

KANDIDATSPECIALE
CAND.SOC. POLITISK KOMMUNIKATION OG LEDELSE
COPENHAGEN BUSINESS SCHOOL

Den endeløse behandling

En undersøgelse af velfærdsteknologiers påvirkning af
sygdom og behandling

Simon Hein Frederiksen

Vejleder: Anders la Cour

15-05-2017

"You can check-out any time you like,

But you can never leave!"

- Hotel California, Eagles

Abstract

This thesis seeks to investigate how the introduction of welfare technologies affect the way meaning about illness and treatment is created. The empirical starting point is three welfare technologies that have been introduced in the Danish public healthcare system in recent years: A diabetes app, KOL Kufferten and Monarca, an app for bipolar patients. The three technologies function as managing technologies with the purpose of making the patients do certain actions at home after the treatment at the hospital has ended. The technologies also affect the expectations to the patients and doctors in a way that gives the patient more responsibility for his treatment.

This study finds that bringing treatment and monitoring into the homes of patients is a new phenomenon that contradicts the old view on treatment as an action that takes place in the hospital and ends when the patients are released from hospital. This thesis argues that a new treatment situation arises with the introduction of such technologies. The old distinction between healthy and ill can no longer describe what happens when the patient is released from hospital, but still being treated and monitored. Instead, a situation where the patient is being seen as potentially sick arises. By monitoring his health up to multiple times per day, the patient is always only one bad registration from ending up in the hospital or in another form of direct treatment from the doctor. With this mechanism in place, the patient can no longer be seen as healthy when he leaves the hospital, but is instead in a state of constant potential illness. This state causes the treatment period to continue indefinitely and changes the focus of treatment from the illness to the patient. Instead of treating the patient for an illness, the patient becomes the center of attention, and the lifestyle and habits of the patient become the doctor's focus. Getting the patient to be healthier to prevent illnesses becomes the goal of the welfare technologies that also installs a possibility for the doctor to intervene in the patient's life when a registration falls outside the accepted range. In that way, the authority of the doctor is prolonged to the patient's private sphere at all times and establishes a constant possibility of going back in treatment.

This new treatment room is never seen before, and even though we can see a parallel in other health technologies that aim to increase or manage the health of a population, the new treatment room is distinct, because it offers the doctor an opportunity to manage every part of the patient's life and set himself in as an authority in the patient's life when the patient does not comply with the expectations. The thesis therefore concludes that the technologies that were meant to set the patients free and give them power to live more freely has the opposite effect and keeps the patients in a state of potential illness for an infinite amount of time.

Indhold

Abstract	2
Kapitel 1: Indledning	5
Afgrænsning af problemfelt	7
Problemformulering:	7
Læsevejledning	8
Kapitel 2: Analysestrategi	10
At se verden gennem forskelle - Luhmanns systemteori	11
Anden ordens iagttagelse	12
De tre meningsdimensioner	13
Re-entry og potentialitetslogikken	15
Sygdomssystemet	17
Politikbegrebet - Laclaus diskursteori	18
Velfærdsteknologier som socialitet	20
Teknologi, styring og styringsteknologi	21
Iagttagelsespunkt	24
Empiri	25
Specialets progression	25
Kapitel 3: Tre digitale initiativer i sundhedssektoren	28
KOL behandling	28
Diabetes behandling	29
Monarca	30
Opsamling på velfærdsteknologier	31
Kapitel 4: Analyse	33
Hvordan installeres styring gennem velfærdsteknologier?	33
Delkonklusion	39

Hvordan opstår patientrollen i denne styringsteknologi?	40
Opsamling på patientrollen	42
Hvordan opstår lægerollen i denne styringsteknologi?	43
Opsamling på lægerollen	44
Delkonklusion	44
Kapitel 5: Et nyt behandlingsrum?	46
Opbrud med raskheden	46
Væk fra sundhedssystemet men stadig ikke ude af det	49
Hvad bliver sat i centrum i efterbehandlingen?	50
Hvordan opfattes tid i efterbehandlingen?	52
Det sociale: Hvordan ændres forholdet mellem patient og læge?	55
Opsamling	58
Kapitel 6: Et nyt rum eller et hjørne af et eksisterende rum?	59
Går vi alle rundt med en velfærdsteknologi i lommen?	61
Opsamling	62
Kapitel 7: Konklusion	63
En afsluttende bemærkning	65
Metodiske overvejelser og refleksioner	65
Bibliografi	67

Kapitel 1: Indledning

"[V]elfærdsteknologi kan flytte vores sundhedsvæsen både fagligt, servicemæssigt og produktivitmæssigt. Blandt andet giver det mulighed for, at patienter og sundhedsvæsen kan møde hinanden på nye måder ved hjælp af moderne telekommunikationsudstyr: At man ikke går til læge, men tænder for lægen." Jens Klarskov, Adm. Direktør, Dansk Erhverv (Kongensgaard, 2014)

