff 2004). På denne måten kan vi se hvordan de økonomiske premissene former utviklingen av innovasjonen, og hvordan resultatet av dette endrer eksisterende og oppretter nye sosiale relasjoner i omsorgsarbeidet. Dette er derfor særlig relevant når det gjelder omsorgsteknologi. Teknologi i pleie- og omsorgssituasjoner går inn som hjelpemidler for pleierne i intime situasjoner med eldre pleietrengende, og endrer dermed *hvordan* omsorgsyrket gjøres på.

Innovasjon er altså ingen isolert aktivitet. Jørgensen og Sørensen (2002:200) benytter seg her av metaforen *development arena*, heretter oversatt til utviklingsarena, for å beskrive rommet hvor politiske, sosiale og tekniske prestasjoner som er relatert til et spesifikt teknisk problem tar sted. Dette vil si i hvilken kontekst en innovasjon blir til, både i utvikling, og hvordan alle disse elementene er med på å skape og forme konteksten. Dette er viktig for å forstå hvordan

det ikke kun er produsentene som former teknologien, men at denne også i stor grad påvirkes av sosiale, politiske og tekniske rammer. For å studere innovasjon er det derfor viktig å også studere forbindelsene som innovasjonen foregår i.

Ved å se på hvordan innovasjonsprosesser fortsetter også etter teknologien er innført, kan vi lettere forstå de forhandlingene som gjøres om hvordan og hvorfor produktet brukes eller ikke-brukes. For å undersøke innovasjon i offentlig sektor, blir det derfor viktig å se på hvordan brukerne forhandler og definerer teknologien, og hvilke behov dette avdekker for forbedringer og nye innovasjoner.

2.1.1 Involvering av brukere

Innovasjon er en kontinuerlig prosess som påvirkes av alle som deltar i utviklingsarenaen. Brukere er eksperter på eget behov (von Hippel 1988), og bør derfor benyttes systematisk for å utvikle produkter som løser deres behov. Ved å involvere brukerne direkte i innovasjonsprosessen vil produktene oppnå en høyere kvalitet, i tillegg til at brukeren i større grad vil dra nytte av produktet. Det er dette Davis (1989) kaller for *perceived usefulness* eller ”oppfattet brukbarhet”. Dette vil si i hvilken grad en person oppfatter at ved å ta i bruk denne teknologien, vil det forbedre hans eller hennes evne til å gjøre et godt arbeid (Davis 1989). Teknologien gis dermed en større aksept hos brukeren. Dette linkes også til bruk og ikke-bruk av teknologien ved at brukeren gjør vurderinger opp mot fordeler og ulemper ved teknologien.

I tillegg vil involvering av brukere kunne føre til en demokratisering av samfunnet, da avgjørelser i forbindelse med teknologier også bestandig blir avgjørelser om makt og sosiale relasjoner (von Hippel 2005; Rohracher 2005). Ved at brukerne aktivt er med og utvikler nye produkter som dekker det reelle behovet de har, i stedet for at de må tilpasse seg de eksisterende produktene, er innovasjonsprosessen mer demokratisert (von Hippel 2005:22). I tillegg utfordrer brukerinvolvering lederskap, markedstilpassning og byråkratisk ekspertise (Tritter 2009). Eric von Hippel (2005) mener at det nå skjer en demokratisering av innovasjoner ved at brukerne i større grad enn tidligere har mulighet til å skape innovasjoner selv. Dette gir forbrukerne større makt, og de sosiale relasjonene mellom bruker og produsent endres.

von Hippel fant i sin studie at det ofte *er* brukere som gjør innovasjon; som definerer behovet, som løser problemet med en innovasjon, som bygger prototyper, og som viser prototypens verdi gjennom bruk (von Hippel 1976 i Oudshoorn og Pinch 2008). Han ser med andre ord brukerne som en avgjørende del av nyttig innovasjon. Han mener videre at brukerne i mange tilfeller er hovedkilden til innovasjon, og at brukerinnovasjon er en nødvendig del av god utvikling (von Hippel 1988; von Hippel 2005). Brukerne er dermed essensielle for at innovasjoner skal bli vellykkede.

Et av regjeringens hovedmål for omsorgssektoren, definert i NOU 2011:11, er å skape rammer for bedre involvering av brukere i utviklingen av ny omsorgsteknologi. Dette er hovedsakelig for å skape økt kvalitet for brukerne, men også for å ”*verifisere brukernytte gjennom solide referanser fra konkret utprøving [...]*” (NOU 2011:11:159). Dette viser til et fokus på brukerinvolvering som en kvalitetssikring av tjenester og produkter.

Kategorien og begrepet *bruker* er svært heterogent, og det finnes mange brukere av omsorgsteknologi. Begrepet brukes ofte som motparten til *produsent* (von Hippel 2005:3), men kan også ses som personer som er enten direkte eller indirekte i kontakt med produktet. Pasienter og pleiere er eksplisitte brukere, men jeg mener at produsenter også kan forstås som brukere av teknologien ved at de *drar nytte av* dens egenskaper i salg. I tillegg er det ikke nødvendigvis et skarpt skille mellom bruker og produsent. Ved nyskapning vil også gründer i mange tilfeller være bruker av teknologien, og kan dermed ses som en *lead user* (von Hippel 1986). Ved at han eller hun ønsker å møte et behov de selv opplever, er de i en enestående posisjon til å definere og designe løsningen (von Hippel 1986). Hvem som er bruker er derfor avhengig av kontekst, og endres etter produkt og kontekst. Når jeg videre skal analysere involvering av brukere er det likevel pleierne jeg først og fremst involverer i kategorien, da det er disse som *bruker* teknologien i omsorgssituasjoner. Det er imidlertid viktig å presisere at deres rolle som pleiere kun blir til i relasjonen med pasientene, og det er altså relasjonen mellom disse gruppene som blir viktig.

2.1.2 Innovasjon i offentlig sektor

Innovasjon i offentlig sektor blir av mange oppfattet som en avgjørende faktor for å skape og opprettholde god kvalitet på velferdstjenestene i møte med press fra demografiske utfordringer (St.meld. nr. 50 (1996 - 1997); Statsministerens kontor 2010; NOU 2011:11; St. meld. nr 29 (2012 - 2013)). Innovasjon har tradisjonelt blitt forbundet med privat sektor, men

har fått en sterkere anerkjennelse innen offentlig sektor. Det har dermed blitt et ledd i forsøket på å skape mer dynamiske og brukervennlige grensesnitt mot brukerne av offentlige tjenester. Innovasjon innen offentlig helse- og omsorg, innebærer derfor nye problemstillinger, nye aktører og andre former for arbeid enn det som er vanlig i privat sektor. Innovasjon i offentlig sektor er et omfattende prosjekt, og byr på mange utfordringer. Et eksempel på en viktig driver for innovasjon i offentlig sektor er innovative offentlige anskaffelser (Forskningsrådet og DAMVAD 2012).

Offentlige anskaffelser vil si innkjøp av varer og tjenester til stat og kommune, og måten man gjennomfører disse innkjøpene på kan være en viktig forutsetning for innovasjon i offentlig sektor. *Innovative offentlige anskaffelser* vil si innkjøp av produkter eller tjenester som enda ikke eksisterer, men som man forventer at kan utvikles innenfor en viss tidsramme (Forskningsrådet 2012). Målinger av innovative offentlige anskaffelser i de nordiske landene viser at offentlige aktører i Norge er de mest konservative, og at disse i færrest tilfeller prioriterer innovative anskaffelser (Forskningsrådet og DAMVAD 2012). Norge har gjennom EØS-avtalen bundet seg til å følge de regler og standarder som vedtas for offentlige innkjøp, og det har med tiden kommet svært omfattende grunnregler for hvordan disse innkjøpene skal gjøres. Her er det blant annet krav om at alle offentlige innkjøp over en viss sum må ut på anbud (Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet 2012).

Ved anbudskonkurranse inviteres offentlige og private aktører til å konkurrere om å få utføre et oppdrag som er definert av offentlig forvaltning (Vabø 2007). Her er idealet at konkurransen skal slippe til alle interesserte produsenter, og skape en demokratisk arena og fremme gode produkter. Det vanligste motivet for anbudskonkurranse er derimot i realiteten at offentlig forvaltning setter ut produkter på anbud med en forventning om å få *billigere* produkter eller *flere* produkter for de ressursene de anvender (Bogen og Nyen 1998). Svensson og Edebalk (2001) gjennomførte i 2000 en undersøkelse av anbudskonkurranse i Sverige. Denne viste at motivene for å ta i bruk anbudskonkurranse hadde endret seg fra tidligere undersøkelser. Det som tidligere var interesser som politikk og vekt på valgfrihet og mangfold, ble nå dominert av krav om kostnadseffektivitet, og at prisene som ble gjeldende i de første anbuds rundene ble føringer for kommunen sparekrav (Svensson og Edebalk 2001).

Det er med andre ord kostnadseffektivitet som oftest blir utslagsgivende når produkter skal kjøpes inn. I tillegg viser det seg at dette er med på å skape skiller mellom produsentene som enten har mulighet til å produsere produktet til konkurransedyktig pris, og de som ikke har råd. Dette fører altså med seg en større differensiering som gjør at mange produsenter faller utenom, og i tillegg fremmes konkurranse andre steder (ofte med utenlandske aktører) i stedet for at lokale og nasjonale bedrifter styrkes. Dette fokuset på pris, effektivisering og konkurransemarked kan ses i sammenheng med styringsideene og reformideene som går under samlebetegnelsen *New Public Management* (NPM) (Vabø 2007). Reformen bygger på en forståelse av at utfordringer i offentlig sektor kan løses ved effektivisering, omorganisering og bedre ledelse (Slagsvold 1999), og er inspirert av ideer og styringsdoktriner fra privat næringsliv.

Denne formen for handel fremmer en *standardisering* av produktene. For at produktene skal komme med på anbudsrunder må de forholde seg til *kravspesifikasjoner* og ulike *standarder*. Kravspesifikasjoner definerer hva et produkt skal kunne gjøre og må defineres av bestilleren. Denne er også en viktig del av å kunne definere hvilken part som er ansvarlig for om produktet dekker behovet. Dersom produktet ikke svarer til det som er definert ut i fra kravspesifikasjonene er det leverandør som står ansvarlig. Hvis produktet på den andre siden følger kravspesifikasjonene, men fremdeles ikke dekker behovet, er det bestiller som står ansvarlig. Det er derfor viktig med en gjennomgang av hva det *reelle* behovet er før kravspesifikasjonene lages. Denne påvirkes blant annet av eksisterende produktstandarder. Produktene som designes må følge en rekke standarder for at de skal være salgbare. Standardene går blant annet på produktsikkerhet (som stråling og krav om hva produktet skal tåle av belastning), miljø (som avfallshåndtering og strømforbruk) og sporbarhet. Standardene kan dermed ses som et hinder for nye og kreative (og kanskje dyrere) løsninger. Produkter som ikke møter standardene kommer ikke med på anbudsrunder, og det vil derfor i mange tilfeller ikke lønne seg for produsenten å satse nytt. Standarder og kravspesifikasjoner spiller derfor en sentral rolle i hvilke produkter som når brukerne, og vil dermed kunne forstås som politiske styringsinstrument (Røvik 2007).

Moderniseringen av offentlig sektor de siste tiårene har handlet om å gjøre offentlige tjenester bedre i stand til å møte de demografiske utfordringene gjennom bedre styring og bedre bruk av offentlig ressurser (Christensen og Læg Reid 1998). Et viktig element i reformene er å innføre et skille mellom de som definerer behov og bestiller produkter og tjenester til offentlig

sektor, og de som leverer eller utfører dem (Christensen og Lægreid 1998; Røvik 2007; Vabø 2007).

2.1.3 Bestillere

I henhold til en NPM tankegang medfører også effektiviseringen av helse og omsorgstjenestene en sentralisering av aktørene som *definerer* og *bestiller* omsorgsteknologien. Disse bestillerne kalles for *proxybrukere* (Vabø 2006:405; Vabø 2007:53). Proxybrukere defineres av Vabø (2004:199; 2006:405) som *mellommenn* som bestiller produkter *på vegne av* de faktiske brukerne, og gjennom denne forståelsen representerer de derfor også brukernes interesser. Vabø (2007) bruker begrepet på bestilling av tjenester, men jeg mener denne forståelsen er like aktuell for bestilling av produkter. På denne måten kan vi forstå sentrale bestillerkontor som proxybrukere som representerer brukerne og definerer deres behov i møte med tilbydere av omsorgsteknologi.

Bestilleren skal med andre ord definere brukernes behov via kravspesifikasjonene, og de har i tillegg ”*finansieringsansvar, beslutningsansvar, utformingsansvar, og kontroll og oppfølgingsansvar*” (Dahl 2001:203). Dette bestilleransvaret setter dermed store krav til en faglig kompetanse. Bestillerkompetansen går blant annet ut på å kunne definere hva bestillingen går ut på, samt å kunne kontrollere at bestillingen er utført (Vabø 2007:54), eller at produktet svarer til forventningene. Dette betyr at alle kravspesifikasjonene må være definert på forhånd. I praksis defineres disse ofte ut i fra produkter som allerede finnes, i tillegg til en vurdering av ønsket løsning versus tilgjengelige midler. Dette er med på å begrense mulighetene for invasjon ved at eksisterende produkter blir modeller for nye behov. Flere stiller derfor spørsmål om disse bestillerenhetene virkelig representerer brukernes interesser og behov, eller om det er kostnadskontroll som blir viktigst (Pfeffer og Coote 1991:19; Vabø 2007:53). De sentrale bestillerkontorene bestiller på vegne av en stor sektor som består av flere kommuner, og på vegne av flere brukere. Brukerne kan dermed risikere å motta et produkt som er forhandlet frem som det billigste, og ikke nødvendigvis det beste eller det som passer deres behov best.

2.2 Domestisering

Som jeg nevnte innledningsvis var mye av grunnen for å starte dette prosjektet at jeg observerte både hvordan pasientløfteren brukes forskjellig, og også at den til tider ikke brukes. Jeg ble derfor interessert i å studere hvilke forhandlinger som finner sted rundt denne teknologien. Til dette er det fruktbart å ta i bruk *domestiseringsperspektivet*, som kan bidra til å gi en forståelse av hvordan teknologien gis mening på forskjellige måter.

Domestisering er et begrep først tatt i bruk av Silverstone, Hirsch og Morley (1992), og er et verktøy som brukes for å beskrive hvordan teknologi gis en mening i hverdagen (Silverstone m. fl. 1992; Lie og Sørensen 1996; Aune 1996). Perspektivet bidrar til forståelse av hva som skjer med teknologien etter at den er tatt ut av produksjonslokalet, gjennom å fokusere på hvordan den brukes eller ikke-brukes. Brukeren ses her som en aktiv deltaker i hverdagsliggjøring av teknologien.

Domestication is the practical as well as emotional adaption to technologies. It is a process of appropriating an object to make it meaningful to one's life. Once meaning has been attributed to it, it functions as an expression of self (Lie og Sørensen 1996:17).

Domestisering er med andre ord et perspektiv for å beskrive prosessen ved at en teknologi gis mening av brukeren, og på hvilken måte den gjennomgår en sammensatt prosess hvor mening og hensikt forhandles og reforhandles gjennom bruk (Aune 1996:93). Knut Sørensen (2004) mener at "den lille kreativiteten" er det som danner grunnlaget for hvordan vi organiserer hverdagen, og for hvordan vi tar i bruk, eller ikke tar i bruk, teknologi.

Silverstone, Hirsch og Morley (1992) definerer fire dimensjoner, eller faser, ved domestisering: 1) Tilgang (*Appropriation*): Når omsorgsteknologien bestilles og bringes inn på sykehjemmet. Den blir *en del av* institusjonen, og gis en *mening* av brukerne. 2) Objektivisering (*Objectification*): Teknologien gis en verdi, og meningsinnholdet tolkes og forhandles. Her defineres løfteren i henhold til hvordan den *skal* brukes, 3) Internalisering (*Incorporation*): Omsorgsteknologien internaliseres i sykehjemmets hverdagsrutiner, og defineres ut ifra hvordan den *faktisk* brukes, 4) Omforming (*Conversion*): Når omsorgsteknologien former relasjoner mellom brukere og verden i og utenfor sykehjemmet.

Silverstone m.fl. (1992) definerer disse dimensjonene ut i fra kommunikasjons- og informasjonsteknologi og ser spesielt på hvordan denne type teknologi brukes som identitetsmarkører. Det er derfor viktig å huske på, spesielt med tanke på den fjerde dimensjonen, at denne type teknologi er forskjellig fra omsorgsteknologi. Pasientløfteren kan

forstås som et symbol sykehjemmet tar i bruk for å demonstrere til omverden at det tar i bruk ny teknologi og er en moderne institusjon. I konteksten med bruk og ikke-bruk av pasientløfterne blir det likevel mer interessant å se hvordan pasientløfteren som symbol former forholdet mellom pleiere, og mellom pleier og pasient. Det blir dermed spesielt de tre siste dimensjonene som blir viktige for studiet.

2.2.1 Praktisk, symbolsk og kognitiv domestisering

Domestiseringsperspektivet gir også tre mulige grunnlag for forståelse av teknologien i bruk; *kognitiv, symbolsk og praktisk* domestisering (Sørensen m.fl. 2000). Disse forståelsesrammene kan ikke skilles helt fra hverandre, men kan i stedet sammen bidra til en dypere analyse av teknologi i bruk og ikke-bruk.

Den kognitive domestiseringen viser til det symbiotiske forholdet mellom bruker og teknologi, altså hvordan de definerer hverandre, og hvordan de forandrer hverandre. I lys av dette kan vi se hvordan hver bruker tilegger pasientløfteren egne meninger og verdier, og hvordan de bruker den forskjellig.

Symbolsk domestisering viser blant annet til teknologien som en identitetsmarkør for brukerne (Sørensen m.fl. 2000). Dette kan for eksempel være en markør for gruppeidentitet ved å henvise til omsorgsarbeid som tradisjon, eller en markør for å skille de ulike praksisene fra hverandre. Denne dimensjonen er derfor viktig for å forstå bruk og ikke-bruk av pasientløfteren, da den gjennom domestiseringen er tildelt meninger og verdier som styrer bruk og ikke-bruk. Brukerne skaper her mening rundt teknologien, i tillegg til at de forhandler mening *med* den. Ved at pleierne bruker løfteren (eller velger å ikke bruke den) på forskjellige måter, tildeler de løfteren symbolske attributter som er med på å definerer dem selv. Gjennom dette kan vi forstå løfteren som en identitetsmarkør for pleierne som forhandler med den, og for omsorgsyirket som tradisjon.

Den tredje forståelsesrammen er praktisk domestisering, og går ut på hvor mye teknologien tas i bruk og hvordan den brukes. Her utvikler brukerne rutiner og mønstre for å implementere teknologien i sine daglige rutiner (Sørensen m.fl. 2000). Dette vil si på hvilken måte teknologier muliggjør eller begrenser relasjoner mellom mennesker og ting.

Som vi har sett gjennom domestiseringsperspektivet tillegger brukerne mening og sosial praksis til teknologien. Akrich (1992:207-208) mener at det er i designfasen at produsentene

definerer forventninger om de fremtidige brukerens interesser, ferdigheter, motiver og oppførsel. Disse forventningene blir materialisert i teknologien gjennom utforming og gjennom måten den muliggjør og inviterer til en bestemt bruk. Dette er med på å forme teknologien, og på samme tid begrense brukernes handlefrihet. Det er dette Akrich (1992:208) kaller for *skript*⁴. Skriptet er altså et rammeverk for hvordan teknologien skal brukes, og er skapt av produsentene ut i fra deres forutanelser om brukerne.

Omsorgsteknologi tas i bruk i komplekse og sammensatte situasjoner, og har også komplekse og sammensatte brukere. Det er derfor viktig å huske at disse brukerne er forskjellige og gjør ulike vurderinger i konteksten de er i. *Den definerte sluttbruker* er derfor ikke nødvendigvis et godt bilde på den faktiske brukeren (Akrich 1995). Det er de sosiale brukspraksisene som er vanskelige å forutse i sin helhet i designprosessen (Rohracher 2005:11).

Brukerne kan på sin side forhandle rundt skriptet. De kan modifisere eller sabotere dette ved å bruke teknologien på andre måter enn intendert, og gjennom dette redefinerer og tydeliggjør de handlingsrommet. De kan også velge å ikke ta i bruk teknologien. Det er dette Bruno Latour (1992) kaller for *antiprogram*. Brukerne kan dermed sies å ha en aktiv rolle i om og hvordan produktet skal brukes, en tankegang som viker bort fra den teknologideterministiske retningen som peker på at brukerne ”må” handle etter skriptet.

Bruksmåten er derfor både forutbestemt og fri samtidig. Måten brukerne tilegner, fortolker og manipulerer teknologi er avhengig av muligheter og kontekst. Denne handlingsfriheten blir likevel mer og mer begrenset når bruken i organisatoriske eller sosiale settinger blir mer institusjonaliserte (Silverstone og Haddon 1996). Den institusjonelle konteksten definerer i stor grad hvordan (og om) en teknologi brukes, men også konsekvensene av denne bruken (eller ikke bruken).

I studiet av bruk og ikke-bruk av teknologi blir det også interessant å se hvordan kunnskapen om pasientløfteren overføres mellom de ulike leddene. Dette vil si mellom gründer, produsenter, salgskonsulenter og mellom forskjellige brukere. Denne overføringsprosessen kaller Callon (1987) for *translasjon*. Dette viser ikke bare til en transport av kunnskap mellom gruppene og individene, men også at det i denne overføringen ligger fortolkninger og forhandlinger. Dette er med andre ord en oversettelse av ideer, fakta, kunnskap og fortolkninger (Callon 1987; Latour 1992; Sørensen 2004), som alle er med på å forme hvordan teknologien forstås.

