

# Hvordan kan avstandsomsorg påvirke omsorgsforståelser?

## How will care at a distance affect understandings of care?

Nina Jøranson

*Førsteamanuensis, PhD, sykepleier, VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag*  
[nina.joranson@vid.no](mailto:nina.joranson@vid.no)

Hilde Lausund

*Førsteamanuensis, PhD, sykepleier, VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag*  
[hilde.lausund@vid.no](mailto:hilde.lausund@vid.no)

### Sammendrag

Avstandsoppfølging av alvorlig kronisk syke eldre i hjemmetjenesten har økt i omfang de senere år som følge av nye digitale og effektive løsninger for brukeropfølging. Artikkelen beskriver hvordan bruk av telemonitoring kan påvirke sykepleieres omsorgsforståelser når alvorlig kronisk syke brukere selv skal registrere vitale målinger og i større grad følge opp sin sykdom. Utvalgte studier av sykepleieres erfaringer fra prosjekter med avstandsomsorg beskriver relevante utfordringer. Vi anvender omsorgsforståelser, både som relasjonelle og som deler av en kontekst, i drøfting av tematikken. Drøftingen belyser hvordan den kontekstuelle omsorgsforståelsen kan bidra til å nyansere oppfatninger av omsorgsinnhold ut over en relasjonell omsorgsforståelse. I avstandsomsorg bør teknologien integreres og tilpasses den komplekse og foranderlige omsorgen sykepleieren utøver. En forståelse av omsorgens kompleksitet, samt en styrket teknologisk/digital og analytisk kompetanse i dagens og fremtidens sykepleieutøvelse, vil kunne bidra til at sykepleiere står bedre rustet til å mestre fremtidens omsorgsutfordringer.

### Nøkkelord

Avstandsoppfølging, teleomsorg, hjemmetjeneste, omsorgsforståelser, relasjonell omsorg, kontekstuell omsorg

### Abstract

New digital and efficient solutions to monitoring elderly people with chronic diseases in home care services have increased in recent years. The article deals with how telecare may influence care practices and concepts of care. Different studies on nurses' telecare experiences address different challenges. By applying a care perspective by relating the care responsibility being generated in the relationships, in combination with a broader contextual perspective on care practice, we discuss the challenges of care-at-a-distance. In care at a distance, the technology applied should be adapted into the complex and changing care situations and become additional caring approaches. An understanding of the complexity in caring in addition to the need of expanding technological/digital and analytical competences might improve nurses' mastery of future care challenges.

### Keywords

Care-at-a-distance, telecare, home care services, understandings of care, relational care, contextual care

Intensjonen med Samhandlingsreformen er å forebygge helseutfordringer og at kommunen selv behandler flere av innbyggerne i stedet for at de behandles på sykehus. Dette innebærer at kommunene må ha mer effektive helsetjenester. I tillegg forventes det en knapphet på

personellressurser framover. Dette må det også kompenseres for. Nye tjenester med ulike teknologiske løsninger blir derfor utviklet og implementert i kommunene slik at omsorgsbehov kan møtes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; NOU 2011:11). Tilrettelegging gjennom medisinsk-tekniske løsninger, som tele-monitoreringsteknologi, gjør brukere i stand til å følge opp egen helsetilstand i hjemmet. Ulike brukergrupper, også de som har alvorlig kronisk sykdom, vil kunne ta vitale målinger, utføre hjemmeanalyser og dermed kunne ta mer ansvar for egen helse. Måleresultatene sendes digitalt til definert helsepersonell på et såkalt responscenter. Ved å analysere måleverdier kan de monitorere (overvåke) tilstand og sykdomsutvikling hos definerte brukere i kommunen/bydelen (Nakrem, 2017; NOU 2011:11). Målsettingen er å forebygge forverring av sykdomstilstand, samt å unngå unødvendige og ressurskrevende sykehusinnleggelses (May et al., 2011; NOU 2011:11). Det er for eksempel mulig å monitorere et stort antall brukere samlet. Da trengs færre helsepersonell sammenlignet med den tradisjonelle oppfølgingen i hjemmetjenesten. Dermed vurderes dette som en effektivisering av hjemmetjenestens brukeroppfølging.

Tele-monitoreringsteknologi kan beskrives som telecare, på norsk teleomsorg. Teleomsorg kan defineres som: «(..) *the use of information, communication, and monitoring technologies which allow healthcare providers to remotely evaluate health status, give educational intervention, or deliver health and social care to patients in their homes.*» (Solli, Bjørk, Hvalvik & Hellesø, 2012, s. 2811). Teleomsorg innebærer altså at omsorg primært utøves uten at det er fysisk kontakt mellom brukeren og omsorgsgiver. Omsorgen utøves dermed på avstand. En slik endring beskrives som «care-at-a-distance» (Oudshoorn, 2009; Pols, 2010). Teleomsorg blir dermed en form for avstandsomsorg (Nakrem, 2017).