Man kan næsten ikke åbne en avis eller nyhedssite uden at læse om digitalisering, disruption og innovation blandt de finansielle nyheder. Man får indtryk af, at alle er enige om, at nye teknologier og digitaliseringen vil vende op og ned på alt, vi gør - en teknologisk landvinding på størrelse med udviklingen af motoren, flytransport eller telefonen. Alle steder forsøger man at finde ud af, hvad udviklingen vil betyde på lige præcis dette specifikke område. Det gælder både i det private, det offentlige og det midt imellem. Også i sundhedssektoren er digitalisering og nye velfærdsteknologier blevet et varmt emne. Skal vi til at vænne os til, at man ikke længere går til lægen i en digital verden, men derimod tænder for lægen? Det er i hvert fald Jens Klarskovs bud. Han præsenterer en ny og anderledes måde at se behandling og sundhedssystemet på, når lægen ikke er en person i en kittel, som sidder på sit kontor og tager imod patienter, der har bestilt tid (mange dage forinden), men derimod en person, der dukker op på en skærm, når patienten har brug for det.

Debatten om nye teknologer på sundhedsområdet drives ofte af deres potentiale til at løse de samfundsøkonomiske og demografiske udfordringer, sundhedsvæsenet står over for i dag: Vi skal i fremtiden behandle en voksende, aldrende befolkning for de samme eller færre midler end i dag. Hvordan digitalisering og nye teknologier skal løse dette problem er beskrevet i den nationale strategi for digitalisering af sundhedssystemet for 2013-2017, hvor KL, Regionerne og Regeringen har formuleret en række mål for det digitale sundhedssystem (Krag, Nielsen, & Hansen, 2013) (Digitaliseringsstyrelsen, 2013). Heri lyder det, at digitaliseringen af sundhedssystemet skal opfylde to mål: 1) øge effektiviteten i den offentlige sektor gennem bredere integration og samarbejde på digitale platforme og 2) inddrage borgeren som aktiv medspiller. Det første mål skal opfyldes ved at integrere tværgående IT-systemer i det offentlige, så sagsbehandlingen mellem forskellige institutioner lettes, og brugeren oplever bedre service ved ikke at skulle holde styr på og videregive journaler mellem de forskellige offentlige instanser. Det andet mål præsenterer et syn på borgeren, som er nyt og interessant i denne opgaves øjne, nemlig, at borgeren bliver en aktiv medspiller: *"Digitale løsninger og velfærdsteknologi skal give den enkelte borger bedre muligheder for at bidrage til velfærden og deltage aktivt i hverdags- og samfundslivet."* (Digitaliseringsstyrelsen,

2013, s. 5). Det rejser selvfølgelig en del spørgsmål og undren om, hvad digitalisering og nye teknologier gør ved sundhedssystemet, så borgeren nu fremstår som en, der skal bidrage yderligere til den velfærd, som vedkommende allerede har ret til i det danske samfund. Især spørgsmål som, "hvilken type samfund og behandling lægger denne strategi op til?", har dannet basis for motivationen til at skrive dette speciale.

Dele af svaret findes måske i de initiativer og projekter, der har set dagens lys i sundhedssystemet de seneste par år. I København har patienter med sukkersyge kunnet overvåge deres egen udvikling i blodsukker, blodtryk og vægt to gange om dagen og sende disse data direkte til en overvågende sygeplejerske på Bispebjerg Hospital, som også giver rådgivning og holder konsultationer over videokonference (Region Hovedstaden, 2016). Patienter med KOL måler lungekapacitet, temperatur og iltindhold hjemme, men får udover rådgivning via en iPad også fem slags medicin stillet til rådighed, så de kan medicinere sig selv ud fra de målinger, de tager i hjemmet (Lungeforeningen, 2016). Læger, apoteker og sygeplejersker ser ikke patienten i den daglige behandling, men i stedet varetager patienten selv alle rollerne - lige fra måling til medicinering. Det er ikke kun fysiske lidelser, som bliver telebehandlet eller digitalt overvåget. Også psykiske lidelser bliver nu delvist behandlet fra hjemmet af patienten selv. Monarca er en app lavet af Region Hovedstadens psykiatri i samarbejde med DTU og en privat virksomhed med det formål at overvåge patienter med bipolar lidelses humør, søvn og sågar antallet af sms'er, de sender, og varigheden af telefonopkald foretaget fra mobilen. Disse data bruges til grafisk at vise patienten og behandleren, hvor stor risiko patienten har for at gå ind i en manisk eller depressiv tilstand (Folker, Rasmussen, Pedersen, Brocks, & D'Auchamp, 2014, s. 34).