⁴ Se også ”text” (Woolgar 1991)

Flere av teoriene jeg har gått gjennom i dette kapitlet, er teorier som ser på andre typer av teknologier enn det som er gjeldende for min oppgave. Eksempler på dette er at både Silverstone m. fl. (1992) og Aune (1996) i sine studier tar for seg teknologier som datamaskinen og IKT. Disse ser brukerne som konsumenter, som har andre motiver og tillegger teknologien andre verdier enn det som er relevant ved omsorgsteknologi. Ved omsorgsteknologi er det også andre attributter enn identitetsdannelse og symbolverdi som blir viktig. utfordringer som å beholde *den gode relasjonen* mellom pleier og pasient er her av spesielt stor betydning.

2.3 Omsorg

På 1970- tallet ble kommunene påvirket av en ”nærmiljøoptimisme”, som idealiserte lokalsamfunnet som omsorgsyter (Raustøl 1993). Tidligere ble eldre pleietrengende tatt hånd om av familie, og da spesielt av kvinnene. Etter at flere av disse kvinnene ble yrkesaktive på 1980-tallet fikk kommunene i større grad ansvaret for helse- og omsorgstjenestene (Garsjø 2003). Senere oppstod det et større fokus på det å kunne måle kvalitet, effektivisere tjenestene og utøve resultatkontroll via budsjett (Ytrehus 2013). Dette resulterte i en rekke reformer, blant annet New Public Management. Gjennom denne reformen oppstod det et større fokus på en standardisering og effektivisering av tjenestene. Med reformen følger altså en annen logikk enn det som er nødvendig for eldreomsorgen. Med et større fokus på effektivitet, i tillegg til flere og sykere pleietrengende har omsorgsarbeidet endret seg. Effektivitet står i motforhold til det som mange vil karakterisere som *god omsorg*, og skaper et dilemma for mange pleiere. Når pasientene i tillegg er sykere stiller dette andre krav til pleie enn det som det tidligere har vært behov for.

For å sikre kvalitet i de standardiserte tjenestene har det altså blitt viktig med *målinger* og *resultatkontroll*. Kvalitet forstås av mange i dag som noe som *skal* og *kan* måles, og er med på å forme vår forståelse av hva *god omsorg* er (Slagvold 1999:105). Med kvalitet menes det at tjenestene som ytes er gode for dem som mottar dem (Slagvold 1999). Pasienter på sykehjem er som nevnt ofte av de sykeste, og det er dermed naivt å tro at alle pasienter kan og vil si ifra dersom de opplever at tjenestene de mottar er av dårlig kvalitet. Kvaliteten blir derfor ofte definert av omsorgsarbeidere og pårørende. Sett i kontekst av omsorgsarbeid forstår jeg ”god kvalitet” som tjenester som blant annet ivaretar brukerens verdighet.

Gjennom denne reorganiseringen av omsorgstjenestene har også hvordan man omtaler og forstår hjelpmottakerne forandret seg, og i denne settingen blir det derfor også relevant hvordan alderdom forstås. Måten vi omtaler pleiemottakerne er ikke uskyldig, og er på mange måter et resultat av, og en kilde til, hvordan omsorgstjenestene organiseres i dag. Ved en økende grad av individualisering, i tillegg til idealet om *en aktiv* alderdom (Thorsen og Wærness 1999:14), stilles det forventninger om at de eldre bør være aktive og selvhjulpne så lenge som mulig (Thorsen og Wærness 1999:16). Gjennom dette kommer det også til uttrykk om at det er et ideal at eldre skal bli boende i sitt eget hjem så lenge som mulig. Dette ser vi også gjennom en utbygging og satsing på hjemmetjenestene. Allerede i 1955 ble det formulert av *De gamles helsekomité* at de eldre skulle bo i eget hjem lengst mulig (Thorsen og Wærness 1999:17). Institusjonene skulle bygges ned, og satsingen på hjemmeomsorg skulle økes. I dag ser vi nettopp en stor utbygging av hjemmetjenestene, mens sykehjem stadig vekk må legge ned plasser. Gjennom den økte satsingen på hjemmetjenester i dag, har derfor terskelen for å få plass på sykehjem blitt vesentlig høyere enn det den var for bare noen få år siden. De eldre som får innvilget permanent plass på sykehjem, er dermed av de sykeste og av de som trenger mest tilsyn og hjelp. Det har med andre ord oppstått et større skille mellom *de friske eldre* og *de syke eldre*. En spesiell gruppe her er eldre med demens. Flere og flere eldre opplever kognitiv svikt, og dementavdelingene er fylt til randen. Personer med kognitiv svikt som har behov for heldags tilsyn og pleie blir derfor ofte boende på sykehjemsavdelinger. Dette gir ytterligere utfordringer til pleiepersonalet da mange av disse fremdeles er i god fysisk form, og krever dermed blant annet et tilpasset aktivitetstilbud.

2.3.1 Omsorg på mikronivå - relasjonen mellom to mennesker

Det er omsorg på mikronivå jeg først og fremst er interessert i å studere i dette studiet, og her er det relasjonen mellom to individer som blir viktig. Karen Christensen (1999:139) skiller mellom *omsorg* og *omsorgsarbeid*, og mener at om omsorgsarbeidet er preget av omsorg, er i stor grad avhengig av personen som yter den. Denne forståelsen skiller med andre ord mellom den fysiske pleien, og omsorg som en individuell og mellommenneskelig relasjon. Omsorg *gjøres* i møtet mellom pleier og pasient (Tjora 2008), og defineres som en streben "*etter å møte det konkrete, spesifikke og individuelle ved mottakerens avhengighet av hjelp*" (Christensen 1999:139). Omsorgen er dermed kontekstavhengig, og utspiller seg relasjonen mellom to personer "*der man har en personlig omtanke for og vil sørge for å hjelpe den/de andre*" (Thorsen og Dyb 1993 i Thorsen 1999:67).

Nærheten mellom omsorgsmottaker og omsorgsyter handler delvis om institusjonelle rammer, som for eksempel tid avsatt til hver mottaker, samt type og omfang av tjenestene som skal utføres (Christensen 1999:140). Delvis handler denne også om moralske vurderinger og ”*hvorvidt det lar seg gjøre for den enkelte ansatte å endre det ansvaret hun (eller han) har fått, fra å være tildelt til å bli et opplevd ansvar*” (Christensen 1999: 140). Dette opplevde ansvaret er i stor grad bygget på empati, som også er en avgjørende del av omsorgsrasjonaliteten.

2.3.2 Omsorgsrasjonalitet

Kompleksiteten rundt omsorgsarbeid er svært vanskelig å definere, og den er også vanskelig å forstå dersom en ikke har erfaring fra omsorgsyirket selv. Dette er fordi et omsorgsarbeid krever av pleieren en forståelse og en rasjonalitet som ikke finnes i andre yrker. Kari Wærness (1999:55) har gjort et forsøk på å definere denne kompleksiteten, og innført begrepet ”omsorgsrasjonalitet”. Dette kan sees som en videreutvikling av Sørensens (1982) ”ansvarsrasjonalitet”, og innebærer en *kontekstuell og beskrivende* forståelse av oppgavene i omsorgsarbeidet som ikke kan kontraktfestes (Wærness 1999:55).

Omsorgsrasjonaliteten innebærer at en søker å styrke den omsorgstrengendes selvhjelpenhet så langt det er mulig, på samme tid som en vet at uansett hva en gjør, må en være forberedt på at den omsorgstrengendes hjelpebehov kan bli større. (Wærness 1999:56)

Omsorgsrasjonaliteten gir en forståelse av at *den gode omsorgen* krever en viss evne til innlevelse i pasientens situasjon og forutsetter at omsorgsarbeiderne er bevisste og medfølende aktører (Wærness 1999:56). Denne rasjonaliteten befinner seg et sted mellom *plikten* til å hjelpe og *ønsket* om å hjelpe.

For å forstå de moralske og omsorgsrasjonelle vurderingene som er en del av omsorgsarbeideres hverdag, er det svært viktig å forstå betydningen av relasjonen mellom pleier og pasient. På sykehjem er de fleste eldre *avhengige* av pleie og omsorg fra pleierne, som ofte er fremmede personer. Omsorgsarbeidet er preget av mange svært intime situasjoner, som ved stell og toalettbesøk, og dette vil nødvendigvis prege relasjonen deres. Dersom pasienten er dement, vil det kunne oppstå andre problemstillinger i tillegg. Denne relasjonen forutsetter uansett store mengder med tillit og empati. Relasjonen tar i mange tilfeller over, eller blir et substitutt til, de normative reguleringene og forventningene som finnes mellom ektefeller, og mellom foreldre og barn (Thorsen 1999). Det kan dermed diskuteres om denne

relasjonen i mange tilfeller blir deres primære relasjon. Samtidig er dette et arbeid for pleieren, og i enkelte tilfeller også *kun* et arbeid.

I følge Thorsen (2001) og Tjora (2008) oppstår det her et maktforhold mellom pleier og pasient. Pasienten er ofte avhengig av at pleieren utfører sine oppgaver, og står derfor som underlegen og kan oppleve avmakt (Thorsen 2001). Følelsen av å ikke være selvhjulpen, men være avhengig av et annet menneske for å kunne gjøre hverdagslige sysler, er noe som tynger mange eldre, og kan føre til en følelse av maktesløshet. Det oppstår et forhold med ulikevekt i giver- og mottakerforholdet, og ved at pasienten inntar rollen som avhengig av pleieren, ”aksepterer” han eller hun rollen som mottaker og *pasient*. Rollen som pasient oppstår i møtet med institusjonen, og institusjonens ansatte og forsterkes av sykehjemmets daglige rutiner i tillegg til den følte avmakten (Tjora 2008).

En viktig del av omsorgsrasjonaliteten består derfor også av å sette seg inn i pasientens situasjon som maktesløs og avhengig. Når dette gjøres utøves omsorg som er personlig og ekte. Problemstillingen om maktforhold og oppfattelsen av hverandres roller påvirker også pleiernes forståelse av omsorgsarbeidet. Det er dessverre ikke bestandig samsvar mellom hva som er best for pasienten, hvem som skal definere dette, sykehjemmets retningslinjer, kommunale vedtakskontor, og pasientens egne ønsker. Helsepersonell kan i disse situasjonene oppleve en konflikt mellom hva som bør gjøres og hvem som skal få bestemme. Som pleier har en et ansvar for pasientens sikkerhet og velvære, i tillegg til at man må forholde seg til vedtak og normer. Vabø (2007) fant likevel i sitt studie av hjemmetjenestene at omsorgsarbeiderne ofte valgte å overse vedtak og bestemmelser til fordel for det de mente var *det beste for pasienten*. Dette viser til at omsorgsrasjonaliteten kan sies å være sterkere enn institusjonelle bestemmelser og retningslinjer.

Som vi har sett ovenfor er pleieyrket komplekst, og innføring av teknologiske innovasjoner i omsorgen er ikke uproblematisk. Ved innføring av ny velferdsteknologi er for eksempel en av bekymringene at teknologien skal senke kvaliteten ved omsorgsarbeidet, ved at den brukes *i stedet for*, og ikke *i tillegg til* omsorgsarbeidere. Denne problemstillingen danner grunnlaget for om teknologien blir et *praktisk verktøy* for å bedre helsetjenestene, eller om den blir et *inngrep i omsorgsarbeidet* (Christensen 1999:145). Den nye teknologien fører ofte også med seg standarder og rutiner, og setter krav til kunnskap hos brukeren, og en generell kompetanseheving i omsorgsektoren.

Velferdsteknologiske løsninger kan altså bidra med både løsninger og utfordringer i helse- og omsorgssektoren. For å forstå *muligheten til brukerinnflytelse på teknologisk innovasjon i omsorgsarbeid* er det derfor for det første viktig å undersøke hele innovasjonsprosessen, inkludert domestiseringen. For det andre er det viktig å undersøke hvordan bruken eller ikke-bruken formes av omsorgsrelasjonen til pasientene.

3. METODE

3.1 Caset

Caset for denne oppgaven er pasientløfteren *Molift*. Pasientløfteren er en helseteknologi som er designet for å gi pasientene en ”trygg, komfortabel og verdig forflytning” (Etac.no), i tillegg til å gi helsearbeidere avlastning i helsearbeidet. Løfteren brukes hovedsakelig ved forflytning og løfting av pasienter mellom seng, rullestol, toalett, dusjstol eller lignende, og brukes ved at et *seil* plasseres under eller rundt pasienten. Løfteren brukes også til barn og funksjonshemmede, men i denne oppgaven vil det være eldre som bor på sykehjem som er i fokus.

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i tre forskjellige løftere; *Molift takløfter*, *Molift oppreisningsløftere* og *Molift passive personløftere*⁵.

Molift takløfter er en løsning som baserer seg på et skinnesystem som er montert i taket eller på veggen. Den har en heismotor, og 4- punkts løfteoppheng som skal bidra til å gjøre løftet stabilt, og forhindre at brukeren svinger fra side til side (Molift.no). Ved montering av en takløfter er det viktig at dette gjøres tidlig i byggeprosessen. Dette er blant annet for at plasseringen av skinnene skal være hensiktsmessig i forhold til ventilasjon, elektro og lignende, i tillegg til dører og ”løftepunkter” (toalett, seng og lignende). Løfteren brukes i all hovedsak til pasienter som har lite eller ingen førllighet i armer og eller ben, og som følgelig ikke kan delta aktivt i løfteprosessen selv.



⁵ Bildene i forbindelse med løfterne er lånt fra produsentens hjemmesider: www.etc.no, og www.molift.no (med unntak av nr. 3 (neste side) som er hentet fra følgende nettside: <http://www.reableme.co.uk>). Bildene er med i oppgaven for å demonstrere hva en pasientløfter er, og hvordan den brukes. De smilende pasientene på bildene er derimot ikke representative for alle pasienter som bruker en løfter, og viser dermed til en ideell forflytningssituasjon.

Molift passive gulvgående personløftere har mange likeheter med takløfteren. Denne har også et 4-punkts oppheng, og er også hovedsakelig designet for pasienter som har lite eller ingen førlighet i armer og eller ben. Den største forskjellen mellom denne og takløfteren er at denne er mobil. Mens takløfteren følger skinner som er montert i taket, er denne satt på hjul, sånn at den er enkel å ta med seg og kan brukes utenfor pasientens rom. Denne, i tillegg til *Quick - Raiseren*, er av de mest brukte løfterne.



Molift oppreisningsløfter, eller Molift *Quick - Raiser* er designet for å forflytte pasienten stående. Denne ble tildelt Den Norske Designprisen for sin ”*banebrytende design- og funksjonalitet*” (Molift.no). *Quick - Raiseren* hjelper pasienten opp fra en sittende posisjon til en stående, ved hjelp av en skråstilt søyle. Ved bruk av denne bør pasienten ha noe førlighet i ben og armer. Seilet som hører med løfteren har en utforming som gjør det enklere med av- og påkledning. Dette, ved siden av at løfteren i seg selv er betraktelig mindre enn Molift passive personløftere, gjør at den passer godt til toalettbesøk.



Et seil er et tøyestykke som plasseres under eller rundt pasienten (avhengig av type løfter), og som festes til løfterens oppheng. Molift seilene er utformet med tanke på pasientens komfort og at det skal være enkelt for pleieren å legge det til under pasienten (Molift.no). De kommer i forskjellige størrelser og tykkelser, sånn at det skal være enkelt å tilpasse seilet til pasienten. Til takløfteren og til den gulvgående ”passivløfteren” finnes det mange forskjellige seil som kan tilpasses etter hva den skal brukes til. Eksempler på dette er badeseil, toalettseil, og liggeseil.

3.2 Min påvirkning på studiet

Det er gjennom mine fire år som pleievikar ved to forskjellige sykehjem at jeg har fått kjennskap til og interesse for velferdsteknologi, den rasjonaliteten som hører omsorgsyrket til, og hvilke utfordringer omsorgsteknologi kan gi. Grunnen til at jeg valgte pasientløftere som

case for dette studiet er at jeg observerte hvordan løfteren brukes på forskjellige måter, og ikke minst hvordan den i blant ikke brukes. Det har fascinert meg lenge hvordan denne teknologien forstås, og hvordan det er brukerne som gir den mening og former dens bruksområde, og ikke bare de som produserer den. Denne type teknologi gjør noe med pleieyrket, og den relasjonen som oppstår mellom pleier og pasient, og skaper dermed moralske problemstillinger i omsorgen. Den er et godt eksempel for å demonstrere det mellommenneskelige blant teknologien, og den kalde teknologien blant varme hender.

Måten jeg har valgt å nærme meg temaet på er inspirert av C. Wright Mills. Han legger vekt på at forskeren skal bruke seg selv og sine erfaringer aktivt i arbeidet med å gjøre forskning, og ”ikke skille studiet fra livet” (Mills 2000 [1959]:195). Han mener at det er viktig å forstå hvordan fortiden spiller inn i det arbeidet man gjør i dag, og hvordan dette også legger grunnlaget for fremtidige arbeid (Mills 2000 [1959]:196). Jeg har forsøkt å gjøre nettopp dette ved å reflektere over egen erfaring, samt å gjøre valg gjennom hele prosessen som jeg mener vil tjene oppgaven. Eksempler på dette er at jeg har valgt studieemner både ved og utenfor eget institutt, for å få best mulig kjennskap til temaer som innovasjon og brukerinvolvering. Jeg deltok også på konferanser, seminarer og møteserier våren og høsten 2012. Dette gjorde jeg for å tilegne meg bakgrunnskunnskap og inspirasjon om velferdsteknologi og informasjon om hvilke satsinger som gjøres i dag. Disse møtene med velferdsteknologi har på mange måter formet min interesse og min forståelse.

Dette studiet startet som en etnografisk tilnærming til temaet. Dette vil si at det var gjennom mine vakter på sykehjemmene jeg ble interessert i, lærte om, og observerte bruken av pasientløftere. Siden jeg ikke var på sykehjemmet for å samle data, men som pleiemedarbeider, har jeg likevel valgt å ikke ta i bruk data herifra. Dette er først og fremst av etiske hensyn til medarbeidere siden jeg ikke informerte om mitt studie utover det som passet inn i hverdagslige samtaler. Denne indirekte datainnsamlingen har likevel bidratt mye til prosjektet, ved at jeg har fått testet ut antakelser, og observert løfteren i bruk. Dette har vært med på å forme mine hypoteser og gi inspirasjon til utformingen av temaguidene. Denne bakgrunnen har også i stor grad preget på hvilken måte jeg har tolket det jeg har observert og hørt, med andre ord det Nilsen (2012:61) kaller for *forforståelsen*.

Alt dette har vært med på å gi oppgaven min en mer personlig vri, samtidig som det har vært til uvurderlig hjelp og inspirasjon. Jeg mener også det er viktig å få frem hvilken bakgrunn jeg har, og hvilke vurderinger jeg har gjort, da det vil være naivt å tro at dette ikke har farget

studiet. Dette blir tydelig gjennom måten jeg fremstiller deler av en virkelighet på, og hvordan jeg utelater å presentere deler av en annen (Alvesson og Sköldberg 1994).

3.3 Prosessen

Et av de viktigste rådene jeg fikk fra min veileder var å begrunne alle valgene som ble gjort underveis i prosessen. Hun foreslo at jeg skulle ta i bruk en liten notatbok hvor jeg kunne notere ting jeg kom på underveis (inspirert av C. Wright Mills' journal (2000 [1959])). Jeg fulgte hennes råd, og brukte notatboken til nye ideer (både gode og dårlige), spørsmål, titler på artikler jeg kom over, "feltnotater", metodemessige utfordringer og så videre. Denne notatboken har vist seg å være en uvurderlig hjelp i prosessen, spesielt i utformingen av denne metodedelene. Den har hjulpet meg med å reflektere over egen erfaring, min rolle i møte med informanter og valgene jeg har gjort i denne prosessen. Å greie ut om valgene som er gjort bidrar til en metodisk *transparens* som er nødvendig for å oppnå troverdige resultater (Tjora 2010:14). I den videre gjennomgangen av metodisk fremgangsmåte vil jeg forklare hvilke vurderinger som er gjort i *forberedelsene* til intervjuene, under *intervjuene*, og i *behandlingen og analysen av dataene* etter intervjuene var gjort.

3.3.1 Forberedelser

Målet med studiet er å gi en god beskrivelse av mulighetene til brukerinnflytelse på teknologisk innovasjon i omsorgsarbeid. Dette gjør jeg ved å studere innovasjonsprosessen, inkludert domestiseringen, av pasientløfteren Molift, samt ved å undersøke hvordan bruken eller ikke-bruken formes av omsorgsrelasjonen til pasientene.

For å nå en detaljert og fyldig beskrivelse av pasientløfteren, både som innovasjon, og som helseteknologi i bruk, ønsket jeg dermed tre grupper av informanter. Hans Kasper Andresen er gründeren bak bedriften Molift og pasientløfteren, og dermed et naturlig ønske som informant. Dette fordi jeg ønsket å lære mer om løfterens historie og om under hvilke omstendigheter den har blitt til. I tillegg ønsket jeg å lære om hvordan marked og produksjon har formet løfteren, og tok dermed kontakt med Etac (som nå har kjøpt opp bedriften Molift), som produserer løfterne. Til slutt ønsket jeg å lære om hvordan løfteren forstås og domestiseres av de som bruker teknologien til daglig, nemlig helsepersonell ansatt ved sykehjem. Pasientene som tar i bruk løfteren kan selvsagt også forstås som brukere, men i

denne sammenhengen er det helsepersonalets erfaringer, og deres relasjon med pasienten som blir viktig.

Det ble dermed tidlig klart at en kvalitativ tilnærming gjennom intervju ville gi meg den dypere forståelsen jeg var ute etter. Intervjuformen har den fordelen av å produsere *thick descriptions* (Geertz 1973), som vil si at informantene får mulighet, og oppfordres til, å komme med fyldige og detaljerte beskrivelser av et gitt tema. I mitt prosjekt er det spesielt pleiernes erfaringer og vurderinger, i tillegg til Hans Kaspers og produsentenes fortellinger som blir viktige.