Endring av helsetjenester i retning av at brukerne skal ta større ansvar for egen helseoppfølging endrer den tradisjonelle omsorgsutøvelsen i hjemmetjenesten (Pols, 2010; Roberts & Mort, 2009). Når omsorg utøves *på avstand*, kan sykepleierens oppfatning og opplevelse av selve pasientomsorgen påvirkes. Sykepleiere knytter endringen særlig til den relasjonelle betydningen i omsorgsutøvelsen (Nagel, Pomerleau & Penner, 2013). Sykepleier på et responscenter monitorerer brukeren ved å avlese innsendte måleverdier på dataskjermen, samt ved behov følger opp brukeren gjennom samtale på telefon eller videoskjerm. På bakgrunn av fortolkninger vurderer sykepleieren behov for medisinerendringer, ev. om det vil være behov for hjemmebesøk for å foreta en klinisk vurdering (Hansen, Almqvist, Ørjasæter & Kistorp, 2017). Sykepleien skjer primært uten direkte, kliniske observasjoner. Slike nye oppgaver innebærer at sykepleieren også må videreutvikle ferdigheter i analytisk og fortolkende arbeid (Moser & Thygesen, 2013).

Sykepleieres erfaringer med teleomsorg er beskrevet i noen internasjonale studier de senere årene. To oversiktsstudier, som er publisert med noen års mellomrom, trekker frem at særlig fravær av ansikt-til-ansikt-interaksjon oppleves som en vesentlig utfordring i utøvelse av teleomsorg (Brewster, Mountain, Wessels, Kelly & Hawley, 2014; Koivunen & Saranto, 2018). Noen få norske enkeltstudier om helsepersonells erfaringer med teleomsorg til kronisk syke brukere er publisert. Disse fremhever den ambivalensen helsepersonell opplever. En studie med rehabilitering av hjemmeboende eldre og nettbrettbruk beskriver helsepersonell som positive til bruk av teleomsorg, men de uttrykker skepsis til at nettbrett-kontakt skal erstatte relasjonen mellom helsepersonell og pasient (Aardalen, Moen & Gjevjon, 2016). En studie med KOLS-pasienter og videooppfølging understreker at behovet for direkte menneskelig kontakt må bevares der brukerens behov tilsier det (Rykkje & Hjorth, 2017). En tredje studie beskriver motstanden mot implementering av teleomsorgsløsninger som kompleks på flere nivåer. Motstanden er særlig forankret i helsepersonells kjernefunksjoner, slik som ansikt-til-ansikt-kontakt og bruk av taus kunnskap.

God omsorgskvalitet i pasientsituasjoner kjennetegnes av sykepleiernes sanseanvendelser kombinert med faglige vurderinger, og denne fagkvaliteten oppleves som truet gjennom teleomsorg (Nilsen, Dugstad, Eide, Gullslett & Eide, 2016). Ingen av studiene tar eksplisitt for seg *forståelsen av omsorg* knyttet til utøvelse av avstandsomsorg. Gjennom utdanning, praksis og arbeidserfaring utvikler sykepleiere sin omsorgsforståelse. Det er grunn til å tro at en endret omsorgsutøvelse, som gjennom avstandsomsorg, vil påvirke sykepleiernes forventninger til og forståelse av selve omsorgsutøvelsen.

Dagens og fremtidens brukere sees som både aktive, ressurssterke, og kritiske (Tjora, 2008). Samtidig er brukere som rekrutteres til teleomsorgsløsninger, også alvorlig kronisk syke brukere med hjertesvikt, diabetes, kreft og KOLS. Dette er brukergrupper som trenger tett oppfølging av helsepersonell (Hanlon, Daines, Campbell, McKinstry, Weller & Pinnock, 2017). Noen norske enkeltstudier beskriver at til tross for ulike sykdommer og ulik organisering av teleomsorgsprosjektene, så opplever brukerne mye positive erfaringer, som tett oppfølging, utvikling av sykdomsinnsikt og økt egenomsorgsevne (Barken, Thygesen & Söderhamn, 2018; Bjørkquist, 2015; Hansen et al., 2017; Rykkje & Hjorth, 2017; Vatnøy, Thygesen & Dale, 2017). Disse erfaringene står i kontrast til den beskrevne skepsisen knyttet til endret brukeroppfølging gjennom avstandsomsorg.

Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan avstandsomsorg kan påvirke sykepleierens forståelser av en endret omsorgsutøvelse til alvorlig kronisk syke brukere. Vi stiller følgende spørsmål: Hvordan kan avstandsomsorg påvirke omsorgsforståelser i sykepleien? I artikkelen belyser vi forståelser gjennom en relasjonell omsorgstilnærming og en såkalt kontekstuell omsorgstilnærming. Tematikken eksemplifiseres gjennom relevante studier, som beskriver sykepleieres erfaringer med avstandsomsorg. Vi anvender en reflekterende tilnærming basert på klinisk og empirisk erfaring og utvalgt litteratur.