Digitaliseringen bliver altså i pressen og ovenstående eksempler præsenteret som løsninger til, hvordan det offentlige kan spare penge og effektivisere sundhedssektoren, og samtidig gør den borgeren til en bidragsyder til velfærden ved at lade borgeren overtage nogle af sundhedspersonalets opgaver i eget hjem. Men hvad betyder det for den måde vi anskuer sygdom, behandling af patienter og forholdet mellem patient og læge, som nu ikke længere ser hinanden i øjnene under behandlingen?

I næste afsnit vil jeg uddybe dette problemfelt og præsentere min problemformulering, som sætter retningen for specialets design, metode og analyse.

Afgrænsning af problemfelt

Lad os vende tilbage til de tre eksempler fra det tidligere afsnit: Diabetes app'en, KOL Kufferten og Monarca. De er alle tre eksempler på, hvordan der installeres en teknologi eller digital proces mellem patienten og behandleren. Alle tre indgår i et allerede defineret behandlingsforløb, hvor patienten efter behandling på behandlingsstedet gives et stykke velfærdsteknologi, som vedkommende skal tage med hjem og bruge efter den ordinære behandling er afsluttet. Det bliver derfor interessant at se på, hvordan forholdet mellem patient og læge påvirkes, samt hvordan behandlingen ændres eller påvirkes af digitaliseringen og de nye velfærdsteknologier.

Denne opgave vil derfor dykke ned og undersøge denne situation med udgangspunkt i de tre eksempler på velfærdsteknologier. Disse teknologier har i sundhedssystemet fået navnet telebehandling eller telemedicin. Telebehandling forstås som *digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser leveret over afstand* (Region Hovedstaden, 2016). Der vil altså være fokus på, hvordan behandling påvirkes, når patienten ikke længere er fysisk til stede på behandlingsstedet, men i stedet er udskrevet og sendt hjem med en teknologi, der kan overvåge patientens helbred og kommunikere med behandlere på behandlingsstedet.

Denne afgrænsning af problemfelt og undren har ført frem til nedenstående problemformulering.

Problemformulering:

Hvordan producerer nye velfærdsteknologier en ny forståelse af sygdom og behandling?

Følgende arbejdsspørgsmål skal støtte besvarelsen af problemformuleringen og strukturere opgavens analyse:

- Hvad bryder teknologien op med og sætter i stedet for?
- Hvordan installeres velfærdsteknologierne som styringsteknologier i behandlingen?
- Hvilke roller skaber teknologien?
- Hvad betyder det for meningsskabelsen om sygdom og behandling?
- Hvad betyder disse resultater for det offentlige handlerum?

Med udgangspunkt i at skulle besvare denne problemformulering og tilhørende arbejdsspørgsmål vil jeg nedenfor præsentere læsevejledning for specialet samt præsentation af kapitlerne, og hvordan de bidrager til at besvare problemformuleringen.

Læsevejledning

Specialet skal læses som en undersøgelse af, hvad digitaliseringen og nye velfærdsteknologier i sundhedsvæsenet betyder for den måde, vi tænker og forstår behandling samt læge- og patientroller i et digitalt samfund. Første del af specialet vil beskrive situationer og de tre velfærdsteknologier i sundhedssystemet og dermed være meget empirinært, mens senere dele af specialet vil være meget teoritungt og beskrive den betydning, disse velfærdsteknologier har for meningen omkring behandling og sygdom. Specialet kan således læses i sin fulde længde eller i fragmenteret afhængigt af interessefelt. Det er således formålet med specialet at undersøge de aktuelle initiativer inden for telemedicin og teoretisk problematisere og afdække konsekvenserne af disse initiativer.

Det kan være svært at skille digitalisering og velfærdsteknologier fra hinanden. Hvornår er noget en teknologi og ikke digitalisering af en eksisterende proces eller teknologi? Jeg vil ikke beskæftige mig med denne udredning, men i stedet blot notere, at hensynet til specialets læsbarhed vægter højest, hvorfor jeg i opgaven vælger at bruge begrebet velfærdsteknologi, da dette fjerner fokus fra den bagvedliggende teknologi og i stedet beskriver den funktion, teknologien har, nemlig at yde en service, der skal give velfærd til patienten.

I den følgende oversigt kan du læse mere om, hvad de forskellige kapitler i specialet handler om, samt se, hvilke af arbejdsspørgsmålene kapitlet behandler.

Kapitel 1 er en introduktion til specialets interessefelt, problemformulering og opbygning. Her præsenteres den undren og de problemstillinger, som de resterende kapitler søger at besvare.

I **Kapitel 2** gennemgår jeg min analysestrategi, som er specialets teoretiske og erkendelsesmæssige fundament. Her præsenteres hovedbegreberne inden for Luhmanns systemteori, samt hvordan jeg forstår begreber som styring, teknologi og roller.