Produsentene og pleierne ønsket jeg å intervjuer om temaer som henvender seg til dem som representanter for en bedrift, eller som representanter for en tradisjon. Jeg vurderte dermed at *fokusgrupper* ville være formålsmessig for disse informantene. En fokusgruppe er en datainnsamlingsmetode der data genereres i en gruppesituasjon, omkring et tema som er definert av forskeren (Morgan 1998). Forskeren opptrer her som *moderator*, som styrer diskusjonen i ønsket retning og passer på sånn at alle deltakerne slipper til. Mitt tema egner seg godt til gruppediskusjoner, da det er *den kollektive erfaringen* som blir viktig for mitt studie. Ved at informantene sitter sammen i grupper genererer de en annen type informasjon enn det de ville gjort individuelt. Dette er en prosess der informantene bedriver ”sharing and comparing” (Morgan 1998:12) ved at de deler av personlige erfaringer, og sammenligner seg med andres erfaringer. Jeg mente denne metoden ville være best egnet for mitt studie, da jeg var interessert i pleierne og produsentene som faggruppe, og ikke bare som individer. I tillegg er dette en god og effektiv metode å bruke dersom forskeren vet lite om temaet fra før av (Morgan 1998). Jeg har god kjennskap til løfteren gjennom sykehjemmet, men ønsket å utforske pleiernes forståelse av løfteren. Målet med intervjuet var dermed å lære om den kollektive erfaringen de har, i tillegg til individuelle vurderinger som gjøres.

Det er vanlig med seks til åtte informanter ved fokusgruppeintervjuer (Morgan 1998), men av flere grunner valgte jeg å utføre intervjuene med 2-3 informanter. Dette kalles av Krueger (1994) for en *mini fokusgruppe*. Hovedgrunnen til at jeg gjorde dette valget var for at intervjuene skulle foregå i arbeidstiden til mine informanter, og det ville vært en utfordring å få tak i flere pleiere eller flere produsenter som kunne stille opp på dette tidspunktet. Det var med andre ord tilgjengelighet som i størst grad påvirket dette valget.

Gründeren var jeg interessert i som individ, så her valgte jeg derfor å gjøre et dybdeintervju. Dybdeintervju er en av de mest brukte metodene innenfor kvalitativ forskning (Legard,

Keegan og Ward 2003), og dette med god grunn. Jeg var først og fremst interessert i å høre Hans Kaspers historie, og dybdeintervjuet så jeg som beste metode for å gjøre dette. I en dybdeintervjusituasjon er relasjonen mellom intervjuer og informant spesielt viktig, og det er mellom disse at informasjon genereres.

Som ved alle prosjekt har forskeren visse forventninger til hva han eller hun kommer til å finne. Selv ved et ønske om å være eksplorativ i måten en foretar innsamling, vil det bestandig ligge hypoteser til grunn. Bare ved å velge tema, informanter og innsamlingsmetode har en lagt føringer på hva en vil finne. På denne måten kan vi si at mye av analysen er formet på forhånd (Widerberg 2001:59). Før jeg gikk i gang med datainnsamlingen hadde jeg en forestilling om at det jeg ville finne var mangel på brukerinvolvert innovasjon. En hypotese jeg hadde var at pasientløfterne ble lite brukt for at de ikke svarte til det behovet brukerne hadde, og at dette igjen var et resultat av at brukerne ikke på noen måte var involverte i innovasjonsprosessen. Disse forventningene har påvirket blant annet valg av informanter, intervjumetode og temaguide.

Før jeg satte i gang prosessen med å rekruttere informanter utformet jeg tre temaguides; en til produsentene, en til gründeren og en til pleierne (se vedlegg 1, 2 og 3). Alle temaguidene bestod, som navnet tilsier, stort sett av overordnede temaer og åpne spørsmål. Dette var fordi jeg ønsket at informantene selv skulle styre mye av intervjuet, og for at mine spørsmål først og fremst skulle åpne for diskusjon og refleksjoner i gruppen. Jeg valgte å ta i bruk temaguides både til fokusgruppene og til dybdeintervjuene. På grunn av spørsmålenes åpne karakter var det enkelt å tilpasse guiden etter type intervju og intervjugruppe. Til intervjuet med gründeren var dette en fordel da jeg enkelt kunne styre intervjuet inn på de temaene jeg var interessert i, og samtidig åpne opp for at Hans Kasper kunne komme med refleksjoner og digresjoner (Kvale 1996:124). Enkelte justeringer av intervjuguidene ble gjort i etterkant av de første intervjuene. Ting jeg kom på underveis og som jeg ønsket å spørre neste gruppe om ble notert i notatboken som jeg hadde med. Jeg valgte å kun gjøre korte notater underveis i intervjuet, da jeg ikke ønsket at dette skulle virke forstyrrende på diskusjonen som foregikk.

Da det ble tid for å kontakte informantene, tok jeg først kontakt med Etac for å høre om de var interessert i å bli knyttet til oppgaven, og i tillegg stille opp på intervju. Det var gjennom disse jeg fikk videre kontakt med gründer og pleiere. Min kontaktperson ved bedriften ønsket å stille opp selv, og ville også finne en produsent til som skulle stille til intervju sammen med

han. Av hensyn til anonymitet vil jeg ikke gå nærmere inn på kriterier jeg satt for deltakelse ved bedriften. Jeg kontaktet så Hans Kasper, som var veldig interessert i være med.

Det var gjennom Etac jeg fikk kontakt med et sykehjem som tar i bruk Moliften. Jeg sendte et informasjonsskriv (se vedlegg 4) til min kontaktperson ved sykehjemmet, som videre kontaktet aktuelle pleiere på hjemmet. Kriteriene jeg stilte for pleierne var at de skulle kjenne til, og ha tatt i bruk Moliften. Jeg ønsket også en spredning i pleiernes alder og erfaring. Dette var viktig for meg da jeg både ønsket pleiere som hadde opplevd pleieyrket uten løfter, i tillegg til at jeg ønsket å lære om hvordan opplæringen gjøres i dag. I tillegg hadde jeg en hypotese om at løfteren brukes forskjellig av eldre og yngre pleiere, da yngre pleiere muligens er mer vant til å ta i bruk teknologi. Jeg ville dermed få varierte erfaringer og opplevelser. I tillegg var det ønskelig å få pleiere fra forskjellige avdelinger og med ulik erfaring. Dette var for å dekke et vidt spekter av bruk.

Når jeg tok kontakt med sykehjemmet fikk jeg inntrykk av at de svært gjerne ville delta på prosjektet, og ble fortalt at de veldig gjerne ville gi litt av sin tid hvis det ga grunnlag til ny forskning. Min kontakt ville ta seg av rekrutteringen, og skulle gi meg beskjed så fort dette var ordnet. Etter dette første, og svært imøtekomne møtet over e-post, ventet jeg på at min kontaktperson skulle si ifra når hun hadde ordnet med nok informanter. Vi skulle deretter avklare tid og sted for intervjuet. Tiden gikk, og ikke noe svar. Jeg grunnet over om kriteriene var for definerte, eller om jeg kanskje hadde vært for håpefull om antallet informanter som ønsket å være med. Jeg sendte dermed en e-post til min kontaktperson igjen, for å høre om hvordan arbeidet med å få tak i informanter gikk. Hun hadde glemt prosjektet mitt, og jeg fikk da bekreftet at masteroppgaven som på dette tidspunktet var min hovedbeskjeftigelse, ikke nødvendigvis sto øverst på andres prioriteringsliste. Dette førte prosjektet et steg tilbake i tidsskjemaet. Selv om dette var en frustrerende opplevelse, har jeg full forståelse for at en hektisk og stressende hverdag kan føre til forglemmelser. Jeg informerte derfor nok en gang om prosjektet mitt, og forespurte nok en gang om informanter til intervjuet. Kvinnen jeg hadde hatt kontakt med beklaget forglemmelsen, og ga meg kontaktinformasjon til andre på hjemmet som forhåpentligvis hadde mer tid til å hjelpe meg. Etter dette gikk det ikke mer enn en uke før jeg hadde nok informanter, samt avtalt både tid og sted for intervjuet.

Informantene fikk i stor grad selv velge tidspunkt og sted for intervjuet. Både intervjuet med produsentene og pleierne foregikk derfor på respektives arbeidsplass, noe jeg så som en fordel. Ved å gjøre intervjuet på arbeidsplassen var jeg sikret oppmøte, i tillegg til at jeg ble

invitert til å benytte meg av bedriftenes ledige kontorer til intervjuet. Informantene ønsket også å foreta intervjuene i arbeidstiden. Jeg hadde på forhånd informert om at intervjuet ville ta ca en time, en frist jeg også var forberedt på å måtte holde meg til.

Som Karin Widerberg (2001) forteller i sitt prosjekt om trøtthet, tar studier på arbeidsplasser mye mer tid, og kan være mer utfordrende enn forventet. Forskeren har begrensede muligheter til å påvirke når intervjuene skal gjøres, da dette må passe inn i arbeidsgivers og de ansattes rutiner og tidsskjemaer (Widerberg 2001:70). Forskeren må derfor tilpasse seg dette. Sykehjem er i tillegg en arbeidsplass med både svært rutinefylte dager, samt mange uforutsette hendelser. Bortsett fra at planleggingen av intervjuene tok mer tid enn forventet, fungerte det likevel svært godt å foreta intervjuene på arbeidsplassen. Fordeler med å foreta intervjuene i lokaler som er kjente for informantene kan være at dette påvirker informantene i større grad til å føle seg trygge, og er med på å skape en avslappet atmosfære.

Jeg ble invitert til å foreta intervjuet med gründeren i hans hjem. Å foreta intervjuer hjemme hos informanten kan være både fordelsaktig og begrensende. Selv om ingen setting er fullstendig nøytral (Macnaghten og Myers 2004), kan det å foreta intervjuet i informantens hjem påvirke relasjonen mellom informant og forsker spesielt. Å intervju informanten på hjemmebane legger føringer på rollene som blir gjeldende, ved å befinne seg i skjæringspunktet mellom det Goffman (1992 [1959]) kaller for *frontstage* og *backstage*. Begrepene er sentrale deler av Goffmans dramaturgi, og peker på rollene som blir gjeldene på den private og den ”offentlige” arenaen. Det er her selvpresentasjon blir gjort, og forhandlet (Goffman 1992 [1959]). Hjemmet kan ses som en arena for backstage, da denne er privat og det er her en slapper av og ”er seg selv”. Når jeg som forsker entrer hjemmet blir denne arenaen mindre privat, og Hans Kasper inntar dermed en annen rolle enn det han ”normalt” ville gjort i sitt eget hjem.

I tillegg vil informanten være på hjemmebane, og dermed sitte med kontrollen. Dette kan virke positivt inn på intervjuet ved at informanten har kontroll over situasjonene, og dermed føler seg mer komfortabel. Det kan også virke inn negativt ved at forskerens makt blir redusert (Macnaghten og Myers 2004), og mister mulighet til å holde struktur og tid.

Før jeg startet intervjuene tenkte jeg mye på hva slags rolle jeg skulle innta. Skulle jeg være den unge studenten som var der for å høre på produsentenes og gründerens ekspertise, eller skulle jeg ta en mer fremoverlent og autoritær rolle. Det er muligens naivt å tro at man kan velge, men det å ha reflektert over dette på forhånd vil kunne være med på påvirke relasjonen

som oppstår. Små ting som hvordan forskeren sitter på stolen, om man har armene på bordet og hvordan forskeren kler seg er bare få av mange faktorer som er med på å danne det inntrykket informantene får, og er dermed også med på å forme relasjonen mellom partene. Når eksperter skal intervjues er det også viktig å reflektere over hvilke forventninger en som forsker har til disse. De fremstilles for flere forventninger som er knyttet til deres ekspertstatus, og karakteriseres derfor ikke bare ut i fra deres kunnskap, men også ut ifra et system av kunnskapsrepresentasjoner (Froschauer og Lueger 2009).

3.3.2 Intervjuene

Jeg innledet alle intervjuene med en presentasjon av meg selv, og mitt prosjekt, og fortalte om formaliteter som muligheten for å trekke seg, anonymitet og at jeg gjerne ville ta i bruk diktafon. Det var ingen av mine informanter som var imot at jeg tok opp intervjuet, men jeg forsøkte likevel å holde en lav profil med diktafonen, da denne kan virke forstyrrende. Det var viktig for meg å presisere at jeg var der for å lære av deres erfaringer, og at det derfor var dialogen mellom dem som var viktig.

Det første intervjuet var med representantene for produsenten. Jeg ba dem om å presentere seg selv, deres rolle og hvor lenge de hadde vært i bedriften. I dette intervjuet deltok to informanter, begge med noenlunde like lang erfaring fra bedriften Etac, og begge har vært med over fra bedriften Molift. To informanter er muligens en for liten gruppe til å kunne kalle det en fokusgruppe, men jeg opplevde likevel mange av de samme fordelene. De bygget på hverandres erfaringer og uttalelser, den ene satt med informasjon ikke den andre hadde, og det var ellers et godt samspill dem imellom. De var begge to veldig aktive og gode informanter, som velvillig delte av sine erfaringer. Som moderator opplevde jeg at intervjuet fløt godt, og jeg fikk mye god data.

Intervju nummer to var intervjuet med Hans Kasper. Han inviterte meg som nevnt hjem til seg selv, hvor jeg ble tatt godt i mot. Siden vi var i hans hjem tok intervjuet mer en form som en hyggelig samtale over vafler og kaffe. Hans Kasper var veldig glad i å fortelle, og han styrte mye av intervjuet. Det jeg fant noe utfordrende ved dette intervjuet var å beholde en viss struktur. Det ble mange digresjoner, og jeg mistet til tider litt oversikt over hvor vi var i intervjuet. Jeg kom likevel igjennom alle temaene jeg hadde planlagt, og jeg fant stort sett bare fordeler ved at han tok styringen. Det var historien hans jeg var ute etter, og han var svært interessert i å fortelle. Jeg fikk dermed svar på mange av mine spørsmål, uten å måtte

spørre. Det var mange fordeler ved å gjøre dette intervjuet hjemme hos informanten. Underveis i intervjuet hentet han frem bilder og brosjyrer fra de første løfterne for å demonstrere. I tillegg fikk jeg ved intervjuets slutt ta en titt i verkstedet hans hvor Hans har designet mange av Molifts løsninger.

I forkant var jeg noe usikker på hvilke forventninger Hans Kasper hadde til intervjuet. Jeg hadde tidligere informert om at jeg er sosiolog, og kortfattet beskrevet temaet for oppgaven. Som ingeniør tilhører han en annen kunnskapstradisjon enn det jeg som sosiolog gjør. Det er vanskelig å si om dette påvirket intervjuet i noen grad. Jeg merket til tider at han ble veldig teknisk i språket, da han for eksempel fortalte meg om ”antidekubitus” og ”aktuatorer”. Dette ligger et stykke utenfor mitt fagfelt, men det var likevel spennende å lære om. Dette kan ha vært en måte å fremme sin rolle som ekspert på, men jeg fikk likevel ikke inntrykk av at dette var en bevisst strategi fra hans side.

Intervju nummer tre og fire var fokusgruppeintervjuene med pleierne. Begge gruppene var satt sammen av tre kvinner i alderen 20 til 60, med fra 4 uker til 31 års erfaring fra sykehjem eller lignende. Informantene i de to gruppene var enten tilknyttet sykehjemmets korttidsavdeling eller langtidsavdeling. Det er vanlig på sykehjem at helsepersonell hjelper til der det trengs, og mange av informantene hadde derfor erfaring fra begge avdelingene. Disse intervjuene ble gjort over to dager, og varte i 45 og 65 minutter. Det kan diskuteres om 45 minutter er tilstrekkelig med tid til å foreta et givende fokusgruppeintervju, men på dette tidspunktet i intervjuet hadde jeg gått igjennom alle temaene i temaguiden, og spurt om det jeg ønsket å spørre om. Diskusjonen hadde endt, og jeg så derfor ingen grunn til å fortsette.

Begge intervjuene startet med at jeg ba alle presentere seg selv, hvor lenge de hadde vært i yrket og hvilken avdeling de hovedsakelig var tilknyttet. Når alle hadde fått gjort dette ba jeg dem om å fortelle litt om hvilken erfaring de hadde med løfteren. Frøya var raskt ute med å fortelle at løfteren er et kjempegodt produkt, og at den bestandig tas i bruk. Mye av det hun fortalte videre har jeg selv opplevd som et ideal ved sykehjemmene. Hun fortalte for eksempel at løfteren bestandig brukes, at brukermanualer leses av alle, og at alle pasientene har sine personlige seil. Også videre under intervjuet la jeg merke til at Frøya spesielt var ekstra påpasselig med å fremstille pleierne og sykehjemmet på en god måte. Jeg spurte ved flere anledninger om det fantes situasjoner hvor de ikke brukte pasientløfterne, men hun svarte bestandig at nei, det var det ikke. Jeg har selv observert at løfteren ikke brukes, og ble dermed nysgjerrig på dette. Kanskje er det sånn at pasientløfterne på dette sykehjemmet bestandig

brukes? Eller var dette en måte å drive selvpresentasjon på (Goffman (1992 [1959]), for både seg selv som pleier, eller for omsorgsyret som tradisjon? Jeg fortalte informantene mine om min erfaring fra sykehjem, men i intervjuet ble naturligvis forskerrollen mer tydelig. Kanskje ble jeg derfor oppfattet som en slags ”kontrollør” som skulle sjekke hvordan de gjorde jobben sin, og at det dermed ble en viktig oppgave å forsvare måten de arbeider på? Jeg fikk etter hvert inntrykk av at det handlet mye om å gjøre jobben sin riktig, og at løfteren var en viktig del av dette.

En fordel jeg opplevde med fokusgruppene var at informantene i gruppen til tider virket korrigerende ovenfor hverandre. Dette førte til diskusjoner som fikk frem nyanser ved bruk av pasientløfteren og seil.

Frøya: Ja, det [toalettseilet] er personlig. Da er det ingen andre som bruker det.

Fredrikke: nei, men...

Frøya: Og det er vel sånn gjennom NAV og, at toalettseil må pasienten ordne selv. [...] Så det er personlig. Og seilene er laget sånn at de passer til spesielt løftere [...]. Men vanlige seil kan brukes på flere.

Fredrikke: Men det fungerer jo ikke sånn i hverdagen! Verden er nå ikke sånn. Du bruker det seilet du har tilgjengelig til den løfteren du har tilgjengelig. Haster det så tenker du jo ikke over at det ikke er pasienten sitt seil, eller at det er feil seil til opphenget [på pasientløfteren].

Eksemplet ovenfor er dermed et godt eksempel på en av fordelene ved å ta i bruk fokusgrupper. Når Frøya forteller om praksiser på sykehjemmet fungerer de andre, her Fredrikke, som korrigerende eller kontrollerende på hennes utsagn. Det oppstår her en drøfting mellom det Fredrikke forstår som idealistisk, og det Frøya forteller om som virkelighet. Interaksjonen mellom disse intervjuobjektene ga meg derfor mye informasjon om deres daglige rutiner, men også om hvordan de forstår eget bruk, og ikke minst hvordan de velger å formidle de forståelsene. Diskusjonen avdekket forskjellige oppfatninger og meninger, og genererte dermed ny informasjon.

I begge fokusgruppene var det naturligvis noen informanter som var mer aktive enn andre. Sånn vil det ofte være, og det kan være mange grunner til at noen snakker mye, mens andre er mer tilbaketrukkne. I pleiernes fokusgrupper var det et ganske tydelig skille mellom hvem som uttalte seg. I begge gruppene var det de eldste med mest erfaring som snakket mest, og som uttalte flest meninger. Jeg forsøkte å korrigere dette ved å aktivt inkludere de yngre pleierne i diskusjonen. Gruppesammensetningen kan være mye av årsaken til dette store skillet.

Fokusgruppene ble satt sammen av pleiere med mye og lite erfaring, både eldre og yngre pleiere, og med pleiere fra forskjellige avdelinger. Jeg ser i ettertid at dette muligens ikke var en ideell måte å organisere gruppene på. Kanskje ville de yngste pleierne og de med minst erfaring vært mer aktive dersom de hadde vært på en gruppe med jevnaldrende, og med pleiere med samme erfaring som dem selv. På den ene gruppen var en av informantene nyansatt og under opplæring. Det er derfor nærliggende å tenke at hun vil føle restriksjoner i hva hun kan utale seg om grunnet hennes korte erfaring. I tillegg er det mulig at hun vil skape et godt inntrykk og dermed si de ”riktige” tingene foran sine nye medarbeidere. Her kunne det dermed vært en fordel med mer homogene grupper for å skape en større samhørighet i gruppen (Tjora 2010).

Det er anbefalt at man bør være to forskere pr. fokusgruppeintervju. Dette er for at den ene skal kunne fungere som moderator, mens den andre noterer stikkord for å huske hvem som sa hva når man skal starte transkriberingen. Jeg opplevde det som en fordel å være alene, da alt de sa ble rettet mot meg. Det som kan skje når man er to forskere er at informantgruppen deler seg, og prater med hver sin forsker. Et viktig poeng her er at mine grupper var små, bestående av maks 3 personer, så to moderatorer var ikke nødvendig.

Etter å ha gjennomført fokusgruppeintervjuene med pleierne, satt jeg fremdeles igjen med en følelse av at det manglet noe. Jeg har selv observert at løfteren ikke bestandig brukes, og at det ligger mer i bruk og ikke-bruk enn det jeg lærte av fokusgruppene. Jeg fikk også inntrykk av at mange av deres svar viste til at pasientløfteren representerer noe positivt, og at bruk av den blir et bilde på hva det vil si å gjøre en god jobb. Derfor besluttet jeg å supplere dataene fra fokusgruppene med dybdeintervjuer. Jeg tok kontakt med et annet sykehjem, og fikk raskt tak i to nye informanter. Jeg tok kontakt med disse individuelt, opplyste om formålet med intervjuet og avtalte tid og sted. Det første intervjuet ga meg straks en mer nyansert fremstilling av bruk og ikke-bruk av pasientløfteren, og det andre dybdeintervjuet støttet mange av punktene det første kom med.