## Omsorgsforståelser i endring

Når omsorgsutøvelsen tar nye former, utfordres etablerte forståelser av omsorg. Avstandsomsorg ser umiddelbart ut til å stå i motsetning til en relasjonell omsorg. Omsorgsforståelser bidrar til å beskrive virkeligheten (Klette, Kleiven, Kalfoss, Halvorsrud & Owe, 2016). Vi bringer derfor inn to tilnærminger, som kan bidra til å belyse omsorgens mange sammenhenger. Disse beskrivelsene kan anskueliggjøre hvordan avstandsomsorg også kan forstås som god omsorg.

### Omsorg som et relasjonelt anliggende

I den skandinaviske omsorgstradisjonen har betydningen av den mellommenneskelige relasjon stått sterkt. Omsorg blir her beskrevet som noe som er internalisert i den umiddelbare handlingen som realiseres mellom mennesker (Martinsen, 2004). Det umiddelbare kan gjenkjennes som positive og kjente assosiasjoner for dem som knyttes sammen gjennom handlingen. Varme hender bidrar til å gjøre godt, og blikk-kontakt skaper nærhet og trygghet i relasjonen mellom de involverte (Dahl, 2017; Mol, 2008). Ifølge Martinsens omsorgsfilosofi kommer dette umiddelbare i relasjonen mellom to til syne ved at begge erkjenner og anerkjenner den andres sårbarhet (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Sårbarhet forstås her som noe som er konstant og universelt for menneskelig eksistens, den kan ikke settes til side, men angår oss som relasjonsskapende individer (Engster, 2018). I mellommenneskelige relasjoner er sårbarheten derfor gjensidig, og den gjør at mennesker grunnleggende sett er avhengig av hverandre (Alvsvåg & Martinsen, 2018; Førland, Alvsvåg &

Tranvåg, 2018). Den gjensidige avhengigheten i relasjonen er kjernen i en relasjonell omsorgsforståelse. Vi snakker her om en relasjon hvor begge parter er avhengige av hverandre og samtidig utsettes for hverandres sårbarhet. I en omsorgsrelasjon betyr det at den som utøver omsorg kontinuerlig er utsatt for den andres, men også egen, sårbarhet i sin omsorgsutøvelse (Martinsen, 2004). Relasjonen dem imellom blir den avgjørende forutsetningen for selve omsorgshandlingen.

### Omsorg som del av en kontekst

En annen tilnærming til omsorgsbegrepet er å knytte begrepsinnholdet sterkere til den sammenheng omsorgen befinner seg i. Med det mener vi å se omsorg som et kontekstuelt anliggende.

Kontekst som begrep er vidt, og hva det rommer, avhenger av hvilket teoretisk perspektiv som legges til grunn. Det er uansett en grunnleggende enighet om at kontekst går nærmere inn på beskrivelser av de sosiale og fysiske sammenhenger som man står i (H. W. Afdal & Afdal, 2010). Beskrivelsen av en sosial sammenheng er imidlertid ikke bestandig. Konteksten vil til enhver tid være i endring, den er såkalt empirisk (G. Afdal, 2013). For å kunne se omsorg som et kontekstuelt anliggende, må vi derfor kontinuerlig identifisere hva som gjør seg gjeldende i en omsorgssituasjon.

En omsorgssituasjon består både av det som umiddelbart kan ses, men også det som er heller intuitivt og ikke umiddelbart lar seg beskrive (Verbeek, 2005). Det konkrete kan identifiseres gjennom komponenter vi ser og kjenner igjen, slik som fysiske omgivelser, teknologier, lover og regler, systemer og rutiner. Det mindre konkrete er komponenter vi ikke så lett kan se, slik som kunnskap og erfaring hos dem som involveres, spenninger og emosjoner, eller uuttalte normer og verdier. I en kontekstuell forståelse av omsorg er man oppatt av å identifisere hvordan disse ulike komponentene kommer til syne og påvirker hverandre. Endringen er avhengig av hva som i situasjonen settes i spill til enhver tid.

Vi snakker her om relasjonstilknytninger, som ikke bare er på et mellommenneskelig plan, men også mellom de konkrete og mindre konkrete sidene ved en praksis. Omsorgsutøvelse får derfor forskjellig uttrykk avhengig av hva og hvem som påvirker hva og hvem. Mellommenneskelige relasjoner påvirkes og endres av fysiske og sosiale omgivelser, av tanker, følelser og erfaringer hos de involverte, av uttalte og uuttalte verdier. Men situasjonsbestemte komponenter påvirkes også av hverandre ved at det knyttes relasjoner dem imellom (Verbeek, 2005). Hva som for eksempel gjør at fysiske omgivelser kan bidra til at omsorg oppleves som god, kan være avhengig av hvilke forventninger til eller erfaringer man har med de fysiske omgivelsene. Omsorgsutøvelse anerkjennes da ikke alene gjennom den individuelle opplevelsen av hva som er godt, men av betydningen av samspillet mellom alt og alle som er involvert i en sammenheng. Denne tilnærmingen til relasjoner og relasjoners innflytelse er en radikal endring av relasjonsinnholdet i omsorgspraksis (Mol, 2008; Pols, 2014). Tilnærmingen åpner for at normer og verdier ikke kan adskilles verken fra den mellommenneskelige relasjonen eller fra relasjoner mellom det som er mer eller mindre konkret synlig i omsorgsutøvelsen (Pols, 2014). Fysiske omgivelser og teknologier er også bærere av normer og verdier, og påvirker dermed hva som er mer eller mindre godt.