I tabellen nedenfor vises en oversikt over intervjuene jeg har foretatt, og med hvilke informanter. Listen er i kronologisk rekkefølge. Informantene mine er anonymiserte, og har fått fiktive navn for å gjøre oppgaven lettere å lese.

Fokusgruppe 1	Per	Produsent
	Pål	Produsent
Dybdeintervju 1	Hans Kasper Andresen	Gründer
Fokusgruppe 2	Fiona	Pleier – 6 års erfaring
	Frida	Pleier – 30 års erfaring
	Frøydis	Pleier – 9 års erfaring
Fokusgruppe 3	Frøya	Pleier – 31 års erfaring
	Fredrikke	Pleier – 14 års erfaring
	Fay	Pleier – 4 ukers erfaring (under opplæring)
Dybdeintervju 2	Dina	Pleier – 7 års erfaring (sommer og helgevikar)
Dybdeintervju 3	Dorthe	Pleier - 10 års erfaring

Produsentene har fått navn på ”P”, pleierne fra fokusgruppene har fått navn på ”F” og pleierne fra dybdeintervjuene har fått navn på ”D”. Det første dybdeintervjuet jeg foretok var med gründer Hans Kasper. Han har gitt sin tillatelse til å ikke anonymiseres, da det ville være vanskelig å skrive om verdens første pasientløfter, uten å avsløre hvem som laget den. Jeg har nettopp på grunn av dette valgt å fokusere på det ikke-private materialet fra dette intervjuet.

3.3.3 Behandling og analyse av data

Etter intervjuene var det tid for å transkribere. Jeg tok i bruk en diktafon av god kvalitet, som gjorde at transkriberingsarbeidet gikk ganske lett. Det var enkelt å skille stemmene til de ulike informantene, bortsett fra ved et par tilfeller hvor informantene snakker i munnen på hverandre.

Vivi Nilsen (2012) poengterer at forskeren aldri vil kunne få med alt ved transkribering. Dette er fordi forskeren ofte har en tanke om hva man er på jakt etter, og dermed overser andre ting, og delvis fordi man blant annet mister tonefall, mimikk, gester, kroppsspråk og kontekst (Nilsen 2012:46-47). Jeg valgte å transkribere alt datamaterialet, siden jeg på dette tidspunktet var usikker på hva jeg ville få bruk for senere i prosessen. Jeg valgte også å *normalisere* språket (Tjora 2010:127), da dialektene ville gjort det relativt enkelt å identifisere enkelte av informantene.

Selv om transkriberingsarbeidet var tidkrevende, var dette også en viktig del av analyseprosessen. Ved siden av transkriberingen noterte jeg samtidig tanker og ideer i notatboken. Dette viste seg å være veldig nyttig. Selv om jeg ikke gikk videre med alle ideene, var dette også en kreativ prosess jeg måtte gjennom for å skrive denne oppgaven.

Analyse av dataene har vært en prosess. Denne prosessen har kommet til gjennom å lese teori, samtaler med veileder og medstudenter, og ikke minst gjennom å skrive. Skrivning er en sentral del av forskerjobben, og går gjennom to stadier; den kreative og den kritiske (Nilsen 2012:34-35). Skriveprosessen er med andre ord en sentral del av både analyse og forståelse. Jeg tok videre utgangspunkt i ulike kategorier jeg definerte etter gjennomgang av datamaterialet. Kategoriene jeg brukte til sorteringen var blant annet før/nå (om hvordan overgangen til å få løfter var), pleiernes forståelse av teknologi, løfteren som et stressmoment og effektivisering. Jeg valgte å sortere sitatene ved å manuelt klippe ut sitatene og deretter lime dem på ark. Denne klipp-og-lim metoden er tidkrevende, og krever at en har orden i sakene sine. Jeg fant likevel at dette fungerte som en veldig god metode for å få oversikt over materialet, og i tillegg ga den ny innsikt ved at jeg så nye sammenhenger.

Analysen ble i tillegg utformet som en del av en *abduktiv tilnærming* til feltet (Alvesson og Sköldbberg 2008). En abduktiv tilnærming utgår fra empiri, men tar også høyde for teoretiske tilnærminger (Alvesson og Sköldbberg 2008). Dette er altså en veksling mellom observasjon eller empiri, og teoretisering. Nedenfor demonstrerer jeg den stegvise prosessen gjennom abduksjon:

Empirisk: Jeg observerte at løfteren ikke alltid ble brukt på sykehjemmet hvor jeg jobber.

Teoretisering: Uoverensstemmelse mellom brukerbehov og tilgjengelige produkter?

Empirisk: Utførte datainnsamling; lærte om kompleksiteten rundt bruk og ikke bruk.

Teoretisering: Nye teoretiske innfallsvinkler rundt omsorgsrasjonelle strategier i konflikt med innføring av helseteknologi.

Målet med denne fremgangsmåten er en dypere forståelse av feltet, ved å ta høyde for både empiriske data, og teoretiske innfallsvinkler.

En svært viktig del av analysen var også å innse at den forforståelsen jeg hadde ikke stemte overens med de dataene jeg hadde samlet inn. Jeg gikk inn i datainnsamlingen med en forventning om å finne mangel på brukerdreven innovasjon, og mente også en stund at dette

kunne stemme. Etter en stund innså jeg at jeg på mange måter hadde ignorert det dataene egentlig viste best, til fordel for hva jeg ønsket at de viste. Da jeg ble klar over dette, leste jeg gjennom intervjuene på nytt, tok nye notater og fant andre interessante ting enn det jeg så ved første øyekast. Nilsen (2012:69) påpeker at det er lettere å justere og tilpasse vår forståelse til teksten, og la denne ”snakke”, etter man har blitt klar over egen forutinntatthet.

Jeg har vært åpen om min erfaring på feltet, både i oppgaven, og til informantene mine. Jeg mener dette kan ha bidratt positivt både til at jeg har hatt grunnlag til å stille gode spørsmål, og til at mine informanter valgte å uttrykke seg åpent. Det kan også ha vært hindrende ved at det har holdt dem tilbake, eller at jeg har tatt ting for gitt. Jeg mener likevel at jeg har vært oppmerksom på og bevisst denne risikoen, og dermed vært åpen for nye måter å forstå på. Etter intervjuene sitter jeg igjen med et inntrykk av at informantene hadde tillit til meg som moderator, og vi fikk god kontakt. Jeg ser dermed min erfaring som en resurs i dette studiet.

4. HISTORIEN OM EN INNOVASJON

For litt over 30 år siden opplevde Hans Kasper Andresen å bli rammet av akutt sykdom som gjorde at han ble liggende på sykehus over lengre tid. Han lå på en liten overvåkningsavdeling med flere andre, og når rengjøringspersonalet skulle gjøre rent var det vanskelig å komme til blant sengeben og tøfler. *”Ja, så det var jo ikke veldig hygienisk da, når du tenker på at det var en intensivavdeling og sånt...”* forteller han. Han forteller at han er en problemløser av natur og at han *måtte* finne en løsning på dette. Han fikk tak i en blokk og blyant, begynte å tegne, og introduserte dermed verden for den første sykesengen uten ben. Denne var festet til veggen, og man kunne enkelt stable den i høyden på akuttmottakene. På sengen ble det også festet en løfter. Han la merke til hvor tungt det måtte være for pleierne å løfte pasientene inn og ut av sengen, og at det her ville være behov for noe som kunne avlaste for rygg og skuldre. Han startet en liten produksjon av sengen, og reiste rundt på messer for å vise frem og selge produktet sitt. I Oslo møtte han en sykehjemsbestyrer som sa: *”dette er ikke problemet vårt, problemet vårt er å få løftet folk opp på toalettet [...]. Det er problemet!”*. Dette gjorde at Hans Kasper fikk ideen om å skille løfteren fra sengen, og sette den på hjul. Etter å ha vært i kontakt med lokale materialprodusenter som kunne bistå med blant annet skivemotor, girkasse og seil, startet produksjonen av løfterne så smått opp. Dette var starten på det vi i dag kjenner som produksjonen av verdens første elektroniske pasientløfter; Molift.

4.1 En innovasjon i utvikling

Hans Kasper er en innovatør, entreprenør og gründer. Han så et problem, løste det, og skapte dermed en etterspørsel som ikke hadde vært der tidligere. Han la merke til de tunge løftene som var en belastning for pleiernes rygg, skuldre og armer, og han løste dette ved å designe og bygge Moliften. Denne løfteren, den første i sitt slag, ble prototypen for en ny vare og et nytt behov. *”Det morsomme var jo at Molift ble et begrep. Akkurat som at alt vaskepulver het Blenda i gamledager [ler]”*. Han forteller om en sykepleier han var i kontakt med, som kalte sin pasientløfter for Molift, selv om den ikke var laget av produsenten Molift. *”De hadde egentlig en svensk type, men de kalte den likevel for en Molift”*. Moliften ble derfor ikke bare en enkelt vare, men en samlebetegnelse for en hel varegruppe.

Hans Kasper opptrer her som en *lead user* (von Hippel 1986) ved at han ser og opplever et behov, og selv definerer løsningen. Han har tidligere erfaring som gründer, og befinner seg dermed i skjæringspunktet mellom kategorien bruker og produsent, og besitter erfaring og referanser fra andre løsninger. Disse er med på å forme produktene han finner opp i dag. Videre i innovasjonsprosessen blir det tydelig at det definerte behovet endres ettersom hvem som definerer det.

Mulighetene for innovasjon her var mange. Siden løfteren var den første i verden fantes det i første omgang ingen retningslinjer og krav Hans Kasper måtte forholde seg til. Kravspesifikasjonene ble definert ut i fra det han og sykehjemsbestyreren erfarte og definerte som behovet. Kravspesifikasjoner definerer hvilke egenskaper produktet skal ha, og dermed hvordan designet skal være. Sengens egenskaper ble definert av Hans Kasper ut i fra et behov om enklere gulvvask og muligheten for enkel oppbevaring. Løfterens egenskaper ble i neste runde definert av sykehjemsbestyreren, ut i fra sykehjemmets behov for en mobil enhet som kan forflytte mennesker av og på toalettet. I denne prosessen defineres kravspesifikasjonen og selve produktet etter hva brukeren *egentlig* trenger. Sykehjemsbestyreren opplevde et annet behov enn det Hans Kasper definerte, og produktets egenskaper ble dermed tilpasset dette. Teknologien tilpasses med andre ord på dette tidspunktet det behovet de som har behovet definerer. I denne tidlige fasen av innovasjonsprosessen var det brukeren som så et behov, og som definerte og fant løsninger for å møte disse. Brukeren er i dette tilfellet kilden til innovasjon (von Hippel 1988; von Hippel 2005). Samtidig er Hans Kasper en bruker med flere motiver. Han ønsker å løse problemet med tunge løft og tunge forflytningssituasjoner i helsesektoren, men samtidig vil han som produsent også ha et økonomisk motiv for å satse på produktet. Hvilke avgjørelser i produksjonene som ble tatt av hvilket motiv er derfor vanskelig å skille.

4.1.1 Et nytt marked

Dette er nå over 30 år siden, og mye har skjedd siden den gang. Flere produsenter har kommet til, og markedet for pasientløfteren har vokst. Pasientløfteren solgte godt, spesielt i Sverige, Frankrike, Tyskland og Canada, mens den i Norge ikke solgte veldig bra. ”*Man blir jo ikke profet i eget land vet du*” forteller han, og legger til at selv på Gjøvik hvor produksjonen holdt til, valgte kommunen å kjøpe inn svenskproduserte pasientløftere. ”*Nei, her skulle dem ikke ha den! Å nei, her kjøpte dem en manuell svensk løfter*” og er tydelig irritert over at kommunen ikke støtter opp under lokal produksjon.

Etter hvert som flere produsenter kom på markedet med lignende produkter, tilspisset konkurransen seg. Dette førte til at bestillinger på løfterne ble lagt ut på anbud, og de måtte dermed konkurrere med pris og kravspesifikasjoner mot andre produsenter. Anbudskonkurransen gjorde ting litt problematisk for Hans Kasper og hans produksjon ved at de nå måtte forholde seg til spesifiserte standarder og krav, i tillegg til at produktene skulle være så billige som mulig. Den produsenten som vinner anbudsrunder blir også som oftest den rådende på markedet frem til neste anbudskonkurranse, og det er dermed deres løftere sykehjem og andre offentlige institusjoner skal kjøpe.

[...] og hvis vi vant et år, så var det andre som tapte. Så kom dem ikke inn med en pasientløfter, det er jo helt sykt. Ja, og da stoppet jo alt opp. Det ga dem blaffen i. Ja sånn er det vel nå og, vinner noen andre så får ikke du solgt. Hvis den [løfteren] var litt for dyr da, i forhold til noe billig dritt i fra Taiwan, kjøper de den nesten blindt. (Hans Kasper)

Avgjørelser ble nå tatt på sentralt plan, og det var offentlig sektor som skulle definere behov og gjøre bestillinger. "Og det satt en del byråkrater som skulle bestemme, og som ikke hadde noen særlig greie på hva de dreiv med", forteller Hans Kasper. Bestilleransvaret var flyttet til kommunale innkjøpskontorer, som definerte behovet og kravspesifikasjonene. Heldigvis, forteller han, var de først ute. Han ble derfor ofte oppfattet som den som satt med mest kunnskap og ble ofte rådført, i tillegg til at Moliftene ofte ble et referansepunkt når det skulle settes kravspesifikasjoner. "Det betydde litt hva vi sa [...]" forteller han, siden de allerede hadde flere år med erfaring og kunnskap på feltet. Bedriften satt med både ekspert- og forbrukerkunnskap, noe som gjorde dem unike i sitt felt.

I 2010 ble Molift AS kjøpt opp av svenskeide Etac AB. Produktene som utvikles her heter fremdeles Molift, noe som kommer av nettopp den statusen merkevaren har fått. Produsentene jeg intervjuer, Per og Pål, jobber nå i Etac, men de startet begge to ved Molift. De forteller at markedet for pasientløftere har endret seg, og at en stor del av jobben deres i dag er å følge krav, gjøre justeringer og forsøke å senke produksjonskostnadene slik at prisene blir konkurransedyktige.

Det er jo ikke sånn at vi sitter og finner opp helt nye ting hver eneste dag, det er jo ikke hverdagen. Det er vel heller sjelden at det er noe revolusjonerende. Det er mer produktforbedringer, og for å få prisene på produktene lavt nok ned til å holde konkurrenter unna. Det er mest det vi holder på med. (Per)

Det markedet Per og Pål forteller om, er et marked som har vært i stor endring de siste 20 årene. Det har skjedd store omorganiseringer i Norges helse og omsorgssektor, blant annet ved at det har blitt et enda større fokus på utsetting av tjenester på anbud, kvalitetsmålinger og

standarder (Thorsen, Dahle og Vabø 2001). Dette er en del av moderniseringen av sektoren, hvor reformer som New Public Management er spesielt fremtredende (Vabø 2007). Omorganiseringen av helsesektoren har blant annet ført til færre og større sentrale bestillerkontor, som gjør anskaffelser på vegne av flere brukere. Dette er sentraliserte innkjøpsordninger som foretar innkjøp på vegne av flere sykehjem eller flere kommuner. Denne sentralisering har som hensikt å blant annet oppnå større grad av kostnadseffektivitet og effektivisering. For bestillerkontorene blir det dermed pris og kostnadskontroll som blir viktige faktorer ved innkjøp. Ved at bestillerkontorene kan opptre som én kunde i anbudssituasjonen vil de kunne oppnå storkundefordeler, ved at de bestiller mange løftere samtidig.

Innkjøpskontorene har ofte utnevnte innkjøpsråd, og grupper av produktansvarlige. Det er disse som definerer kravspesifikasjonene, og som foretar utlysning av anbudskonkurranser. Disse opptrer som *mellommenn* eller *proxybrukerne* (Vabø 2006:405; Vabø 2007:53), og definerer dermed brukernes behov på vegne av brukeren. Ofte sitter ikke representantene med den samme erfaring og den samme kompetansen som brukerne, og interessen for kostnadskontroll dominerer ofte fremfor brukernes behov (Vabø 2007:53). I tillegg er som oftest kravspesifikasjonene påvirket av eksisterende produkter og av produsentene.

Ofte er de jo diktert, eller i hvert fall påvirket av som for eksempel oss gjennom produktene våre, eller dessverre i flere tilfeller våre konkurrenters [produkter]. Så det er jo klart, at folk må jo ha kunnskap, ha noen referanser i forhold til hva det er de ønsker at disse løfterne skal kunne. (Pål)

Det er, som Pål understreker, dermed viktig at den som bestiller produktet og definerer kravspesifikasjonen har kunnskaper om hvilket behov som skal dekkes.

Ofte blir pasientløfterne kjøpt inn på grunnlag av pris, og det løser ikke nødvendigvis brukernes problem på en god måte. Bestillerne har ulike grunnlag for å kunne definere kravspesifikasjonen, og som oftest fører dette til at de tar utgangspunkt i produkter som allerede finnes, og som de har sett før. Når nye innkjøp skal gjøres er det derfor sjelden store endringer i kravspesifikasjonene, men i stedet justeringer og et ønske om å finne billigere løftere med samme kvalitet. Bestillere kan få et tilbud om et produkt som har nye og innovative løsninger, men disse blir ofte dyrere. Da gjøres det en vurdering mellom pris og de kravspesifikasjoner som er definert opp mot det produktet de får tilbud om. Her er det som oftest pris som avgjør til slutt. Kravspesifikasjonen blir her et instrument gjennom de eksisterende normene som finnes for at løfterne skal kunne godkjennes gjennom de gjeldende

standardene. Bestiller kan i teorien bestille noe som ikke finnes enda, men dette hører med til sjeldenhetene. De tar utgangspunkt i eksisterende løsninger, og jobber for å finne tilsvarende produkter billigst mulig. Når kravspesifikasjonene er definert, er det dermed lite rom for nye og kreative løsninger hvis man ønsker å vinne frem på anbud.

4.1.2 "Det er en kjempeidé, men er det salgbart?"

Produsentene forteller at uansett om de får inn forslag til nye produkter er det ikke dermed sagt at de blir til produkter. Nye ideer registreres og lagres i en idébank, og kan potensielt hentes frem ved et senere tidspunkt. Pål forteller at de kan få inn gode og innovative ideer til nye løsninger som de kunne tenke seg å gå videre med, men som ikke når frem fordi produksjon av produktet ikke vil være lønnsom for bedriften.

Det som er alfa og omega i et kommersielt selskap, er at det skal være lønnsomt. Altså, hvis vi lager et produkt som er fantastisk, og som vi kan selge 10 stykker av i året, kommer vi selvfølgelig ikke til å få gjennomslag fra våre eiere. [...] Og det kan være at det er en kjempeidé, men er det salgbart?

Bedriftens hovedprioritet er naturligvis at den skal overleve økonomisk, og det er kanskje derfor at det sjeldent satses på helt nye ideer. Dersom behovet ikke er stort nok, eller hvis det blir for dyrt, vil det ikke lønne seg for bedriften å produsere. Pål forteller videre at noe de vet er problematisk på sykehjem er å få pasientene over på toalettet, og at de som klarer å finne opp det perfekte produktet for toalettbesøk vil komme til å tjene masse penger. Det vil si "hvis det blir salgbart, og hvis det har riktig pris, kommer de til å selge mange" (Pål). Til tross av at det kan dreie seg om et svært godt produkt, er det dermed etterspørsel og pris som er viktigst. Rett pris må til for at de skal ha en sjanse i anbudsrunder.

I tillegg har flere konkurrenter kommet på banen, og det oppstår et større press i anbudskonkurranser. For å vinne anbudsrunderne blir det dermed om å gjøre å ha de billigste produktene, samtidig som man må forholde seg til kravspesifikasjonene. I anbudsrunder skjer det en dragkamp mellom pris og kvalitet. I utformingen av kravspesifikasjonene er det som oftest bestillere som definerer, ut fra eksisterende løftere, og ut fra hva produsentene kan produsere innenfor rammene som gis. Er produsentene tidlig nok ute får de være med å bestemme og definere kravspesifikasjonene. Dette er viktig da det vil gi dem en bedre sjanse i anbudskonkurransen. "Ja i hvert fall hvis det er noen sånne spesielle ting som du ønsker fra

'kravspekken' som kanskje ikke konkurrentene har, for da er jo de utelukket med en gang'' forteller Per.

Det er som oftest kravspesifikasjoner og pris som blir avgjørende for om en produsent vinner anbudsrunden. Produktene som vinner frem er derfor ikke nødvendigvis utviklet ut i fra det reelle behovet brukerne har. Brukerens reelle behov kommer i andre rekke, og *''det er jo det som blir fokuset på produktene, det å tilfredsstille alle disse kravene som kommer''* (Per).

Vi har hatt funksjon i forhold til pasienten og sånne ting i høysetet, og har kanskje ikke hatt så fokus på pris [...], mens når det er anbud så er det jo ikke pleieren eller pasienten som står i fokus, da er det noen som har satt ned noen krav på et papir, som man krysser av på, også blir det prisen som til syvende og sist som styrer veldig mye da. (Per)

Dette gir en negativ utvikling for Moliften. Før kunne gründer og produsenter reise rundt til sykehjem og overbevise kunden. De kunne demonstrere produktet for pleierne, og få tilbakemeldinger om hvordan produktene dekker deres behov, i tillegg til ideer om forbedringer. Ved å også vise frem produktet på messer, åpnet de opp for at publikum kunne komme med ideer og tilbakemeldinger. Et eksempel på dette er sykehjemsbestyreren som fortalte Hans Kaper hva det *egentlige* behovet sykehjemmet hadde. I dag er det veldig sjeldent at produsentene kontaktes av sykehjem eller andre som forteller om nye og gode ideer de har. *''Men vi vet jo at de har noen problemer og noen behov''* forteller Per, og legger til at brukerne ofte ikke ser behovet selv. Det er derfor ofte andre (som for bestillere) som definerer behovet for dem. Dersom en pleier likevel skulle ha ideer og forslag til endringer, er det nok ikke enkelt å bringe denne videre. Per forklarer at *''ja de har en ganske lang vei inn hit, så om vi får tak i om de har noen ideer [...]. Det tror jeg er et langt lerret å bleke''*. Pål er ikke helt enig, og legger til:

Ja, sånn direkte er det jo det, men indirekte så er det jo [...], vi er jo et selskap som har konsulenter eller selgere som er ute og har direkte kontakt med sykepleiere som jobber med løfterne. Og da, om de ikke kommer direkte med ideer, så kommer de jo med innspill på ting som kanskje ikke fungerer, ting som er problematiske. (Pål)

Produsentene samarbeider også med lokale sykehjem, for å prøve ut produkter og for å få tilbakemeldinger. *''Produktene må verifiseres''* forklarer Per, og legger til at selv om de ikke har kontakt med andre sykehjem, har de en ganske god oversikt over hva som trengs. Siden de har vært til stede i så mange år, har de god erfaring med å se brukernes behov. *''Så vi vet jo ganske mye allerede, sånn i forhold til hva som er behovet, og hva som er utfordringene, [...] og hva det mangler de helt hundre prosent gode løsningene på. Så mye av dette vet vi jo allerede.''* mener Pål.

Det er altså ofte produsenter eller sentrale bestillere som definerer både behov og løsning. Produsentene må forholde seg til de kravspesifikasjonene som bestillere har definert, og har lite handlingsfrihet utover dette. I tillegg tar bestillere utgangspunkt i allerede eksisterende løsninger. Dette gjør at mulighetene for radikale endringer er små, og prosessen med anbud er derfor ikke nødvendigvis til det beste for brukeren.

Altså, i mange tilfeller får man jo gode produkter, men det er klart at en "kravspekk", den kan også få uheldige konsekvenser i forhold til at man utelukker noen som kan levere et godt produkt, siden den ikke åpner opp for vurderinger. [Det er] en ulempe for brukeren siden de ikke får velge et produkt som kanskje hadde vært en bedre løsning. (Pål)

Per forteller om et eksempel hvor Etac har deltatt i anbudsrunder for å få solgt løfteren i Sverige. I anbudskonkurransen ble derimot Moliften utelatt, da den ikke oppfylte de kravspesifikasjonene som var satt.

På alle våre løftere i dag så har vi et avtakbart batteri, et løst batteri. Så stort sett selger vi med to batteri med hver løfter slik at løfteren alltid har et tilgjengelig, så at man alltid kan bruke løfteren. Men i Sverige står det på alle anbud at laderen skal sitte fast på løfteren. Men når batteriet skal sitte innebygd på løfteren, får man ikke brukt løfteren når den skal lades. Vi mener dette er et minus, men i Sverige så er det sånn det må være. Men da blir jo vi utelukket, for vi har et løst batteri. (Per)

Dette viser at de som definerer behovet også er med på å definerer løsningene. Ved at bestillere i Sverige har definert en løfter med fastmontert batteri som den beste løsningen utelukker de automatisk andre løsninger. "Så du kan jo si at vår løsning er like bra, den kan til og med være bedre. Så uansett om vår løsning egentlig i mange tilfeller er bedre, funksjonelt sett [...] så er vi utelukket" forklarer Pål.

I tillegg til kravspesifikasjonene må produsentene også forholde seg til gjeldende standarder. Det finnes en rekke ulike krav og standarder de må forholde seg til for å få solgt løfteren. Per forteller at mye av tiden bruker de på å justere produktene etter både kravspesifikasjoner og standarder.

Så det har jo blitt veldig mange flere krav. Tidligere var det ikke så mange som brydde seg så veldig mye om det, men nå er det nedfelt i egne standarder. Du skal jo kunne forutse alle mulige feil og farer på forhånd, og vurdere og gjøre tiltak. Så det tar mye tid. (Per)

Disse nye standardene har som hensikt å gjøre løfterne sikrere i bruk, og går blant annet på elektrisk sikkerhet og støy (som stråling), hvor høy vekt løfteren skal tåle og at den for eksempel skal tåle en viss mengde med vann. Disse standardene er utarbeidet av ulike komiteer, og kravene utarbeidet for hvert land er ofte forskjellige. Standardene og kravene

som må følges er derfor avhengig av hvor i verden du ønsker å selge løfteren. Disse standardene har selvsagt en positiv virkning på løfteren i og med at den blir sikrere i bruk, men de kan også virke hemmende på innovasjon. Ved at produktene som designes må forholde seg til definerte retningslinjer, er ikke lenger mulighetene for innovative løsninger like store. Produktene som når brukeren blir dermed mer og mer like, og det foregår en standardisering av produktet.

Som vi har sett legger markedet føringer på mulighetene for videre innovasjon av pasientløfteren. Gjennom en sentralisering av bestilleransvar og behovsdefinering, en standardisering av produktene og et økende fokus på pris er aspekter ved anbudsmarkedet som er med på å forme innovasjonsprosessen. Dette fører til at innovasjonen lukkes (Pinch og Bijker 2012), og mulighetene for videre utvikling begrenses. Brukerne mottar dermed produkter som er formet av et fokus på pris og standarder, og som ikke nødvendigvis er den beste løsningen for deres utfordringer.

5. INNOVASJONEN I BRUK OG IKKE-BRUK

Bruk og ikke-bruk av teknologi er avgjørende deler av innovasjonsprosessen. Pasientløfteren er en relativt ung innovasjon, men har likevel bidratt mye til å forme hvordan pleie- og omsorgsyrket gjøres.

Frida og Frøya er pleierne som har jobbet lengst i omsorgsyrket, og har begge opplevd omsorgsarbeidet før pasientløfteren kom til. De forteller at overgangen fra å fysisk løfte pasientene ved forflytning, til å bruke pasientløfter var noe som revolusjonerte omsorgsyrket. Manuell løfting av pasienter har ført til store helseplager for mange pleiere, og muskel- og leddskader er det som er mest utbredt. ”Jeg har jobbet med ganske mange som rett og slett er utslitt i ben, armer, nakke og rygg” forteller Frøya, og legger til at løfteren utgjorde en spesielt stor forskjell når det kom til baderomsaktiviteter:

Det var jo ikke sammenlignbart! Du kan jo selv tenke deg, vi hadde en dame som veide hundre-og-syv-og-førti kilo, som vi måtte løfte opp i badekaret. Og det var jo for så vidt greit å få henne oppi, men mye mye verre å få henne ut igjen. Vi var fire stykker som prøvde å løfte henne, en i hver arm og en i hver fot. Glatt var det og. Det var ikke behagelig for noen i hvert fall. (Frøya)

De merket stor endring i hvordan de utførte pleiearbeidet, og forteller at løfteren har mye av æren for at de fremdeles er i arbeid. Pasientløfteren sparer både pleiere og pårørende for store belastninger. Til å begynne med var det likevel noen pleiere som ikke ville ta løfteren i bruk.

Det er himmelvid forskjell ja! For vi har jo ei vi da [medarbeider], som ikke brukte løfter til å begynne med, men hun sleit jo så mye så det var jo ikke igjen noe kropp til slutt. Så hun var nødt til å begynne å bruke løfteren. Og hun sa at det vart en himmelvid forskjell. Noe helt annet. (Frida)

Frøya forteller videre at hun tror pleierne i dag setter større pris på løfterne enn de gjorde da den først kom. Dette kan være på grunn av økt tilgjengelighet av hjelpemidler og at det har blitt et større fokus på pleiernes helse. Tidligere var det vanlig at man på en avdeling hadde kun en løfter på deling, og dette gjorde at pleierne ofte måtte løpe av gårde til andre siden av avdelingen for å hente løfteren, som igjen førte til at den ikke ble veldig mye brukt.

Altså til å begynne med, da dem kom, så trodde vi, eller vi følte at det tok så mye lengre tid å bruke løfteren, så da gjorde vi det bare selv. [...] men nå har vi det nok mer i hendene. (Frøya)

I dag er det ideal at hver pasient som trenger løfter ved forflytting skal ha en egen stående på rommet. Selv om dette sjelden er realiteten er det likevel flere løftere tilgjengelige på avdelingen enn før. Mange var også i starten usikre på denne nye teknologien, og valgte ofte å ikke ta den i bruk. Denne usikkerheten var både rundt om selve løfteren var *sikker* å bruke, men også om de kunne håndtere den. ”Vi var vel litt redd for å gjøre feil”, forteller Frøydis og legger til at denne typen teknologi tradisjonelt sett ikke hører til i helse- og omsorgssektoren. Med flere løftere tilgjengelig ble det vanligere å ta den i bruk, noe som igjen skapte større tillit til den.

Sånn tror jeg det er med det meste, er det nytt så gjør vi det heller sånn som vi har gjort det før. [...] Det at vi har blitt mer drevne i bruken har nok mye å gjøre med at vi har fått flere hjelpemidler. (Frøya)

Gjennom de omorganiseringene som har skjedd i sektoren de siste årene, har det blitt et større fokus på effektivisering og bruk av teknologiske hjelpemidler for å få til dette. Alle må derfor forholde seg til teknologi i større eller mindre grad. Løfteren er dermed ikke fremmed lenger, den er nå domestisert. Ved økt tilgjengelighet har hjelpemidlet blitt *en del av* pleiernes hverdag, og *internalisert* i deres rutiner (Silverstone et. al. 1992). Fredrikke forteller at ”*det å bruke løfter har blitt en sånn naturlig del av hverdagen. [...] Det er liksom ikke snakk om at vi løfter i stedet for, nei*”. Helse- og omsorgssektoren har i de siste årene fått ett større fokus på pleiernes helse og tunge løft i omsorgsyrket, som har resultert i at pleierne nå må gjennom kurs i forflytningsteknikk og pasientsikkerhet. Pasientløfteren bidrar til at pleierne slipper å løfte pasienter selv, men de opplever fremdeles enkelte arbeidssituasjoner som ubekvemme.

Jeg kan ikke klage over at jeg har tunge løft, for det har jeg ikke. For jeg løfter ingen. Men jeg har ubekvemme arbeidsstillinger som gjør at ting blir tungvint. Det som skjer i dag er at vi kan heise dem [pasientene] ned og opp på do, men det er vi som må gå ned på kne for å vaske og tørke. Så vi har ubekvemme arbeidsstillinger, det har vi. (Frøya)

Selv om løfteren løser utfordringen med å forflytte pasienten, er det med andre ord fremdeles deler ved omsorgsyrket som oppleves som tunge og strevsomme. Dette viser at det fremdeles er aspekter ved løftene som ikke løses av pasientløfteren, og at det er rom for videre utvikling av denne teknologien.

5.1 Forhandling gjennom bruk og ikke-bruk

Tidligere var det hovedsakelig tilgjengelighet og lite tillit til løfterens sikkerhet som var utslagsgivende for at løfteren ble lite brukt. Dette har i stor grad endret seg i takt med at

løfteren er mer tilgjengelig, og at hjelpemidlet har blitt en naturlig del av hvordan pleieyrket gjøres på. Fra fokusgruppene lærte jeg at løfteren settes pris på i større grad enn før, og at det er på denne måten man *gjør* forflytning i dag. Til tross for at den brukes i større grad i dag, har jeg observert at det fremdeles finnes situasjoner hvor den ikke tas i bruk, noe som også dybdeintervjuene bekreftet. Jeg forsto gjennom disse at bruk av løfter i alle situasjoner ofte er et ideal, og at bruk av løfter versus ikke-bruk av løfter ikke bør forstås som dikotome kategorier av bruk, men i stedet som kontekstuelle og individuelle vurderinger av en rekke faktorer.

Med kontekstuelle vurderinger mener jeg vurderinger som tas på bakgrunn av faktorer som blant annet antall pleiere tilgjengelig og pasientens forutsetninger for å klare forflytning på egen hånd. På sykehjemmene finnes pasienter med svært ulike sykdomshistorier, behov og forventninger. På den ene siden har vi pasienter som klarer det meste selv, og som beveger seg på egenhånd eller ved hjelp av en rullator. I den andre enden finner vi pasienter som ikke har førlighet i ben, og som trenger mer bistand i forflytning (dette kan for eksempel dreie seg om pasienter med slag, e.l.). Det er i mellom disse kategoriene de aller fleste av pasientene befinner seg, og det er i disse tilfellene at det foregår vurderinger og forhandlinger pleiere imellom. Med individuelle vurderinger mener jeg pleiernes holdninger til teknologi og hvordan de forstår den. Videre vil jeg ta for meg, og forsøke å systematisere, hvilke vurderinger pleierne gjør, samt hvilke forklaringer de gir for bruk og ikke-bruk av pasientløfteren.

5.1.1 Pleiernes forståelse av teknologi

Å studere hvordan pleierne tolker teknologien og tilegger løfteren et meningsinnhold er viktig for å forstå om, hvorfor og hvordan løfteren brukes. En viktig del av dette er å forstå hvilke muligheter for videre utvikling av teknologien pleierne ser.

Opplæringen og måten pleierne introduseres til løfteren legger mye av grunnlaget for hvordan teknologien forstås av pleierne. Opplæringen gjøres som oftest gjennom produsentenes salgskonsulenter eller representanter fra NAV, avhengig av hvor sykehjemmene mottar løfterne fra. Disse får opplæring av opplæringsansvarlige, og gir deretter denne informasjonen videre til representanter for sykehjemmet. Dette kan ses som en *translasjonsprosess* (Callon 1987; Latour 1992; Sørensen 2004) eller en oversettelsesprosess, hvor kunnskapen om pasientløfteren oversettes fra produsenter til opplæringsansvarlig, fra opplæringsansvarlig til

salgskonsulenter, fra salgskonsulenter til representanter fra sykehjemmene, og fra disse representantene til de andre ansatte. Opplæringen av nye pleiere foregår ved at de følger erfarne pleiere og ser hva de gjør i praksis. Der er altså ingen ”offisiell” opplæring, men mer en ”learning by doing”. ”Vi lærer, også må vi lære det bort til de andre. Det går runden liksom” forteller Frøydis. Fordeler med dette kan være at å se løfteren bli brukt i praksis gjør det enklere å lære. I tillegg følger det med en rekke vurderinger i dette arbeidet, som vil være vanskelig å lære gjennom teori. Mulige ulemper ved denne kunnskapsoverføringen kan være at ”feilbruk” overføres til nye ansatte. Med dette mener jeg at eventuelle uvaner vil kunne overføres like lett som vaner. Denne prosessen med læring og kunnskapsoverføring påvirker hvordan løfteren forstås og tolkes i de ulike leddene, og hvordan meningsinnholdet forhandles og reforhandles (Latour 1992). Hvordan pleierne forstår teknologien er derfor også et resultat av hvordan og hva de lærer om den.

Under fokusintervjuene spurte jeg flere ganger om det var noe som burde endres ved løfteren, og om de syntes at den dekket de behovene de har på sykehjemmet. I begge gruppene fastholdt de på at løfterne fungerte som de skulle, og at de ikke så det nødvendig å endre på noe. Likevel kom det frem flere historier som viste til at løfteren ikke bestandig fungerte i henhold til dens formål. Frøya og Fredrikke forteller at det på den ene avdelingen er skinner i taket (til takløfteren) som ikke er godt montert i forhold til seng eller toalett. Dette gjør at de må flytte på sengen hver gang pasientene skal inn eller ut av den. De forteller at det ikke er et problem, for de er ”vant til det” (Fredrikke). Jeg spør om det ikke ville gjort arbeidet litt enklere dersom skinnen var tilpasset seng og toalett, og Frøya svarer:

Det er klart at en liten sving på takskinnene, så hadde vi sluppet det der med å flytte sengene. Jo da, det hadde jo vært enklere. For nå må jo også sengen flyttes tilbake. Også ligger det jo ofte ledninger i veien og sånn. (Frøya)

Et liknende eksempel er et tilfelle med en pasient som de forteller ”ikke passer” i seilet. Pasienten har en tykk spesialmadrass for å forhindre liggesår, som gjør at sengen er høyere enn normalt. Når pasienten skal forflyttes fra stol til seng, klarer derfor ikke takløfteren å heise mannen langt nok opp til at han når sengekanten. Dette er dersom pleierne bruker seilet som passer han best. Da blir remmene for lange, og løfteren går ikke høyt nok opp. Når dette skjer må pleierne løfte pasienten den siste biten, for å få han opp i sengen. Dette er svært tungt, og de forteller at dette ikke er bra for verken rygg eller skuldre. Alternativet, forteller pleierne, er å bruke et mindre seil med kortere remmer. Seilet gjør at pasienten kommer helt opp i sengen uten at pleierne behøver å løfte nevneverdig, men siden seilet egentlig er for lite

til pasienten blir dette ubehagelig for han. De bruker derfor som oftest å ta i bruk seilet som passer pasienten best, og heller løfte litt selv.

Begge disse tilfellene viser til ”feil” som ikke skyldes løfteren i seg selv, men som likevel godt beskriver forståelsen pleierne har av denne teknologien. Jeg spurte Frøya om noe kunne vært endret med løfteren i situasjonen hvor mannen ikke kom høyt nok opp til å nå sengen;

Frøya: Jo men altså, seilet måtte være så langt for han var så stor. Og løfteren kjørte vi helt oppi taket. Så nei, det var jo ikke det.

Jeg: Men hvis dere ikke fikk brukt løfteren til å forflytte mannen fra stolen og opp i sengen, uten å måtte løfte selv?

Frøya: Ja, neida, men... altså det måtte være sånn. Seilet måtte være så stort skulle mannen få plass oppi der.

Jeg: Men hva om løfteren kunne løfte enda høyere? Hadde det hjulpet?

Frøya: Ja det er klart, jo da det er klart. Men det går nå ikke an.

Frøya har helt rett, for med dagens løfter er det ikke mulig å løfte pasienten høyere enn den gjør i dag. Men det jeg finner interessant er deres oppfattning av at teknologien er som den er. Selv om teknologien de tar i bruk ikke løser de utfordringene de har, ser hun lite eller ingen rom for endring eller en løsning på problemet. Teknologien er som den *må* være. Løsningen blir dermed at de tilpasser måten de gjør arbeidet på, eller at *pasientene tilpasses teknologien*.

[...]det er jo ikke alle du klarer å tilpasse det [seilene] til heller. Vi har for eksempel en dame som fikk motoren til takløfteren i hodet, uansett hvordan vi gjorde det. Og vi prøvde mange seil. Så det har litt med funksjonen vedkommende har også. Så det er i hvert fall det jeg føler, at når det ikke fungerer, så er det ofte enten seilene som ikke er tilpasset, eller at pasienten er tilpasningsudyktig. (Frøya)

Pasienten som ses som *tilpasningsudyktig*, er et godt eksempel på hvordan teknologien forstås som satt eller *lukket* (Pinch og Bijker 2012). Det er stor forskjell på at pasienten ikke passer i seilet, og at seilet ikke passer til pasienten. Løfteren kan dermed også forstås som en ferdig teknologi som de har blitt tildelt. Dette vil for mange pleiere resultere i en tankegang om at løfteren ikke kan forandres, og at de må ”ta til takke med” det de får. Dorthe forklarer denne tankemåten med at det ikke eksisterer en kultur blant pleiere for å tenke på hva som kunne vært annerledes med teknologien de tar i bruk.

For vi godtar alt vi får, og er takknemmelig for at de har laget det. Man er veldig glad bare for det som blir gjort. [...] Mange av de som jobber på sykehjemmet, de hadde jo ikke løfterne for 20-30 år siden. Også får de den, og de har ikke tid til å begynne å tenke at det mangler noe, eller at den kunne vært bedre. De er bare kjempe glade for å ha hjelpemiddelet. (Dorthe)

Dette viser til en noe underdanig posisjon, hvor pleierne føler seg heldige som får hjelpemidler i det hele tatt. Det er nok mange grunner til dette. Først og fremst har ikke omsorgsyrket tradisjonelt sett vært preget av mye teknologi, og det finnes derfor heller ingen kultur for å se endringsmulighetene. I tillegg har ikke pleierne en direkte rolle i å definere det behovet de har, eller i selve utviklingen av løfteren. Dette kan sies å føre til fremmedgjøring ved at det skapes avstand mellom dem og utviklingsprosessen. En annen årsak til denne måten å forstå teknologi på er at det i omsorgsyrket ligger et større fokus på pasientens ve og vel, i stedet for muligheten for teknologiske endringer. I en travel hverdag er det derfor andre ting enn teknologi som krever deres oppmerksomhet.

5.1.2 Mellom korttids - og langtidsavdeling

Vurderingene som gjøres om bruk og ikke-bruk er i stor grad avhengige av hva slags avdeling pleierne jobber på, og da spesielt om det er *korttidsavdeling* eller om det er en *langtidsavdeling*. På korttidsavdelingen er det et stort fokus på rehabilitering, da mange av pasientene kun er der på korte opphold for rehabilitering etter operasjoner eller sykdom. Avdelingen er en del av satsingen som gjøres for at eldre skal bo hjemme lengre, og pasientene her bor kun en kort stund på institusjon for å trenes opp til at de kan klare seg hjemme igjen. På denne avdelingen gjøres det derfor andre vurderinger enn det gjøres på en langtidsavdeling, hvor pasientene som oftest bor fordi de ikke lenger kan bo hjemme. Dette preger hvordan pleierne tenker om, og utfører arbeidet sitt. ”*Det handler om oss, at vi tenker at dem skal prøve liksom. [...] Det blir to forskjellige måter å jobbe på. Vi er jo så vant til at de skal hjem igjen*” forteller Frida som jobber på korttidsavdelingen.