### Diskusjon

Vi har så langt belyst sentrale sider ved avstandsomsorg. Hvordan påvirker og endrer avstandsomsorgen så forståelsen av omsorg? Hvordan kan en kontekstuell omsorgsforståelse bidra til å nyansere oppfatninger av omsorgsinnhold ut over en relasjonell omsorgsforståelse?

I sykepleiefaget blir teknologien ofte fremstilt som noe «kaldt»; som nødvendige tekniske prosedyrer, mens den relasjonelle sykepleieutøvelsen handler om noe «varmt»; den menneskelige dimensjonen, som å se den enkelte pasient i en ansikt-til-ansikt-oppfølging (Pols & Moser, 2009). Samtidig har sykepleiere anvendt teknologi i sin omsorgsutøvelse helt fra midten av 1900-tallet da den teknologiske utviklingen skjøt fart. Allikevel beskriver sykepleiere ofte teknologi som atskilt fra selve sykepleieutøvelsen, fordi den kan undergrave den mellommenneskelige relasjonen og derav også det som anses som selve omsorgsutøvelsen (Sandelowski, 1999).

Tradisjonelt følges alvorlig kronisk syke brukere i hjemmesykepleien opp ansikt-til-ansikt med sykepleier, som ut fra kliniske observasjoner vurderer hensiktsmessige tiltak. I kjølvannet av nye teknologier og løsninger råder det derfor en skepsis blant sykepleiere med tanke på hvilken plass teknologi skal ha i omsorgsutøvelsen (Hout, 2017; Obstfelder & Lotherington, 2014). Skepsisen underbygges av et verdiargument, som den relasjonelle omsorgsforståelsen er en tydelig stemme for. Et sentralt poeng i argumentet er at den direkte kontakten mellom bruker og sykepleier aktiverer en gjensidig universell sårbarhet hos begge. Denne gjensidig universelle sårbarheten er grunnleggende i omsorgsutøvelsen (Alsvåg & Martinsen, 2018; Martinsen, 2004). Det er i det direkte møtet mellom bruker og sykepleier at relasjoner etableres og utvikler seg, og det er gjennom relasjonen at sykepleier får tilgang til hva brukeren har behov for.

Innenfor den relasjonelle omsorgstekningen argumenterer man med at den mellommenneskelige relasjonen som er etablert, er avgjørende for god omsorg. I en situasjon hvor ønsket er større grad av selvstendighet ved hjelp av teknologiske løsninger, så vil teknologien imidlertid utfordre denne omsorgsforståelsen. Å beskrive omsorg som respons på menneskelig avhengighet kan, etter vår oppfatning, oppfattes som en ensidig framstilling av hva omsorg er og hva den innebærer. Å knytte omsorg kun til den mellommenneskelige relasjonen og deres gjensidige sårbarhet, kan derfor bidra til å begrense muligheten for å identifisere et mer helhetlig omsorgsbehov. Menneskelig sårbarhet bør derfor ikke knyttes opp mot mellommenneskelig avhengighet alene (Engster, 2018; Vaittinen, 2015), men settes i en større sammenheng der også teknologi kan inngå. I avstandsomsorg må sykepleiere integrere og anvende teknologi i omsorgsutøvelsen for å etablere trygge rammer rundt brukeren. Forutsetningen for at man kan oppnå god omsorgsutøvelse gjennom avstandsomsorg, er at forholdet mellom teknologi og omsorg tydeliggjøres. For at teknologi skal støtte opp under omsorgsutøvelse, må derfor sykepleie og teknologi sees som integrerte deler av praksisen (Obstfelder & Lotherington, 2014). Sykepleieres teknologiske kompetanse og holdninger knyttet til teleomsorgsløsninger beskrives imidlertid av flere som barrierer for implementering, slik som manglende ferdigheter i håndtering av teknologisk utstyr (Damhus, Emme & Hansen, 2018; Koivunen & Saranto, 2018; Taylor, Coates, Brewster, Mountain, Wessels & Hawley, 2015). Nye oppfølgingsmetoder utfordrer derfor diskusjonen om teknologi i sykepleien grunnet slike radikale endringer i omsorgsutøvelsen.