Det er med andre ord *målet* med oppholdet som i mange tilfeller styrer hvilke vurderinger pleierne tar, og som preger måten de *gjør* jobben sin på. Målet for pasientene blir en mentalitet på avdelingen, og følger pleierne i deres hverdag. I fokuset på rehabilitering ligger det forventninger om at pasienten på et tidspunkt skal kunne reise hjem igjen, og klare seg selv, eventuelt med assistanse fra hjemmehjelp. Det er derfor viktig at de under oppholdet på sykehjemmet forsøker å gjøre ting selv, sånn at de ikke *mister funksjonen*. Det er dermed et mål om å ta i bruk løfterne minst mulig, nettopp for å trene opp pasientenes fysikk. Fiona mener at det er viktig å presse pasienten litt i rehabiliteringen, og at mange pleiere må bli flinkere til å presse pasienten mer. Ofte tas hjelpemidler som løfteren i bruk for mye.

Nei, for at dem[på langtidsavdelingen] kanskje har en tendens til å bruke løfter litt vel ofte. [...]. Vi har mye fokus på trening og sånn på korttidsavdelingen, men de har kanskje ikke så stort fokus på det på de andre avdelingene. Men det er jo det beste for pasienten om de kan reise hjem igjen. (Fiona)

Hvor mye pasienten kan presses til å gjøre selv er en vurdering som krever erfaring og kjennskap til pasienten. ”Man ser det på pasienten, hvor mye de klarer og hvor mye man kan pushe”, forteller Dorthe. Hun er enig i at løfterne i blant brukes for mye, men at det samtidig også er viktig å vurdere pasientens dagsform, da denne kan variere. ”Som alle andre har de gode og dårlige dager, [...] og det er jo ikke meningen at vi skal presse dem for mye. Det vil jo virke mot sin hensikt” forteller hun.

På langtidsavdelingen er ikke fokuset på rehabilitering nødvendigvis så stort. Pasientene her er ofte av de sykeste, og flytter sjelden hjem til egen bolig. Vurderingene om bruk og ikke-bruk av pasientløfter gjøres derfor på andre grunnlag her enn på korttidsavdelingen. Dorthe forteller om et typisk scenario, hvor pasienten går gjennom prosessen fra å kunne forflytte seg selv, til å måtte ha assistanse av en løfter.

Det går ofte i etapper. Først blir det vanskeligere å reise seg, så trenger de litt mer hjelp for å komme seg opp. Også trenger man mer enn en person for å hjelpe seg, og etter hvert blir det vanskelig det og. Det blir vanskeligere å gå med rullator, og de må sitte etter bare noen skritt. Og da vurderer man om man skal bruke en løfter, eller en rullestol. (Dorthe)

I utgangspunktet ønskes det at pasientene på langtidsavdelingen også skal klare seg uten en løfter, men terskelen for å ta den i bruk her er noe lavere. ”Hos dem er det jo sjeldent snakk om at de skal hjem igjen, så det å presse dem har derfor ingen hensikt” forteller Dorthe, og legger til at det likevel er viktig at de gjør det de kan selv for å opprettholde følelsen av selvhjulpenhet og verdighet.

På sykehjem er det ofte mangel på arbeidskraft, og de ansatte må derfor i blant gå mellom avdelingene. Utfordringene skjer dermed i det pleierne fra en korttidsavdeling tar vakter på en langtidsavdeling (eller motsatt). Pleierne fra korttidsavdelingen forklarer at det ligger så innprentet i deres arbeidsmetoder at pasientene helst skal hjelpes uten løfter, at de ofte ”glemmer” at de er på en langtidsavdeling hvor forutsetningene ofte er helt annerledes.

For vi tenker jo at dem kommer inn, også skal de på rehabilitering, opptrening, og så skal dem hjem. Og da må dem opprettholde funksjonsnivået. Så det er derfor vi tenker sånn. Også tar vi med oss det da, når vi er på en annen avdeling. [...] Du slutter jo på en måte ikke med det da, på ei ekstravakt liksom. (Frida)

Fiona jobbet tidligere på korttidsavdeling, men har nå gått over på langtidsavdeling. Hun møtte igjen en pasient fra tidligere, og skulle hjelpe til når pasienten skulle gå fra sengen til stolen. Siden hun kjente igjen pasienten valgte hun å gjøre det uten løfter. ”Jeg tenkte at det sikkert gikk greit, for det var jo sånn vi gjorde det før. [...] Men det viste seg at hun var betydelig dårligere til å gå nå, så jeg burde jo brukt løfter på henne” forteller hun.

Om pleieren jobber på en korttidsavdeling eller langtidsavdeling har også mye og si på hva slags utstyr som er tilgjengelig. På langtidsavdelingen har flere av pasientene med seg egne hjelpemidler hjemmefra. Dette er en fordel siden de da er vant med utstyret, i tillegg til at det er tilpasset brukeren. På korttidsavdelingen blir det ikke kjøpt inn nye seil til hver pasient, siden de kun er der for en kort periode. Det blir derfor ofte brukt provisoriske løsninger til disse pasientene. Informantene forteller om at pasientene *egentlig* skal ha hvert sitt seil til løfteren, men at dette sjelden er realiteten. Ofte må man bruke det som er lett tilgjengelig, selv om dette kanskje ikke bestandig er den beste løsningen. ”Nei, for det fungerer ikke sånn i hverdagen, verden er egentlig ikke sånn da.[...] Du bruker det seilet du har tilgjengelig til den løfteren du har tilgjengelig” (Frida). Dette påvirker om pleierne velger å ta i bruk løfter eller ikke. På korttidsavdelingen vil pleierne, dersom det ikke finnes et passende seil tilgjengelig, ofte velge å hjelpe pasienten selv i stedet for å bruke et seil som ikke passer.

5.1.3 Løfteren som et stressmoment

I en omsorgssituasjon vil stress være det motsatte av det man ønsker. Løfteren er innført som et middel for avlastning, men flere av pleierne forteller at de blir regelrett stresset av å bruke løfteren. Når løfteren brukes på store tunge pasienter uten førlighet, kan det oppleves at de ”slipper seg” eller ”siger ned” i seilet. De blir da ”hengende etter armene” (Fay) som kan være ubehagelig for pasienten, og det kan se ut som at de skal skli ut.

Hvis de er tunge så siger de kjempe lett ned. Det er blant annet en pasient, og hun er kjempe tung, og er helt sånn slapp, og siger veldig mye mellom senga og rullestolen, eller mellom doen og rullestolen. Jeg stoler aldri helt på at de ikke kommer til å sige ned. (Fredrikke)

Flere av informantene forteller at dette gjør dem stresset, og at de ofte føler seg utrygge. Pasientens sikkerhet er førsteprioritet, også ved forflytting. Det er viktig at både pasient og pleier føler seg sikre i denne forflyttningsprosessen. ”Pasienten henger jo liksom en meter opp i luften. [...] Huff, ja tenk om de skulle dette ned!” forteller Frida. Hun forteller videre om et tenkt scenario hvor pasienten sklir ut av seilet, og detter i bakken. ”Det er jo gamle,

skrøpelige mennesker det er snakk om. De tåler jo ikke så mye” mener hun. Dina forteller videre at hun føler at hun må jobbe raskt sånn at dette ikke skjer. Aller helst vil hun hjelpe pasienten uten løfteren. Først da føler hun at hun har tid til å gjøre arbeidet ordentlig, uten å stresse og uten å ta snarveier.

For du må kjappe deg sånn at de ikke siger ned i mellomtiden. Men hvis du tar dem opp selv, så har du kontroll, føler jeg i hvert fall. For da holder du dem selv. Men i løfteren så er de jo så høyt opp, og så siger de, og så må du forte deg. Og sånn som at buksa aldri kommer helt på etter doen, for at du må kjappe deg så mye [...]. Men hvis du holder dem selv, så har du tid til å gjøre alt ordentlig. Så jeg blir litt stressa av løfter egentlig. (Dina)

Stresset kommer med andre ord ikke av en usikkerhet for om løfteren skal holde, men i stedet av en frykt for at pasienten skal skli ut av seilet. Løfteren forstås med andre ord som et kjempegodt hjelpemiddel i forflytningssituasjoner, men når pasientene ”siger ned” i seilet kan pleieren oppleve dette som en stressende situasjon. Stresset pleierne opplever kan også smitte over på pasientene, og gi dem en opplevelse av utrygghet. Løfteren fremmer dermed et dilemma mellom og forflytningsteknikk og den opplevde sikkerheten. Dette fører igjen til at løfteren i flere tilfeller velges bort. ”I blant er det bare mindre stressende å hjelpe dem uten løfteren” forteller Dina, og mener dette også ofte er til det beste for pasienten.

Flere av mine informanter forteller at de vet at løfteren er sikker, og at den holder pasientens vekt, selv de tyngste. Både løfter og seil er av høy kvalitet, og de vet at det for enkelte pasienter er en helt sikker måte å gjøre forflytning på. Utfordringen oppstår når pasientene enten er store og tunge, eller demente. Det har skjedd ved flere anledninger at demente pasienter har forsøkt å klatre ut av seilet. ”De sitter gjerne mer urolig, og veiver med armer og ben. Men ofte så skjønner de jo ikke hva som skjer, så det er kanskje ikke så rart” forteller Frida. Demente utgjør altså en ekstra utfordring i dette arbeidet.

Og vi [pleierne] vet at den ikke detter sammen, og vi vet at seilet holder, men du må tenke på pasienten som kanskje ikke er så klar, og som ikke vet hva som skal skje. Og som kanskje ikke kjenner igjen personen som løfter. (Dorthe)

Personer med demens har det ofte best i stabile og kjente forhold. Pasientløfteren kan oppfattes som et ukjent element, og man bør derfor forklare grundig hva som skal skje hver gang før man tar i bruk løfteren.

Og pleierne er nok også dårlige til å forklare hva det er som skal skje. Du burde jo, i hvert fall til de demente, brukt to minutter hver morgen og fortalt det at ’ja nå skal du opp i en pasientløfter, den skal gå rundt armene dine, den er helt trygg, den skal løfte deg opp’. Men det skjer jo ikke. Det blir jo bare ”svop-svop-svop” og opp, så det er jo klart at de blir utrygge. (Dina)

Pål forteller at en ting er de tekniske kravene, som kravspesifikasjoner, men de jobber minst like mye med de *funksjonelle kravene*. Løfterne er teknisk sikre, men det er også viktig at pasienten som sitter i den føler seg sikker, i tillegg til at pleierne føler seg sikre på å bruke løfteren. ”Vi forsøker jo å skape et produkt som gir brukeren en følelse av sikkerhet. Det er jo minst like viktig.” forteller Pål.

Løfteren kan potensielt sett åpne opp for bedre kommunikasjon og sterkere forhold mellom pleier og pasient ved at den frigjør hender som i stedet ideelt sett kan holde en hånd eller ved å gjøre det enklere å snakke med pasienten. På den andre siden kan løfteren som en stor og kald teknologi skape avstand mellom pleier og pasient. Per og Pål er klar over denne utfordringen, og forteller at dette er en utfordring pleierne må rette seg etter.

Det er klart at hvis du ikke sier noen ting, vil det kanskje føles litt kaldt. [...] Men egentlig bør jo løfteren åpne opp for bedre kommunikasjon. Siden pleierne ikke lenger trenger å anstrenge seg for å løfte, må det jo egentlig være lettere å holde en samtale i gang. Det må jo være mye triveligere å kunne puste ordentlig mens du jobber med pasienten. (Per)

Frøydis forteller at de nok har mer kontakt med pasientene de hjelper uten løftere. ”Disse må du jo kommunisere mer med naturligvis, for at de skal reise seg eller treffe stolen når de setter seg”. I tillegg er som sagt pasientene som trenger assistanse fra løfter ofte av de sykeste, og mange er også demente. Det er derfor mange pasienter hvor dialog ikke er mulig. I disse tilfellene er det likevel viktig å kommunisere, selv om man som pleier ikke får verbale svar. Kommunikasjonen er en viktig del av relasjonen mellom pleier og pasient, og er med på å gjøre pleiearbeidet personlig.

Dina har også et inntrykk av at man kommuniserer mindre med pasientene som trenger løfter, i tillegg til at man automatisk mister mye av den fysiske og menneskelige kontakten. Hun forteller at hun synes det ”føles mer humant” å hjelpe en pasient uten å bruke løfter, og at bruk av løfter i blant kan ses som ”både litt umenneskelig og litt uverdig (Dina). Det å hjelpe en pasient selv, uten å bruke løfter viser til den gode omsorgen, eller den *primære* omsorgen, hvor pleieren er fysisk nær pasienten. Det er med andre ord både den fysiske og den sosiale relasjonen mellom pleier og pasient som er viktig, og som settes på spill gjennom bruk av løfteren. Denne relasjonen er en svært viktig del av omsorgsyrket og av omsorgsrasjonaliteten, og pasientløfteren skaper utfordringer for hvordan å beholde denne. Det oppstår her et tydelig dilemma mellom bruk og ikke-bruk av løfteren.

Det er en sånn vanskelig ting [...], for at du mister menneskelig kontakt på en måte. Du får jo det når du vasker og kler på, [...] men du heiser dem opp i en maskin, som er litt sånn [...], det er jo ikke noe hyggelig. Det er jo ikke en hyggelig følelse akkurat. Men samtidig så må

man jo ha løfteren, og jeg skjønner jo og at de som jobber der hver dag, de må jo bruke løfter, selv på de [pasientene] som er tvilstilfeller, for hvis ikke så ødelegger de jo ryggen sin. Så det er jo et kjempegodt hjelpemiddel. Og de får jo ikke vondt, så det er jo godt laget. Det er bare det at dem mister litt, ja dem mister litt kontakt egentlig. (Dina)

Med løfteren følger det altså med en rekke vurderinger. I tillegg til å miste kontakt, blir selve løfteren også et symbol på sykdom. Den viser til at pasientene ikke lenger klarer seg selv, og er avhengig av andres hjelp. Den kan dermed forstås som et symbol på hjelpeløshet for pasienten. Det er mange som føler en sorgfullhet ved å være avhengige av andres hjelp for utførelse av hverdagslige oppgaver. Dorthe forteller at hun synes det er viktig at pasienten forsøker å gjøre ting selv, selv om han eller hun ikke vil flytte hjem igjen. Dette for at pasienten skal få følelsen av selvhjulpenhet og verdighet. Implisitt i dette ligger det en tanke om at det å kunne gjøre ting selv er en vesentlig del av verdigheten.

For det å være selvhjulpen er nok viktig for mange. Det er nok litt leit når de etter et langt og selvstendig liv plutselig trenger hjelp til både det ene og det andre. Jeg tror nok at dem tenker på det, at de blir hjelpeløse [...], og at de er avhengige av andre. Jeg kunne ikke tenke meg å komme i en sånn situasjon hvor en ikke har kontroll på hva som skjer. (Dorthe)

Det å ikke ha kontroll over eget liv forsterkes med andre ord av denne teknologien. Også utad er løfteren et symbol for pasientens muligheter for rehabilitering. Bruk av løfteren kan dermed gi signaler om at pasienten ikke lenger kan gjøre rehabiliterende aktiviteter (Whipple 2007).

Du blir bare hengt opp i ei reim nesten, så det blir litt umenneskelig. Og nesten sånn at det forsterkes, i hvert fall hvis du er dement, er de jo klare over at de er dårlige, at det kanskje er en sorg over at de har blitt så dårlige, så nesten sånn at den blir forsterket av de i tillegg må heises opp. At de ikke får til noen ting lengre. (Dina)

I enkelte tilfeller blir også pasienten sittende på seilet i stolen. Dette vurderes av den enkelte pleier, og gjøres av enkelte for å spare tid dersom pasienten skal på toalettet. Dina mener dette er latskap, og at dette tøyestykket representerer mer enn bare effektivitet. Dette blir også et tydelig symbol på at pasienten ikke klarer seg selv. Seilet forsterker dermed synet på pasienten som avhengig av andres hjelp.

Som en pasient da, hun er veldig nøye på klær, og hvordan hun ser ut på håret, og at hun skal se bra ut. Også blir hun sittende på seil som lyser opp. Da blir det jo kjempe tydelig at hun ikke klarer seg selv lenger. Bare det at hun ikke kommer seg på do selv, og at hun ikke kan gjøre ting selv. (Dina)

Her må det nevnes at det også er stor forskjell på løfterne. Ved bruk av en Quick-Raiser får pasienten følelsen av at han eller hun står på egne ben, noe som har stor betydning for hvordan man forstår løfteren. Ved at pasienten er med på forflytningen vil løfteren kunne ses

som et *hjelpemiddel*. Ved bruk av takløfter eller passivløfter er pasienten, som navnet tilsier, i større grad passiv i forflyttningsprosessen. Dette har mye å si for mestringsfølelse og selvfølelse. ”*For de blir mer pasifisert når de henger i et stort seil [i motsetning til Quick-Raiser]*” forteller Frida.

Vi har jo en slagpasient opp hos oss, som bestandig brukte takløfter før han kom til oss. Men så begynte han å trene, og han har sånn treningsvilje. Og så begynte vi med Quick-Raiseren i stedet for takløfteren. Og det fungerer! Så nå trener enda mer, for han vil ikke tilbake til takløfteren. (Frida)

Dette er spesielt fremtredende på korttidsavdelingen hvor mange av pasientene har mulighet til å trene opp fysikken. Passivløftere og takløftere brukes som oftest til de sykeste pasientene, og blir også sett på som et tegn på små muligheter for opptrening. Mestringsfølelsen som følger med å trene seg opp fra en takløfter til en Quick-Raiser har mye å si for deres selvfølelse, og hvordan pasienten takler andre daglige gjøremål.

5.1.4 Effektivisering av omsorg

Helse- og omsorgstjenestene er i stor grad preget av uforutsigbarhet og krav til fleksibilitet, i tillegg til at ting skal gjøres raskt. Dette gjør blant annet morgenstellet både rutinefylt og variert. Her arbeider man med individer som kan ha gode dager og dårlige dager, og i blant trenger pasienten mer hjelp enn vanlig. Dette stiller krav til at omsorgsarbeiderne kan omstille seg, og yte hjelp etter behov. Kravet til både effektivitet og fleksibilitet lager ofte et dilemma for pleierne. For hvordan gi pleie og omsorg med høy kvalitet, og samtidig gjøre dette raskt? Denne problemstillingen preger mange deler av arbeidet de gjør.

Pasientløfterens inntog skaper altså både løsninger og utfordringer for *den gode omsorgen*. Pasientløfteren ble innført hovedsakelig for å bedre vilkårene for pleiearbeiderne, og for å gi sikrere løsninger for de pleietrengende. Den er i senere tid også blitt et instrument for å effektivisere omsorgstjenestene. Flere eldre pr. omsorgsarbeider krever en balansegang mellom å være effektiv så alle pleietrengende får den fysiske hjelpen de trenger, og samtidig yte god pleie og omsorg. Dette vil med andre ord si, i tillegg til den fysiske pleien, å *ta seg tid til* den ikke-fysiske omsorgen. Omsorg krever tid, og kan på mange måter ses som motsetningen til effektivitet. Å sette av tid til gode samtaler og menneskelig kontakt er en viktig del av omsorgsrelasjonen. Det som i mange tilfeller er viktigst for pasienten er ofte ikke pleien i seg selv ”*men heller noen å snakke med*” (Dorthe).

Det er mellom kvalitet og effektivitet det gjøres vurderinger og forhandlinger rundt bruk og ikke-bruk. Et ønske om høy kvalitet i eldreomsorgen fører med seg en forutsetning om god tid og gode relasjoner mellom pleier og pasient. For å få til dette ligger det en forventning om tidsbruk. Et mål om både effektiv og god omsorg skaper dilemmaer for pleierne. Det er ønskelig at alle pasientene skal oppleve å få omsorg og pleie av høy kvalitet. Men for å rekke alle må dette gjøres raskt, eller løses på andre måter.

Dette dilemmaet mellom å være effektiv og å gi god omsorg viser seg i måten ulike pleiere vurderer bruk og ikke-bruk av løfteren forskjellig. Dina forteller om en medarbeider som velger å ikke ta i bruk løfteren på en kvinnelig pasient, som de andre pleiere bestandig bruker løfter på. Han bruker litt mer tid på å hjelpe henne opp fra sengen, og får ofte kommentarer fra de andre på avdelingen om at det ville gått mye raskere hvis han bare tok i bruk løfteren. *”Han bruker sikkert ti minutter ekstra på pasienten, men hun får nok en mye bedre start på dagen”* mener Dina. Denne medarbeideren blir ”uglesett” av de andre pleierne for at han bruker mer tid enn *nødvendig*. Det blir her tydelig at forskjellige pleiere gjør forskjellige vurderinger rundt bruk og ikke-bruk av pasientløfteren, og at hva som vurderes som *nødvendig tidsbruk* varierer.

Løfteren muliggjør en effektivisering av stellet. Morgenstellet hos de sykeste pasientene gjøres ofte i sengen. En rask vask, klærne tres på, seilet plasseres og pasienten plasseres i en rullestol eller komfortstol. Av egen erfaring vet jeg at dette ofte gjøres raskt og mer eller mindre mekanisk. Pasientene som hjelpes uten løfter bruker pleierne gjerne litt mer tid med.

Hos andre pasienter [hvor man ikke tar i bruk løfter] kan du sette deg på sengekanten, og få dem til å sakte strekke ut ryggen. Og det blir jo med en gang mer hyggelig, og mer menneskelig. Mens hos de vi bruker løfter på så bare dras de opp. [...] Og de går glipp av bad, og de fleste som sitter i løfter får jo ikke sett seg i speilet engang. (Dina)

Pasientene uten løfter hjelpes forsiktig opp på sengekanten, og støttes inn på badet hvor mange gjør mye av stellet selv. Denne prosessen tar ofte lengre tid, men gir pasienten mulighet til å vaske ansiktet selv, og kjenne på det å våkne. *”Det er nesten sånn at vi jukser med løfteren i blant. For man kunne jo gjort det samme med løfter som man gjorde uten [...], men det gjør man jo ikke”* forteller Dina. Hun ser stor forskjell på tiden som brukes hos pasienter med og pasienter uten løfter. *”For man bruker jo ikke et kvarter lengre på de som bruker løfter, for å få dem inn på badet”* forteller hun. Pasientene med løfter mister med andre ord tid man ellers ville brukt uten løfter. Man kan på denne måten si at løfteren i mange tilfeller brukes for å *spare tid*.

Ofte gjør pleieren deler av stellet som pasienten kunne gjort selv for at det skal gå raskere. Dina mener at dette kan virke *passiviserende*, og at hvis man i stedet brukte litt mer tid på pasienten, og lot dem ta del i stell og forflytning ”*ville de følt at de gjorde det mer selv. Men med en gang du har en løfter så.. du passivgjør dem på en måte*” (Dina).

Og med en gang du bruker løfter så får du jo ikke trent på noen ting. I det de begynner å bruke løfter, så blir de også vasket i senga. Og da gjør de ingenting selv. Men før da du kunne støtte dem inn på badet og sette dem på doen. Og da kunne de faktisk sitte på badet og finne såpa selv, og vaske seg i ansiktet selv. Men med en gang du bruker løfteren så er det på en måte litt lettere. Man kunne jo ha rullet den inn på doen, men det gjør man jo ikke. (Dina)

Å gjøre ting effektivt hører også med som en naturlig del av omsorgsarbeidet. Mange av de daglige gjøremålene krever nettopp at ting gjøres raskt, og at man sparer tid med å bruke løfter. ”*Så løfteren er jo god å ha, når man trenger å gjøre det fort*” forteller Dina. I blant haster det (som for eksempel ved toalettbesøk), og løfteren blir i disse tilfellene et godt hjelpemiddel, som muliggjør rask forflytning.

På den andre siden er ikke pasientløfteren nødvendigvis tidsbesparende. Forflyttningsprosedyren er omfattende, og kan ta mye tid for pleierne som ikke har mye erfaring med bruk av løfter. Pasienten skal først rulles over på den ene siden, seilet skal legges under, pasienten skal rulles over på den andre siden, seilet skal strekkes ut, det skal festes under armer og rundt ben. Så skal løfteren trilles over pasienten, hempene på seilet skal festes på krokene, så skal løfteren kjøres opp mens man støtter pasienten i nakken, og til slutt skal pasienten kjøres over en stol, senkes ned, og seilet skal fjernes. Hvis pasienten skal på toalettet, må man i denne prosessen også forsøke å lirke av bukser, strømpebukser, truser og bleier. ”*Ja, det er jo også mye styr, sånn for å forberede. Der du egentlig bare kunne ha vippet de opp på sengkanten selv*” forteller Dina. I tillegg til alt dette skal man ”være der” for pasienten, og passe på at denne føler seg trygg.

Også tror jeg kanskje det har noe å gjøre med løfteren sin natur å gjøre. At når du først har fått løfteren rundt dem en gang, så er det tungvint både for pleier og for pasienten å heise dem ned på do, og så ta dem opp igjen. Nesten sånn at løfteren er lett hvis man skal gjøre lette ting, sånn fra sengen og til en stol. Men det er mer tungvint når du skal gjøre dagligdagse ting på en måte. (Dina)

Dette gjør at løfteren kan virke tidsbesparende på pasienter som virkelig trenger en løfter, hvor det å løfte manuelt er uaktuelt. Men for pasientene som kan klare litt selv, kan løfteren virke som et tidskonsumerende og tungvint hjelpemiddel. ”*For det er jo lettere å bruke løfter, men samtidig så er det jo lettere å ikke bruke løfter, for de pasientene som er i grenseland*” mener Dina. Med dette forstår jeg at vurderingen som gjøres om løfteren brukes eller ikke,

også er et resultat av paradokset mellom det å ta seg tid til å yte god omsorg og det å være effektiv sånn at alle pasientene skal få pleien de trenger. Hva som er nødvendig pleie og omsorg varierer mellom pleierne og de vurderingene de tar. Løfteren representerer dermed både en måte å spare tid på, men også en måte å yte rask hjelp dersom det er behov for det.

Et av målene med ny velferdsteknologi er at de nye hjelpemidlene skal være nettopp hjelpemidler. En vanlig bekymring er at disse brukes i stedet for pleiere, og at dette vil ha negative konsekvenser for kvaliteten på omsorgen. Færre pleiere, og flere tilgjengelige teknologiske hjelpemidler gjør at det settes spørsmålstejn ved om disse hjelpemidlene etter hvert vil ta over for pleierne, og dermed skape en kald og mekanisk pleie.

Teknologien skal altså brukes som et *supplement til*, og ikke som et *substitutt for* pleiere. Det er dessverre ofte nettopp dette som skjer. Offentlig helsesektor er preget av blant annet mangel på helsepersonell og dårlig økonomi. Dette resulterer i flere pasienter for hver pleier, og dermed mindre tid til å utføre pleie og omsorg på. Mye av hensikten med ny velferdsteknologi er med andre ord å frigjøre hender, sånn at flere pasienter kan få den pleien de trenger, i tillegg til at pleierne skal kunne bruke tiden til omsorgsaktiviteter i stedet for fysisk pleie. Pleierne skal ideelt sett fremdeles være til stede, og heller fokusere mer på omsorgsarbeidet (som det å være en å snakke med og andre sosiale aktiviteter). Likevel opplever flere av mine informanter at avdelingen de jobber på nedbemanner når de gjør pleiearbeidet raskt, og at man med løfteren kan effektivisere og forsvare lav bemanning.

I intervjuet med Dina blir det tydelig at løfterne i mange tilfeller erstatter ekstra pleiere, og at ved å ta i bruk løfteren kan sykehjemmet eller avdelingen *spare* en pleier.

Så kanskje det er sånn at løfter er bra, så lenge man er nok folk. Nesten som om at man underbemanner på hvert rom fordi man har løfter. Så løfterne erstatter en person da, nesten. På den ene avdelingen går de en og en kun fordi at de har tilgang til løfter. Så hadde de ikke hatt løfter ville de jo vært to. Man mister liksom et menneske da, i stedet for løfteren. Og de tenker at de sparer tid på det, men jeg tror de bruker like mye tid. (Dina)

Produsentene forteller at pasienter som trenger assistanse av en pasientløfter, trenger som oftest to pleiere til å hjelpe seg ved forflytningssituasjoner. Dette er på grunn av at pasienten skal snus og vendes på, i tillegg til at pasienten skal føle seg sikker. Om pasienten trenger hjelp av en eller to pleiere avhenger av flere faktorer, som for eksempel hvilken løfter som brukes, pasientens dagsform og pleierens erfaring. En Quick-Raiser vil ofte være enklere å håndtere alene enn takløftere og passivløftere, da det ofte er de dårligste pasientene som trenger sistnevnte, og som ikke kan hjelpe til selv i større grad. Disse vil derfor nesten

bestandig ha behov for hjelp av to pleiere i forflytningssituasjoner. De forklarer videre at det er fullt mulig å bruke en løfter alene, men at dette er tungt og at sjansen for feilbelastning er stor.

Altså, selve løftet går fint, men det er når du skal plassere selen, så skal du jo rulle pasienten [...] over på siden, og holde, og legge under seilet, og rulle tilbake og dra det ut. Og den prosessen der er faktisk ganske vanskelig å gjøre med bare en person, uten at du får feil belastning. (Pål)

Kravet om hvor mange pleiere det trengs for å benytte en løfter settes selv av sykehjemmet, men produsentene anbefaler sterkt at man bør være to pleiere ved forflytning. De presiserer at utstyret *kan* brukes av en person, men av hensyn til pasienten *bør* man gå to og to.

Løft- og forflytningsfilosofien går jo på at man skal kunne gjøre dette uten å få belastninger eller skader på sitt bevegelsesapparat, altså ryggskader og slike ting. [...] Og har vi sagt A, så må vi si B, og da blir B veldig ofte at du ikke kan gjøre det alene. Hvis man gjør det alene så vil du få feilbelastning, og det kan ikke vi stå og anbefale. (Pål)

Til tross for at det ofte er en norm at man bør være to pleiere pr. pasient som skal opp i løfteren, skjer det ofte at pleiere gjør dette alene. Fiona forteller at hun tidligere samme morgen som intervjuet hadde hjulpet en pasient med takløfter alene. Hun forteller at det gikk greit, men at det var tungt og at ”*det er jo litt mer tungvint når man holder på alene. Det tar jo litt mer tid*” (Fiona). I intervjuet får jeg inntrykk av at dette er en innrømmelse, og at hun dermed tenker at hun har gjort noe som hun ikke burde. En av de to andre informantene ved dette intervjuet, Frida, reagerer med å fortelle at det er jo ikke sånn de vanligvis gjør det, men at det selvsagt kommer an på pasienten. Det kommer her tydelig frem et ideal om at en bør være to pleiere ved forflytninger, men at hverdagen ofte ser annerledes ut.

Produsentene forteller meg at de opp gjennom årene har blitt klar over at løfteren i mange tilfeller brukes *feil*. Pål forklarer at de med feilbruk mener at produktene ikke brukes i henhold til det de har definert. Eksempler på dette kan være at seilet ikke festes ordentlig på krokene, at de henges på feil krok, eller at seilet ikke plasseres riktig under eller rundt pasienten.

Og det er kjempeviktig at pleierne, og andre som skal bruke produktene, at de bruker produktet riktig. Gudene skal vite at de ofte brukes feil. [...] og mye av det som skjer, det er jo ikke på grunn av at produktene ikke holder mål, men feilbruk. (Pål)

Ved at de definerer hvordan løfteren *skal* brukes, tildeler de løfteren et *skript* (Akrich 1992), som påvirker hvordan løfteren tas i bruk av pleierne. En av utfordringene i produksjonen er

derfor å utvikle brukergrensesnitt, eller skript, som er ”enkle, intuitive og selvforklarende” (Pål), og som dermed hindrer feilbruk.

I tillegg vet de at forflyttingene ofte blir gjort alene av pleierne, selv om dette ikke er anbefalt. Omsorgssektoren er preget av mangel på pleiere, og for mange pasienter pr. avdeling, noe som igjen resulterer i lite tid pr. pasient. De forteller at de strekker seg langt for å finne gode metoder og løsninger for å hjelpe pleierne i sitt arbeid. Dette innebærer blant annet å *tilpasse* brukergrensesnittet etter hvordan løfteren faktisk brukes på. ”*Det spiller jo ingen rolle om vi mener at det er feilbruk av løfteren når de bruker den alene, når det ofte er sånn den brukes*” forklarer Per.

Måten produsentene tilpasser løfteren etter pleiernes *faktiske* bruk (og ikke bare etter hvordan den *skal* brukes) er interessant. Dette viser at pleierne, som er brukerne av teknologien i dette tilfellet, er en aktiv del av innovasjonsprosessen ved at de forhandler rundt løfterens *skript*, og lager et *antiprogram* (Latour 1992). Ved at de bruker løfteren på en annen måte enn intendert, og ved at produsentene tilpasser produktet etter dette, er de indirekte med på å forme teknologien de selv bruker.

Normen om at pleierne skal være to ved bruk av løfter er også et resultat av en tanke om at pasientene skal føle seg trygge i løfteren. ”*Jeg tenker at hvis jeg hadde vært pasient, så er det jo en trygghetsfølelse i det å ha noen på hver side når du er en halvmeter over bakken*” forteller Fay. Fredrikke er enig, og legger til at ”*det er nok godt for den som 'henger' der å kanskje ha en hånd som støtter deg på ryggen eller noe, bare sånn at du kjenner at det faktisk er noen der*”. Dette kan ses som en del av omsorgsrasjonaliteten som preger pleie- og omsorgsyirket. Pleierne utøver empati, og setter seg inn i pasientens situasjon. Denne blir også forsterket av at noen av pleierne har prøvd løfteren selv.

Det å kjenne på hvordan det er å sitte i en løfter er nok veldig lurt tror jeg. Du lærer liksom mye om hvordan det føles. [...] Jeg synes det var ganske skummelt egentlig, og det er klart at... det gjør vel kanskje at jeg tar mer hensyn. (Frøya)

Å prøve løfteren selv er en viktig del av det å lære om den, men det var likevel bare halvparten av pleierne som hadde gjort dette. Fay forteller at dette var en del av hennes opplæring, og at hun ser nytten av dette. ”*At jeg følte meg så hjelpsløs i seilet gjør jo at jeg nå ikke vil bruke løfter alene. Jeg vet hvor skummelt det er*” forteller hun. Dorte forteller at hun anbefaler helgevikarer og andre at man ikke bruker løfter alene, men at disse også må kunne gjøre en vurdering på om dette er trygt eller ikke.

Altså, de er jo voksne, og de må kunne vurdere. Her har jeg fått opplæring, og jeg føler meg trygg. Men det kommer veldig an på pasienten. Jeg har jo jobbet der i mange år, og det er fremdeles pasienter jeg ikke tør å bruke løfter på alene. Det tok meg mange år før jeg brukte en løfter alene. Man skal ikke tøffe seg, for plutselig så skjer det noe. Og det er noe som følger deg i lang tid fremover hvis det skulle skje noe. (Dorthe)

Personlig kjennskap til pasienten og erfaring er med andre ord i mange tilfeller med på å forme vurderingene som gjøres rundt bruk og ikke-bruk.

5.2 ”Det handler om å gjøre jobben sin riktig”

Alle disse vurderingene som tas er viktige for hva som er god omsorg. For omsorgsyterne handler dette mye om å gjøre jobben sin riktig. Jeg har fått et inntrykk av at det å ta i bruk løfteren blir ansett som å være et tegn på at man gjør jobben sin riktig, men at det samtidig handler om de varme hendene og den gode omsorgsrelasjonen mellom pleier og pasient. Dina forteller om en medarbeider som vanligvis hjelper pasientene uten løfter.

Ja det er en mann jeg jobber med som tar flere av pasientene selv, han løfter dem, men han er sterk da... Og han blir litt uglesett fordi han ikke bruker pasientløfteren. For at man burde bruke løfter på dem, og det blir litt uglesett at han bruker tid, når han kunne ha brukt løfter. (Dina)

Det ligger her en tydelig forventning om hva det vil si å gjøre en god jobb, og hvordan løfteren er en sentral del av dette. Ved at denne medarbeideren velger å ikke bruke løfter bryter han med det som er ansett som å være riktig praksis. Gjennom å se dette som et eksempel på det Silverman m.fl. (1992) definerer som *symbolsk domestisering*, forstår jeg hvordan bruk og ikke-bruk blir symboler for hvordan pleie- og omsorgsyrket defineres av de ulike pleierne. Dina forteller videre at det ofte er en felles oppfatning om hvilke pasienter som det skal brukes løfter på.

Så det er nesten sånn at [...] av de som jobber fast da, så er det blitt bestemt hvem [hvilke pasienter] som trenger løfter og hvem som ikke gjør det. Og hvis jeg da gjør noe annet, så gjør jeg feil, nesten som at det vedtatt. (Dina)

Hun er selv vikar, og jobber for et meste i helger og i ferier. Hun innfinner seg derfor de rådende metodene definert av de som er der til hverdags. Hun forteller også om hvordan det er forskjeller fra avdeling til avdeling, og at forventningene som stilles til hvordan hun skal utføre jobben sin også varierer.

På den ene avdelingen jeg jobber på er det på en måte bestemt at man går alene til pasientene. Også de med løfter. Jeg liker ikke egentlig å bruke løfteren alene, men jeg føler jeg

må på denne avdelingen. Også er det nesten som, hvis du ikke vil gå alene, så er du ikke flink nok. Sånn hvis jeg spør om hjelp, er det nesten sånn at jeg føler at jeg har feilet litt. (Dina)

Det hun beskriver er en mentalitet som preger den ene avdelingen hun jobber på. Det er definert gjennom normer for hvordan man *bør* jobbe, og hvordan ting *bør* gjøres. ”For jeg synes det er ekkelt å bruke løfter når jeg er alene. Det er jo litt tryggere å være to. Men det er også ofte en tankegang virker det som, det at man *bør ta folk alene*” forteller hun. Hun føler at hun feiler dersom hun spør en av de andre pleierne om hjelp, spesielt siden hun da ofte får hun til svar at hvis hun trenger hjelp, kan de like greit gjøre det selv. Dette gir henne en følelse av at hun har feilet, og at hun ikke strekker til, eller er dyktig nok i jobben hun gjør. Dette fører til at hun ofte likevel gjør det selv, på tross av at hun ikke føler seg trygg på egen hånd.

Og jeg har jo på en måte adoptert den tankegangen jeg og, når jeg tenker at jeg feiler når jeg vil samarbeide. Så har jo jeg også lidd under den tankegangen. Og der vil jeg jo tro at løfteren spiller en rolle, for hadde vi ikke hatt den, så måtte vi jo ha samarbeidet. (Dina)

På den andre avdelingen, forteller Dina, er pleierne mer innstilt på å hjelpe hverandre. ”Der er det en *selyfølge at du skal få hjelp liksom*” forteller hun. Hvorfor oppstår denne forskjellen mellom avdelingene? Dina forteller at det har vært sånn i mange år, og at det derfor ikke kan være på grunn av pasientene for at disse ”byttes ut” (Dina). Hun mener selv at det er en mentalitet på avdelingen, og at det må være innstillingen og motivet til de som arbeider der. ”Kanskje de er så flinke de som jobber der fast, og de har jobbet der så lenge, at de er vant til å ta dem alene” forteller hun.

Ved å se hvordan pasientløfteren brukes og ikke-brukes lærer vi mye om de omsorgsrasjonelle strategiene pleierne bruker i sitt arbeid. I de forhandlingene som gjøres av pleierne rundt bruk og ikke-bruk av pasientløfteren, ligger det dilemmaer og moralske vurderinger mot et økende krav om effektivitet. Bruk og ikke-bruk er ikke rigide kategorier, men i stedet forhandlinger rundt hva som er god og verdig omsorg. Igjen ser vi teknologien som lukket, og mulighetene for innovasjon er ikke en problemstilling som preger pleiernes hverdag. *Tid versus kvalitet* blir ofte et dilemma i denne sektoren. På den ene siden handler dette om den profesjonelle identiteten, og de moralske praksisene, men på den andre siden om hvordan yte omsorg til stadig flere eldre, med færre omsorgsarbeidere. De vet de trenger løfteren, men blir stresset av den. Den gjør også arbeidet effektivt, men i blant *for* effektivt, da de føler de *mister noe* ved bruk av løfter. Løfteren skaper dermed et paradoks mellom effektivitet og det å gjøre jobben sin riktig.

6. BRUKERINNFLYTELSE VED INNOVASJON

For å løse fremtidens utfordringer med flere eldre, og færre omsorgsarbeidere, kan helseteknologi være et viktig steg på veien. Denne teknologien bringer imidlertid med seg både nye løsninger og nye utfordringer i en sektor som er preget av stor kompleksitet.

Ny helseteknologi er ikke kun ny teknologi, men det er også svært meningsbærende og komplekse hjelpemidler som endrer og former relasjonen mellom pleier og pasient. Dette skjer ved at helseteknologier, som pasientløfteren, endrer måten pleieyrket gjøres på. Pasientløfteren kom til først og fremst som en løsning på pleiernes helseutfordringer med tunge løft og ukomfortable arbeidsstillinger. I dag kan vi forstå løfteren mer som et middel for å effektivisere omsorgstjenestene. En effektivisering av omsorgstjenestene strider på mange måter mot omsorgsarbeidets natur. Her er det de gode relasjonene og menneskelig kontakt som blir viktige strategier i omsorgsrasjonaliteten. Løfteren utfordrer disse relasjonene både ved at den muliggjør effektiv omsorg, og ved at den som et kaldt og mekanisk instrument skaper en fysisk og mental avstand mellom pleier og pasient.

I forhandlingene som gjøres rundt bruk og ikke-bruk av pasientløfteren, er det dermed de omsorgsrasjonelle verdiene som opponerer mot et økende krav om effektivisering av helsetjenestene. Ikke-bruk av løfteren kan gjennom dette dels forstås som midlet i en protest mot denne effektiviseringen, og dels som et resultat av at løfterne ikke bestandig er tilpasset det behovet brukerne har.

Gjennom dette studiet har vi sett at det fremdeles er utfordringer som ikke løses av dagens pasientløfter. Omsorgsarbeidet er preget av stor grad av kompleksitet, og behovene endrer seg hele tiden. Det er derfor ikke nødvendigvis enkelt å løse utfordringene pleierne har med ny teknologi, siden utfordringene ofte dreier seg om opprettholdelsen av mellommenneskelige relasjoner og verdighet, i en hverdag hvor kravet om effektivitet råder. Det er dermed omsorgsarbeidets natur som gjør de utfordringene de har vanskelige å løse. Det er derfor tydelig at det i dette ligger et behov for ytterligere innovasjon og utvikling.

Dagens marked med tilbud kan sies å *lukke* innovasjonen (Pinch og Bijker 2012), eller hindre for den videre utviklingen det er behov for. For at produsentene skal overleve som bedrift må de forholde seg til de kravspesifikasjonene som er satt, og et fokus på kostnadseffektivitet og standarder gjør det lite lønnsomt for dem å satse nytt. Dette resulterer i lite rom for kreativitet

og nye løsninger, og dermed en stagnasjon av utviklingen, og en standardisering av produktene. Mulighetene for innovasjon blir mindre siden nye og innovative løsninger ofte er dyrere, og derfor som oftest nedprioritert. De produktene som når frem til brukeren, er som oftest forhandlet frem som billigste, ikke nødvendigvis beste produkt.