Integrering av sykepleie og teknologi kan illustreres gjennom avstandsomsorg av alvorlig kronisk syke: Hva sykepleier tradisjonelt observerer gjennom opplært sansebruk, som syn, lukt eller berøring, må her erstattes med andre observasjonsformer. Flere studier bekrefter at sykepleiere på responsentrene utvikler språkteknikker, som anvendes når de veileder brukeren til selv å utføre observasjoner. På den måten kan kvaliteten på observasjonene tilsvare observasjoner som ellers ville blitt gjort ved tradisjonelt hjemmebesøk. Dette forutsetter at brukerne blir kyndig instruert i hvordan de skal observere egne symptomer (Lassen, 2017; Lopriore, LeCouteur, Ekberg & Ekberg, 2018; Pols, 2012). Slik kompetanseutvikling eksemplifiseres i en studie med hjertesviktpasienter, som ble fulgt opp gjen-

nom teleomsorg. Basert på brukerens innsendte kroppsvektverdi, som avvok fra referanseverdien, innhentet sykepleieren ytterligere brukerdata til sin faglige vurdering. I telefonsamtale ble brukeren spurt om skoene ble opplevd som trangere sammenlignet med tidligere (Pols, 2012). Sykepleier kunne gjennom telefonsamtalen bruke sin erfaring og kompetanse for å avklare om vektøkningen kunne skyldes ødemutvikling, en informasjon som bidro til å fortolke endrede måleverdier uten fysisk tilstedeværelse.

Å identifisere et omsorgsbehov forutsetter å få tilgang til en helhetlig innsikt om den situasjonen den omsorgstrende er i (Tronto, 2014), noe som eksemplet over illustrerer. Å få tilgang til denne helheten er en kontinuerlig oppgave, som særlig utfordrer avstandsomsorgen. For det første er en slik innsikt ikke en absolutt beskrivelse (G. Afdal, 2013). Hvorvidt det er utvikling av ødemer som forårsaker økt kroppsvekt, eller det er andre faktorer som spiller inn, må fortolkes regelmessig. For det andre, og igjen i lys av eksemplet over, innebærer avstandsomsorg at man ser sammenhenger tydelig. Sykepleier må ha innsikt i hva som påvirker hva, men også hvordan det ene påvirker det andre. Sykepleier kan ikke bare observere og respondere på det man ser; det må samles data på en annen måte, og sykepleier er avhengig av brukerens beskrivelser og måleverdier. Brukeren kan dermed sees som et filter sykepleieren får informasjon gjennom. At brukeren har hovne ben, gir ikke bare en indikasjon på at kroppsvekten øker, men det kan også påføre brukeren andre konsekvenser, som bekymring og inaktivitet. Å yte avstandsomsorg til alvorlig kronisk syke brukere fordrer derfor at man stiller ulike spørsmål for å kunne identifisere og beskrive sammenhengen omsorg ytes i: Hvilke medisinske observasjoner ligger til grunn for det som ytes av omsorg? Hva påvirker brukerens forutsetninger til å erfare en avstandsoppfølging som mer eller mindre god? Hva er grunnlaget for å igangsette avstandsomsorg? Hva er i så fall grunnlaget for å gå bort fra en slik løsning? Og ikke minst, hva får eller mister man gjennom avstandsomsorg? Slike spørsmål må sykepleiere kontinuerlig stille og vurdere for å kunne sikre at avstandsoppfølging møter brukeres behov for omsorg.

En viktig forutsetning for avstandsomsorg er at de teknologiske innretningene som anvendes, blir anerkjent som like grunnleggende nødvendig for god omsorg som andre premisser for omsorg. Sykepleierne må derfor lære seg å se, lese og tolke brukerne på nye måter, gjøre faglige vurderinger og trekke slutninger på bakgrunn av nye typer data innhentet gjennom nye medier (Barken, Thygesen & Söderhamn, 2017; Lopriore et al., 2018; Pols, 2010; Pols & Moser, 2009). Kompetanseutvikling for å møte nye brukeroppfølgingsløsninger kan oppleves som en betydelig utfordring for helsepersonell. Noen opplever det som krevende å måtte gi avkall på innlærte observasjonsteknikker til fordel for å anvende nye metoder og prosedyrer. Slike endringer kan utfordre sykepleierens opplevelse av egen faglig trygghet. En studie fant at enkelte ansatte ville vente med å bruke de nye løsningene inntil de ble trygge på at disse fungerte optimalt (Nilsen et al., 2016). Her spores en tosidig frykt, både knyttet til mestring av teknologiske løsninger og usikkerhet knyttet til egen faglighet, noe som gjenspeiles i noen oversiktsstudier (Brewster et al., 2014; Koivunen & Saranto, 2018).

I en kontekstuell omsorgsforståelse vil ikke bare sykepleieres forutsetninger til å fortolke resultater, men også deres eventuelle skepsis eller utrygghet bidra til å påvirke i hvilken grad omsorg som ytes på avstand, kan oppleves som god for brukere. Omsorg blir av flere beskrevet som en meningsfull aktivitet (Roberts & Mort, 2009). Samtidig viser studier en motstand mot implementering av teleomsorgsløsninger (Nilsen et al., 2016), noe som betyr at sykepleiere ikke nødvendigvis opplever avstandsomsorg som meningsfull. Sykepleiere opplever det med andre ord utfordrende å vite hvordan man skal handle når man i stedet for å være fysisk til stede hos brukeren, skal anvende andre metoder og teknikker. Motstand