Gjennom gründeren Hans Kasper ser vi tydelig at utfordringen er avhengig av hvordan en ser det. Problemet som trenger en løsning endrer seg altså ut i fra hvem som definerer og hvilket motiv som ligger bak. Hans Kasper så først behovet for en sykeseng, men sykehjemsbestyreren redefinerte dette til en teknologi som kunne løfte pasienter på og av toalettet. Videre gjennom en NPM- og effektiviseringstankegang flyttes bestilleransvaret lengre bort fra den faktiske brukeren, og det opprettes egne sentraliserte bestillerkontor. Disse brukerrepresentantene definerer behovet på vegne av brukerne, men har ofte andre motiv enn brukerne selv. Som oftest handles det ut i fra et ønske om kostnadseffektive produkter, og det tas ofte utgangspunkt i allerede eksisterende løftere ved definering av kravspesifikasjoner.

Brukerrepresentantene, eller proxybrukerne (Vabø 2006:405; 2007:53), i tillegg til anbudskonkurranser fører til at pleierne mister sin stemme, og kun får rollen som mottakere av teknologi. Dette er med på å forme deres forståelse og bruk av pasientløfteren. Ved at brukerne ikke direkte er med på å definere behovet, skapes det en avstand mellom bruker og teknologi. De ser dermed heller ingen muligheter for videre utvikling av teknologien de har fått.

Jo lengre bort fra brukeren vi kommer, jo mindre blir altså også mulighetene for innovasjon. Vi kan likevel gjennom pleiernes forhandlinger rundt bruk og ikke-bruk betrakte pleierne som aktive deler av innovasjonsprosessen. Når de bruker løfteren ”feil” i forhold til hva produsentene anbefaler, tilpasser produsentene løfteren etter hvordan den faktisk brukes. De vet for eksempel at selv om de anbefaler at de bør være to pleiere ved forflytting, gjør pleierne det ofte alene. Produsentene tilpasser dermed løfteren sånn at dette skal være trygt for både for pasient og pleier. Pleierne er dermed ikke direkte involverte i utviklingsprosessen, men kan velge å bruke løfteren på andre måter, eller å ikke bruke den. Dette kan vi kalle for innovativ bruk, eller *innofusion* (Fleck 1988).

For å forstå hvilken plass pasientløfteren har i pleiernes hverdag, er det dermed viktig å se innovasjon som en langvarig prosess. Ved å tenke på innovasjonsprosessen som ferdig når den kommer ut av produksjonslokalet, mistes verdifull informasjon som kan bidra til dypere kunnskap om innføring av innovasjon i helsesektoren. Å se pasientløfteren i bruk og ikke-

bruk kan dermed føre til at vi bedre lærer om forhandlingene som gjøres av pleierne mellom teknologi og omsorg. Det blir også viktig å se hvordan pleiernes innovative bruk former både teknologien og omsorgspraksisen.

Ved å åpne opp for en prosessforståelse av innovasjon kan vi bedre lære om hva som trengs for å suksessfullt innføre ny teknologi i helsesektoren. For at teknologien som ønskes innført skal bli ”brukbar” for pleierne og andre helsearbeidere, er det viktig å åpne opp for ny innovasjon som tar hensyn til det kontekstuelle og det relasjonelle ved omsorgsarbeidet. For å få til dette er det for det første viktig å erkjenne at måten kommunale innkjøp gjøres på i dag er et hinder for videre utvikling av innovasjonen, og at dette ikke gir noen garanti for at produktene som innføres er beste alternativ. For det andre er det viktig å lære om hva det kontekstuelle og det relasjonelle ved omsorgsarbeidet egentlig er. Sentralt i dette er brukernes erfaringer og kunnskap om dette komplekse arbeidet, og det vil derfor tjene denne utviklingen å engasjere brukerne direkte i både behovsdefinering og i produktutvikling.

Ønsket om å innføre nye og gode produkter i denne sektoren åpner dermed for nye forskningsutfordringer. Omsorgsrelasjonene må studeres i større grad, og dermed oppfattes som en mer sentral del av bruk og ikke-bruk av teknologi. Det er disse relasjonene som styrer mye av hvordan teknologien brukes eller ikke-brukes. I tillegg er det viktig å studere nærmere hva man ønsker å oppnå med velferdsteknologien, da en effektiviseringstankegang vil møte motstand i omsorgskonteksten. En sentral del av denne forskningen bør derfor også være å undersøke på hvilken måte produsenter i større grad kan dra nytte av brukenes erfaringer og kunnskaper i produktutvikling.

7. LITTERATURLISTE

- Abrahamsen, B. (1997). *Kvinner i omsorgsykker: en generasjonsstudie av hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Akrich, M. (1992). "The de-description of technical objects" i W. E. Bijker og J. Law (Red.), *Shaping technology/ Building society. Studies in sociotechnical change*. Cambridge: The MIT Press.
- Akrich, M. (1995). "User representations: practices, methods and sociology" i A. Rip, T. J. Misa og J. Schot (Red.), *Managing technology in society. The approach of constructive technology assessment*. London: Pinter publishers.
- Alvesson, M. og Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreassen K. K. (2010). "Befolkningens størrelse og aldersfordeling" i E. Mørk (Red.), *Seniorer i Norge 2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Aune, M. (1996). "The computer in everyday life: patterns of domestication of a new technology" i M. Lie og K. H. Sørensen (Red.), *Making technology our own? Domesticating technology into everyday life*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørnhaug, A. (2012). *Å skape av en mulig omsorgsteknologi. En studie av sporingsteknologiens reise inn i et nytt bruksområde* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bogen, H. og Nyen, T. (1998). *Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner* (Fafo-rapport 254). Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Callon, M. (1987). "Society in the making: The study of technology as a tool for sociological analysis" i W. E. Bijker, T. P. Hughes og T. Pinch (Red.), *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: The MIT Press.

- Christensen, K. (1999). "Computerbruk og omsorgsarbeid - lar det seg forene?" i K. Thorsen og K. Wærness (Red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Christensen, T. og Lægred, P. (1998). "Administrative reform policy: The case of Norway" i *International Review of Administrative Sciences*, 64:3. London: Sage Publications.
- Dahl, A. H. (2001). "Design for markedsorientering" i T. Busch, E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (Red.), *Modernisering av offentlig sektor. New public management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Davis, F. (1989). "Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology" i *MIS Quarterly* (13/03).
- Fleck, J. (1988). *Innofusion or diffusation? The nature of technological development in robotics*. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet (2012). *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser*. Hentet 25.04.13 fra:
www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Konkurransopolitikk/Anskaffelser/Off_anskaffelse_veileder_2012.pdf
- Forskningsrådet (2012). *Innovasjon i offentlig sektor. Policy for Forskningsrådets arbeid*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Forskningsrådet og DAMVAD (2012). *Innovasjon i offentlig sektor. Kunnskapsoversikt og muligheter* (Hovedrapport). Oslo: Norges forskningsråd.
- Freeman, C. (2003). *A Schumpeterian renaissance?* (SPRU Electronic working paper series, nr. 102). Brighton: University of Sussex.
- Froschauer, U. og Lueger, M. (2009). "Expert interviews in interpretive organizational research" i A. Bogner, B. Littig og W. Menz (Red.), *Interviewing Experts*. England: Palgrave Macmillan.
- Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.

- Goffman, E. (1992 [1959]). Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik. Oslo: Pax
- Hughes, T. P. (2012). "The evolution of large technological systems" i W.E. Bijker, T. P. Hughes og T. Pinch (Red.), *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: The MIT Press.
- Jasanoff, S. (2004). "The idiom of co-production" i S. Jasanoff (Red.), *States of knowledge. The co-production of science and social order*. London: Routledge.
- Jørgensen, U. og Sørensen, O. (2002). "Arenas of development: a space populated by actor worlds, artefacts, and surprises" i K. H. Sørensen og R. Williams (Red.), *Shaping technology, guiding policy. Concepts, spaces and tools*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing, Inc.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Langset, B. (2006). "Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050" i *Økonomiske analyser* (4/2006). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Latour, B. (1992). "Where are the missing masses? The sociology of a few mundane facts" i W. E. Bijker og J. Law (Red.), *Shaping technology/ Building society. Studies in sociotechnical change*. Cambridge: The MIT Press.
- Legard, R., Keegan, J. og Ward, K. (2003). "In-depth interviews" i J. Ritchie og J. Lewis (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Lie, M. og Sørensen, K. H. (1996). "Making technology our own? Domesticating technology into everyday life" i M. Lie og K. H. Sørensen (Red.), *Making technology our own? Domesticating technology into everyday life*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven), hentet 12.06.2013 fra www.lovdata.no/all/tl-20050617-062-004.html#4-4

- Macnaghten, P. og Myers, G. (2004). "Focus groups: the moderator's view and the analyst's view." i G. Gobo, J. Gubrium, C. Seale, og D. Silverman (Red.), *Qualitative Research Practice*. London: Sage Publication
- McCraw, T. K. (2007). *Prophet of innovation: Joseph Schumpeter and creative destruction*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Mills, C. W. (2000 [1959]). *The sociological imagination*. Oxford: Oxford University Press.
- Morgan, D. L. (1998). *The focus group kit guidebook. Focus group kit 1*. London: Sage Publications.
- Nilsen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Oudshoorn, N. og Pinch, P. (2008). "User-technology relationships: some recent developments" i E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch og J. Wajcman (Red.), *The handbook of science and technology studies*. Cambridge: The MIT Press.
- Pfeffer N. og Coote A. (1991). *Is quality good for you?*. London: Institute for Public Policy Research.
- Pinch, T. J. og Bijker, W. E. (2012). "The social construction of facts and artifacts: or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other" i W. E. Bijker, T. P. Hughes og T. Pinch (Red.), *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: The MIT Press.
- Raustøl, T. (1993). «*Rekende på ei fjøl.*» *Innføring i eldreomsorgens fremvekst*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Rohracher, H. (2005). "From passive consumers to active participants: the diverse roles of users in innovation processes" i H. Rohracher (Red.), *User involvement in innovation processes. Strategies and limitations from a socio-technical perspective*. Munchen: Profil Verlag.

- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schumpeter, J. A. (1934). *The theory of economic development. An inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Schumpeter, J. A. (1976). *Capitalism, socialism and democracy*. London: Routledge
- Silverstone, R. og Haddon, L. (1996). "Design and the domestication of ICTs: Technical change and everyday life" i R. Silverstone, og R. Mansell, (Red.), *Communication by design. The politics of information and communication technologies*. Oxford: Oxford University Press.
- Silverstone, R., Hirsch, E. og Morley, D. (1992). "Information and communication technologies and the moral economy of the household" i R. Silverstone og E. Hirsch (Red.), *Consuming technologies: media and information in domestic places*. London: Routledge.
- Slagvold, B. (1999). "Kvalitet og kontekst" i K. Thorsen og K. Wærness (Red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- St. Meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Meld. nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Meld. nr. 50 (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statsministerens kontor (12.11.2010). *Pressemelding nr 149/10: Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg*. Hentet 11.06.2013, fra www.regjeringen.no/nb/dep/smk/pressemeldinger/pressemeldinger/2010/verdighetsgarantien.html?id=624134)
- Svalund, J. (2005). "Hjelpebehov og tjenestetilbud" i E. Ugreninov (Red.), *Seniorer i Norge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Svensson, M. og Edebalk, P. G. (2001). *90-talets anbuds-konkurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser* (IHE Arbetsrapport). Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Sørensen, B. A. (1982). ”Ansvarsrasjonalitet: Om mål-middeltenkning blant kvinner” i H. Holter (Red.), *Kvinner i fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, K. H. (2004). ”Tingenes Samfunn. Kunnskap og materialitet som sosiologiske korrektiver” i *Sosiologi i dag* (vol 34).
- Sørensen, K. H. (2005). ”Jakten på innovasjon: fra nasjonsbygging til dot.com” i I. Frønes og L. Kjølørød (Red.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sørensen, K. H., Aune, M. og Hatling, M. (2000). “Against Linearity – On the cultural appropriation of science and technology” i M. Dierkes og C. von Grote (Red.), *Between understanding and trust. The public, science and technology*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Thorsen, K. (1999). ”Om å gjøre den uformelle omsorgen for eldre mer formell” i K. Thorsen og K. Wærness (Red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thorsen, K. (2001). ”Et kjønnsperspektiv på makt og avmakt hos tjenestemottakerne” i K. Thorsen, R. Dahle og M. Vabø. *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. (NOVA rapport 18/01). Oslo: NOVA
- Thorsen, K., Dahle, R. og Vabø, M. (2001). *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. (NOVA rapport 18/01). Oslo: NOVA
- Thorsen, K. og Wærness, K. (1999). ”Eldreomsorg i omforming” i K. Thorsen og K. Wærness (Red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tjora, A. (2008). ”Den moderne pasienten i sosiologisk lys” i A. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Tritter J. Q. (2009). "Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world" i *Health Expectations* (12/3).
- Ugreninov, E. (2005). "Demografisk utvikling" i E. Ugreninov (Red.), *Seniorer i Norge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vabø, M. (2001). "Forbrukermakt - en kilde til bedre omsorgstjenester?" i K. Thorsen, R. Dahle og M. Vabø. *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. (NOVA rapport 18/01). Oslo: NOVA
- Vabø, M. (2004). "Effektivitet og kvalitet i omsorgstjenesten - en dragkamp mellom nye og gamle styringsidealer" i R. Dahle og K. Thorsen (Red.), *Velferdstjenester i endring. Når Politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2006). "Caring for people or caring for proxy consumers?" i *European Societies* (8/3).
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. (Doktoravhandling ved Det samfunnsvitenskaplige fakultet, NOVA Rapport 22/2007). Oslo: Universitetet i Oslo.
- von Hippel, E. (1976). "The dominant role of users in the scientific instrument innovation process" i *Research Policy* (5/3).
- von Hippel, E. (1986). "Lead users: a source of novel product concepts" i *Management science* (32/7).
- von Hippel, E. (1988). *The sources of innovation*. Oxford: Oxford University Press.
- von Hippel, E. (2005). *Democratizing innovation*. Cambridge: The MIT Press.
- Wathne, C. T. (2000). *Arbeidstilsynets satsning rettet mot tunge løft i alders- og sykehjem. Europeisk uke 2000 - sluttrapport* (Landsdekkende kampanjer i Arbeidstilsynet). Oslo: Direktoratet for arbeidstilsynet.
- Whipple, K. (2007). Therapeutic use of a assistive technology: A clinical perspective. *Rehabilitation Nursing* (32/2).
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Woolgar, S. (1991). "The turn to technology in social studies of science" i *Science, Technology and Human Values* (16/1).

Wærness, K. (1999). "Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet - refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs" i K. Thorsen og K. Wærness (Red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Ytrehus, S. (2013). "Kvalitet i eldreomsorgen" i Å. Bergland og I. Moser (Red.), *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1: Temaguide - Produsentene

Introduksjon og deres rolle i bedriften.

Om produksjon av løfteren:

- På hvilken måte har dere vært involvert i utviklingen av løfterne?
- Hvordan går prosessen fra ide til ferdig produkt?
- Hvordan utformes løfterne?
- Hvor kom ideen fra?
- Hvem tok initiativ? Hvem designer? Hvem rådføres?
- Er brukerne involvert?
 - Hvorfor/ hvorfor ikke? På hvilken måte?

Markedet

- Hvordan selges løfterne? Hvem bestiller produktet? Hvem kjøper produktet?
- Hvis involvering: Hvordan tok dere kontakt med den aktuelle brukergruppen?
 - Oppfølging / tilbakemeldinger?
 - Videreutvikling etter tilbakemeldinger/ erfaringer?
- På hvilken måte presenteres produktet for brukerne? Markedsføringsstrategier?
 - Hvilke argumenter brukes i markedsføringen?

Målgruppen

- Hvem er løfteren beregnet til? Sykehus, sykehjem, hjemme?
- Hvem ser dere for dere at er kunden/brukeren? Målgruppen? Pasienten?
- Hvilke krav settes til brukeren?
 - Kursing/opplæring (formell/uformell).

- Kan alle bruke heisene? Finnes det noe krav til teknisk forståelse?

Selve implementeringen

- Kursavdeling?
- Hvordan skjer dette? Gis det opplæring?
 - Hvordan? Av hvem? Hva slags kompetanse/erfaring besitter denne personen? Gis det samme opplæring til alle? Hva gjennomgås? Sikkerhet? Support? Vedlikehold? Annet?

Oppfølging og vurderinger

- Tilbyr dere teknisk support? /Hvem er ansvarspersoner?
- Andre hensyn som tas før teknologien tas i bruk?

Har dere selv prøv løfterne? Hvordan føles det?

Vedlegg 2: Temaguide - Gründer

Introduksjon

Idé

- Hvor fikk du ideen fra?
- Hvordan går prosessen fra ide til ferdig produkt?
- Hvor kom etterspørselen fra? Hvem kjøper produktet?
- Hva førte til at du tok initiativet?
- Hvem var med på å designe? Hva var viktig i denne prosessen?
- På hvilken måte har du vært involvert i utviklingen av teknologien?
- Er brukerne involvert?
 - Hvorfor/ hvorfor ikke? På hvilken måte?

Målgruppen

- Hvem er den beregnet til? Sykehus, sykehjem, hjemme?
- Hvem ser du for deg at er kunden/brukeren? Målgruppen? Pasienten?
- Hvilke krav settes til brukeren?
 - Kursing/opplæring (formell/uformell) Sykehus, sykehjem, hjemme?
 - Kan alle bruke heisene? Finnes det noe krav til teknisk forståelse?

Har du selv prøv løfterne? Hvordan føles det?

Vedlegg 3: Temaguide - Pleierne

Introduksjon og år med erfaring og avdeling

Forventninger

- Forventninger til løfteren?
- Svarer den til deres behov? Noe som kunne vært endret?

Hvilke krav settes til brukeren?

- Kursing/opplæring. Hvordan foregår opplæringen? (formell/uformell)
- Hvem kan bruke heisene?
- Instruksjonene; leses instruksjonene? Er de lette/vanskelige å forstå?

Tillit til teknologien.

- Pasientens sikkerhet?
- Pasientens selvfølelse/respekt. Hvordan synes du selv at pasienten behandles?
 - Evt problemer eller ulemper? Fordeler?
- Hvordan føles det å bruke løfteren? Brukes den alene eller må/bør det være flere tilstede? Hvordan gjøres denne vurderingen?

Helse

- Hvordan var overgangen fra manuelle løfte til pasientløfter?
- Hvordan løser løfteren dagens utfordringer?

Brukervennlighet

- Design/utforming (skarpe kanter? Slitasje?). Hva kunne eventuelt vært endret for å tilpasse den til deres behov?

- Hvordan er den å håndtere/ styre?

- Lett å håndtere alene?

- Er den tidsbesparende? Er dette et mål?

- Seglene

- Lette eller vanskelig å ta av og på?

- Behagelig for pasienten (tilbakemeldinger og klager fra pasienten)?

- Beskriv en typisk situasjon hvor du ville tatt i bruk en pasientløfter + en hvor du ville valgt å gjøre det manuelt. Hva er forskjellen? Hvordan ser den vurderingsprosessen ut?

Involvering i prosessen

- Er dere involverte i utviklingsprosessen?

- Hvis ja, på hvilken måte?

Hvis nei, kunne dere tenke dere å være det?

Har du selv prøv løfterne? Hvordan føles det?

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pleierne

Brukerstyrt innovasjon i den norske helsesektoren

I årene som kommer står den norske befolkningen overfor en rekke utfordringer ved at flere blir eldre, mens færre utdanner seg innen helsevesenet. Dette skaper et større behov for nye og innovative velferdstjenester.

I min oppgave ønsker jeg å studere prosessen fra ide til ferdig (og implementert) produkt, og jeg vil bruke pasientløftere i eldreomsorgen som case. Jeg ønsker å finne ut av på hvilken måte helsearbeidere involveres i utviklingen av teknologien, og hvordan brukerne, ansatte i helse- og omsorgssektoren, selv forstår denne bruken.

Jeg er interessert i å se på hvem som former teknologien, hvilke krav det settes til brukeren, om teknologien formes etter sykehus/sykehjem/hjem, og hvordan disse formes etter teknologien.

I oppgaven ønsker jeg å intervju teknologitvklere og helsepersonell. I intervjuene vil jeg benytte meg av båndopptaker og notatskriving. Alle data som samles inn vil anonymiseres, og opptakene vil slettes ved prosjektslutt, høsten 2013.

Det er frivillig å delta som informant på prosjektet, og det er også mulig å trekke seg når som helst, uten at det foreligger noe krav om begrunnelse. Alle opplysninger vil behandles konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven.

Dersom du kunne tenke deg å stille opp som informant i min oppgave, vil jeg gjerne at du skriver under på samtykkeerklæringen under. Hvis du skulle ha spørsmål i forbindelse med oppgaven eller om det å stille som informant, kan du kontakte meg på telefon: 9201 1272, eller på e-post: leneuggerud@gmail.com.

Mvh

Lene Uggerud

Vedlegg 5: Endringsmelding fra NSD

Bente Rasmussen
Institutt for sosiologi og statsvitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 17.07.2013

Vår ref: 31600 LMR/

Deres dato:

Deres ref:

BEKREFTELSE PÅ ENDRET HJEMMELSGRUNNLAG

Vi viser til innsendt endringsmelding av 05.07.13 for prosjektet: _____

31600

Brukerdrevet innovasjon i helsesektoren

Prosjektleder opplyser at det likevel vil bli behandlet personidentifiserende opplysninger i prosjektet, da det er ønskelig å tilknytte personnavn på en informant, ettersom dette er en sentral gründer. Ombudet finner at prosjektet dermed faller inn under meldeplikten etter personopplysningsloven § 31.

Det innhentes samtykke fra informanten basert på skriftlig og muntlig informasjon. Det skal videre informeres om at øvrig materiale anonymiseres innen august 2013, bortsett fra personopplysningene i den endelige oppgaven som informanten har samtykket til at kan stå der, jf. telefonsamtale med prosjektleder av 15.07.13.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen



Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Kopi: Lene Uggerud, Dybdahlsveg 38, 7051 TRONDHEIM