og frykt for ikke å mestre (Brewster et al., 2014; Koivunen & Saranto, 2018) kan henge sammen med at man underkjenner sammenhengen mellom det mellommenneskelige og det teknologiske i omsorgen. Når en bruker selv måler blodtrykket og sykepleier fortolker resultatet via en skjerm på responscenteret og eventuelt igangsetter tiltak, så forutsetter det en kobling mellom brukerens forutsetninger, sykepleierens kjennskap til disse forutsetningene og hvordan disse forutsetningene kommer til syne. Sykepleierens fortolkning må, om den skal kunne ivareta et omsorgsbehov hos brukeren, også se ut over den faktiske måleverdien av blodtrykket. Hva påvirker blodtrykket i akkurat denne situasjonen? Ikke bare selve måleresultatet spiller inn, men også situasjonen og omgivelsene som blodtrykket tas i. Det kan innebære vurderinger; f.eks. er situasjonen og omgivelsene de samme som ved forrige måling? Virker apparaturen korrekt? I hvilken form er brukeren i når han tar dagens måling sammenlignet med forrige gang? Slike spørsmål søker å finne ut hvorvidt brukeren kan oppleve seg ivaretatt ut fra de forutsetninger for trygghet brukeren har. Sykepleier må altså være søkende etter koblingen mellom det mellommenneskelig og det teknologiske. Mol (2008) beskriver denne omsorgsforståelsen som et komplekst sett av relasjoner hvor både menneskelige og teknologiske aspekter er tett integrert. I hvilken grad det menneskelige og teknologiske er integrert, handler i eksemplet over om i hvilken grad brukeren mestrer målingen, kjenner seg trygg og ivaretatt også når måleverdier endres, at man blir besvart og ev. tilsett ved behov. I en kontekstuell omsorgsforståelse er denne koblingen av relasjoner mellom teknologier, mellom teknologi, bruker og sykepleier, og mellom forutsetninger, begrensninger og teknologier det som beskriver omsorgskonteksten.

Dersom forutsetninger er til stede for at teknologien kan anvendes, altså at det er en relasjon mellom brukerens forutsetning og teknologien som anvendes, muliggjør det en avstandsoppfølging som er meningsfull. Manglende forutsetninger vil derimot begrense muligheten for at avstandsoppfølging kan erfares som god omsorg. For at også avstandsoppfølging skal kunne argumenteres som å inneha god omsorg, vil det innebære at sykepleier til enhver tid må kunne beskrive disse forutsetningene og/eller begrensningene, men også være trygg på at disse beskrivelsene er utfyllende. Et sykepleieansvar i avstandsomsorgen vil derfor være å kontinuerlig utforske hva som til enhver tid er den kontekstuelle virkeligheten for brukeren. Kontekstuell virkelighet er såkalt bevegelig (G. Afdal, 2013). Å være kontinuerlig utforskende innebærer å stille kritiske spørsmål til egen rolle, til pasientens helhetlige situasjon, være både kritisk lyttende og kritisk observerende. Det innebærer også en åpenhet til hva man får tilgang på gjennom lytting og observasjon. Sykepleier må være kontinuerlig på søken etter beskrivelser av brukerens situasjon fra brukerens ståsted. Beskrivelsen vil ikke kunne være overførbar til «tilsvarende» andre i lignende situasjon, fordi sammenhengen den enkelte pasient står i, er i seg selv enestående. Slik blir teknologi vevet inn i sykepleieutøvelsen og blir del av praksis og samhandling med brukeren.

Den pasientnære omsorgen og avstandsomsorgen kan sees som ulike praksiser, som utvikler og løfter frem ulike verdier (Hout, 2017; Oudshoorn, 2009). Like fullt som at mellommenneskelige relasjoner innehar en verdi, så besitter også teknologier en verdi (Pols, 2014). Teknologiske løsninger kan for noen bidra til at man opplever større grad av selvstendighet og tar mer ansvar for eget liv. En praksisendring for alvorlig kronisk syke brukere som konsekvens av hyppige egenvurderinger, vil være å få økt sykdomsinnsikt. Økt kunnskap knyttet til egen helse vil igjen påvirke opplevd egenomsorg (Pols, 2012). Den alvorlig kronisk syke brukeren vil da ikke lenger være passivt mottakende, men heller aktivt medvirkende i egen omsorgssituasjon (Tjora, 2008). Bruker slipper å forholde seg til hjemmetjenestens logistikk og kan dermed unngå venting på tilsyn og oppfølging. Denne endringen ser mange brukere ut til å være tilfredse med (Hansen et al., 2017; Ørjasæter,

Kistorp, Almquist & Hansen, 2016). Når forutsetningene er til stede, vil brukerne i stor grad overta oppgaver som sykepleiere tradisjonelt har utført, noe som styrker opplevelse av brukermedvirkning og egenomsorg.

### Avsluttende kommentarer

Vi reduserer ikke betydningen av mellommenneskelige relasjoner i vår omsorgsforståelse, men vi ser behovet for å utforske grunner til at det oppstår en forutinntatt skepsis til teknologiens betydning i omsorgsutøvelsen. Basert på diskusjonen over kan motstanden påvirke mulighetene teknologien har til å lykkes. Studier viser at helsepersonells motstand er betydelig (Nilsen et al., 2016), og det er viktig å utforske hvordan slik motstand påvirker omsorgsforståelsen. Når sykepleiere i utgangspunktet er usikre på om teknologien bidrar til å understøtte god omsorg, så blir denne usikkerheten en del av konteksten, dvs. del av den totale sammenhengen omsorgen utøves i. I lys av en kontekstuell omsorgsforståelse, som vi her har drøftet, og hvor en sentral side ved denne forståelsen er et utvidet relasjonsinnhold, kan sykepleieres teknologiske skepsis dermed overføres til brukerne. Det kan resultere i at brukerne ikke kjenner seg ivaretatt i tilstrekkelig grad – ikke fordi teknologien og avstandsoppfølging ikke møter deres omsorgsbehov, men fordi skepsisen kommer imellom.

Det kontekstuelle omsorgsperspektivet vi har anvendt i diskusjonen, påpeker betydningen av et økt fokus på det komplekse og foranderlige ved omsorgsutøvelsen. Det komplekse og foranderlige må settes i sammenheng med de forventningene som tillegges sykepleierens omsorgsutøvelse. Gjennom refleksjon og økt kunnskap vil helsepersonell bli bevisstgjort at ulike forståelser flettes inn i hverandre.

Gjennom sykepleierutdanningen bygger studentene sin identitet og rolle som fremtidige sykepleiere. Argumentene våre underbygger, slik vi ser det, behovet for at utdanningen bør inkludere omsorgsforståelser som i større grad reflekterer også de sammensatte utfordringene knyttet til sykepleieutøvelse. Teknologiske muligheter og utfordringer er en del av omsorgskonteksten, og omsorgsutøvelse innebærer å gjøre bruk av disse mulighetene. En forståelse av omsorgsinnholdet, samt en styrket teknologisk/digital og analytisk kompetanse i dagens og fremtidens sykepleieutøvelse, vil kunne bidra til at sykepleiere står bedre rustet til å mestre fremtidens omsorgsutfordringer. Sykepleierutdanningen skal legge grunnlaget for at disse utfordringene kan møtes med god omsorg.

### Takksigelser

Vi vil takke tidligere bachelorstudent Inger Traaholt Hypher for artikkelidé gjennom sin bacheloroppgave fra 2018. Takk også til gode kollegaer, som førsteamanuensis Grete Breivne og professor Siren Eriksen, for svært verdifulle innspill.

### Referanser

- Aardalen, B., Moen, A. & Gjevjon, E. R. (2016). Fra vevstol til nettbrett: helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 6(4), 298–310. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-02>
- Afdal, G. (2013). *Religion som bevegelse: læring, kunnskap og mediering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Afdal, H. W. & Afdal, G. (2010). The hidden context: The dilemma of context in social and educational research. I S. Kvam, K. P. Knutsen & P. Langemyr (Red.), *Texsorten und Kulturelle Kompetenz: Inderdisziplinäre Beiträge zur Textwissenschaft* (s. 51–70). Münster: Waxmann.
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215–222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>



- Barken, T. L., Thygesen, E. & Söderhamn, U. (2017). Advancing beyond the system: Telemedicine nurses' clinical reasoning using a computerised decision support system for patients with COPD – an ethnographic study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0573-7>
- Barken, T. L., Thygesen, E. & Söderhamn, U. (2018). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 132–142. <https://doi.org/10.1111/jocn.13857>
- Bjørkquist, C. (2015). Erfaringer med helsemonitorering for KOLS-pasienter. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 200–211. <https://doi.org/10.7557/14.3723>
- Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C. & Hawley, M. (2014). Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 21–33. <https://doi.org/10.1111/jan.12196>
- Dahl, H. M. (2017). *Struggles in (elderly) care: A feminist view*. London: Palgrave Macmillian.
- Damhus, C. S., Emme, C. & Hansen, H. (2018). Barriers and enablers of COPD telerehabilitation – a frontline staff perspective. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2473–2482. <https://doi.org/10.2147/COPD.S167501>
- Engster, D. (2018). Care Ethics, Dependency, and Vulnerability. *Ethics and Social Welfare*, 13(2), 100–114. <https://doi.org/10.1080/17496535.2018.1533029>
- Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196–214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D. & Pinnock, H. (2017). Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), e172. <https://doi.org/10.2196/jmir.6688>
- Hansen, L. A., Almqvist, F., Ørjasæter, N. O. & Kistorp, K. M. (2017). Velferdsteknologi i sentrum (VIS) – evaluering av velferdsteknologi fra et tjenstedesignperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 144–152. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-12>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. nr. 29 (2012–2013)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Hout, A. v. (2017). Mindset Changes Among Health-Care Professionals and the Use of Technology. I J. van Hoof, G. Demiris & E. Wouters (Red.), *Handbook of Smart Homes, Health Care and Well-being* (s. 105–113). Switzerland: Springer International Publishing.
- Klette, T., Kleiven, T., Kalfoss, M. H., Halvorsrud, L. & Owe, J. (2016). Omsorgens innhold og mangfold – Fenomenet omsorg sett fra et flerfaglig perspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 12–23. Hentet fra [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2016/01/omsorgens\\_innhold\\_og\\_mangfold\\_-\\_fenomenet\\_omsorg\\_sett\\_fra\\_e](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/01/omsorgens_innhold_og_mangfold_-_fenomenet_omsorg_sett_fra_e)
- Koivunen, M. & Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 24–44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Lassen, A. M. (2017). Velfærdsteknologi i et medarbejderperspektiv – Et kvalitativt studie af kommunale medarbejders erfaringer med velfærdsteknologi. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(02), 106–117. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-08>
- Lopriore, S., LeCouteur, A., Ekberg, K. & Ekberg, S. (2018). «You'll have to be my eyes and ears»: A conversation analytic study of physical examination on a health helpline. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 330–339. <https://doi.org/10.1111/jocn.14638>
- Martinsen, K. (2004). Skjønn – språk og distanse. *Klinisk Sygepleje*, 18(2), 50–56. Hentet fra [https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2004/02/skjoenn\\_spraak\\_og\\_distanse](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2004/02/skjoenn_spraak_og_distanse)
- May, C. R., Finch, T. L., Cornford, J., Exley, C., Gately, C., Kirk, S., . . . Mair, F. S. (2011). Integrating telecare for chronic disease management in the community: What needs to be done? *BMC Health Services Research*, 11(131), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-131>
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Moser, I. B. & Thygesen, H. (2013). Velfærdsteknologi og teleomsorg: nye idealer og former for omsorg. I A. H. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 144–158). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nagel, D. A., Pomerleau, S. G. & Penner, J. L. (2013). Knowing, Caring, and Telehealth Technology: «Going the Distance» in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 104–112. <https://doi.org/10.1177%2F0898010112465357>
- Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem & J. Sigurdsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (s. 67–82). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullstett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Obstfelder, A. & Lotherington, A. T. (2014). Sykepleie og teknologi – en komplisert relasjon. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 4(4), 309–313. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf/2014/04/sykepleie-og-teknologi-en-komplisert-relasjon>
- Oudshoorn, N. (2009). Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 390–405. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01141.x>
- Pols, J. (2010). The heart of the matter. About good nursing and telecare. *Health care analysis*, 18(4), 374–388. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0140-1>
- Pols, J. (2012). *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. PB – Amsterdam University Press.
- Pols, J. (2014). Radical relationality. Epistemology in care and care ethics research. I G. Olthuis, H. Kohlen & J. Heier (Red.), *Moral boundaries redrawn. The significance of Joan Tronto's argument for political theory, professional ethics, and care as practice* (s. 175–194). Leuven: Peeters.
- Pols, J. & Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *ALTER – European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 3(2), 159–178. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2009.01.003>
- Roberts, C. & Mort, M. (2009). Reshaping what counts as care: Older people, work and new technologies. *Alter*, 3(2), 138–158. doi:<https://doi.org/10.1016/j.alter.2009.01.004>
- Rykkje, L. & Hjorth, G. H. B. (2017). «Safety at Home»: Experiences From Testing of Video Communication Between Patients and Home Health Care Personnel. *SAGE Open*, 7(4), 2158244017744900. <https://doi.org/10.1177%2F2158244017744900>
- Sandelowski, M. (1999). Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship. *Nurs Inq*, 6(3), 198–207. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00030.x>
- Solli, H., Bjørk, I. T., Hvalvik, S. & Hellesø, R. (2012). Principle-based analysis of the concept of telecare. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2802–2815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06038.x>
- Taylor, J., Coates, E., Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B. & Hawley, M. S. (2015). Examining the use of telehealth in community nursing: identifying the factors affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 326–337. <https://doi.org/10.1111/jan.12480>
- Tjora, A. H. (2008). Den moderne pasienten i sosiologisk lys. I A. H. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten* (s. 11–33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tronto, J. C. (2014). Ethics of care: Present and new direction. I G. Olthuis, H. Kohlen, & J. Heier (Red.), *Moral boundaries redrawn. The significance of Joan Tronto's argument for political theory, professional ethics, and care as practice* (s. 215–227). Leuven: Peeters.
- Vaitinen, T. (2015). The Power of the Vulnerable Body. *International feminist journal of politics*, 17(1), 100–118. <https://doi.org/10.1080/14616742.2013.876301>
- Vatnøy, T. K., Thygesen, E. & Dale, B. (2017). Telemedicine to support coping resources in home-living patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: Patients' experiences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(1), 126–132. <https://doi.org/10.1177%2F1357633X15626854>
- Verbeek, P.-P. (2005). Artifacts and attachment: A post-script philosophy of mediation. I H. Harbers (Red.), *Inside the politics of technology. Agency and normativity in the co-production of technology and society* (s. 125–146). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Ørjasæter, N. O., Kistorp, K., Almqvist, F. & Hansen, L. A. (2016). *Velferdsteknologi i sentrum: Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. Delleveranse 2 av 2*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger#utproving-2013-2016>