Kapitel 3 præsenterer de tre velfærdsteknologier, som danner grundlag for specialets empiriafgrænsning og analyse. Der vil være fokus på, hvordan de tre teknologier bruges af henholdsvis patient og læge, samt hvilke data, de registrerer.

I **Kapitel 4** starter analysen af, hvordan de tre offentlige velfærdsteknologier skaber rammerne for, hvad det vil sige at være patient og behandler. Afsnittet indledes med en analyse af, hvordan de tre velfærdsteknologier har en funktion som styringsteknologi, der konstituerer patientens selvledelse og behandlerens mulighed for at lede patienten gennem teknologien. Derefter går jeg ind i næste del af analysen, der skaber et samlet billede af, hvordan teknologierne konditionerer hhv. patient- og behandlerrollen.

Kapitel 5 tager resultaterne fra kapitel fire videre og forsøger at skabe et billede af, hvad disse nye teknologier og roller betyder for, hvordan der skabes mening om sygdom og behandling. Kapitlet beskriver denne udvikling som opkomsten af et nyt behandlingsrum, hvor tidligere distinktioner mellem syg og rask brydes ikke længere kan beskrive det sociale i dette rum mellem behandler og patient. Dette behandlingsrum beskrives på flere dimensioner, som tegner et billede af, at teknologierne påvirker både opfattelsen af tid, hvad behandlingen handler om og det sociale forhold mellem patient og læge.

I **Kapitel 6** diskuterer jeg, hvor unikt dette nye behandlingsrum er, og hvordan denne ny viden om det producerer nye muligheder for at anskue lignende teknologier i sundhedssystemet eller andre offentlige instanser på en ny måde.

Kapitel 7 slutter opgaven af med opsamling på konklusioner og svaret på min problemformulering. Dette kapitel vil også reflektere over opgavens generaliserbarhed. Derudover vil jeg kort reflektere over og præsentere alternative analysestrategier og disses muligheder for at nuancere dette speciales konklusioner.

Kapitel 2: Analysestrategi

I dette kapitel vil jeg redegøre for, hvordan jeg vil gribe min opgave an, altså hvilken strategi jeg har lagt for min undersøgelse af problemstillingen og svar på problemformuleringen. Dette afsnit er afgørende for, hvad jeg ender med at kunne konkludere, da det også sætter rammerne for, hvordan det, jeg vil undersøge, træder frem i analysen.

Digitalisering og velfærdsteknologi er blevet diskuteret længe og kan iagttages på mange måder og fra mange vinkler. Hver vinkel ændrer, hvordan der snakkes om velfærdsteknologi, og hvordan den opfattes. Nogle ser det som svaret på økonomiske udfordringer (Oxvig, 2016), for andre kan det være en trussel mod retssikkerheden (Lønstrup, 2016) eller også bliver det et spørgsmål om politik og magt, når fx Udenrigsminister Anders Samuelsen udnævner en digital ambassadør for Danmark (Jarlner & Østerlin Koch, 2017). Dette er ikke blot eksempler på, hvordan forskellige aktører ser forskelligt på nye velfærdsteknologier og deres konsekvenser, men også et godt udgangspunkt for at snakke om dette speciales teoretiske og metodiske udgangspunkt. For hvordan kan jeg skrive et speciale om, hvad introduktionen af nye velfærdsteknologier i sundhedssystemet betyder for behandling og forholdet mellem patient og læge, når der er så mange forskellige tilgange, opfattelser og betydninger af begrebet? Det er netop denne mangfoldighed af tilgange og forståelser, jeg i dette afsnit vil håndtere ved at fremstille en klar definition af, hvad jeg undersøger, hvordan jeg undersøger det, og hvilke konsekvenser disse valg har.

Dette speciale har ikke til formål at dømme de forskellige tilgange eller vurdere, om velfærdsteknologierne er gode eller dårlige på hvert af de ovennævnte områder: økonomi, jura og politik. I stedet er det mit ønske at se på, hvilke handlemuligheder teknologierne stiller til rådighed for patienter og læger samt hvad de betyder for den måde, der skabes mening om sygdom og behandling på. Det handler altså for mig om, hvilke sociale forventninger, der opstår, når teknologierne installeres i behandlingen. Denne interesse for påvirkningen på det sociale kan undersøges med udgangspunkt i flere forskellige teoretiske rammer udarbejdet af fx. Michel Foucault, Niklas Luhmann eller Ernesto Laclau. Dette valg af teoretisk udgangspunkt og strategi for analysen, herefter analysestrategi, har netop betydning for, hvordan det sociale emergerer for mig som iagttagelse (Esmark, Bagge Laustsen, & Åkerstrøm Andersen, 2005, s. 7). Det handler altså om at konstruere et videnskabeligt blik, der får det sociale til at fremstå synligt. Det er derfor formålet med dette afsnit at gøre rede for, hvilket blik jeg ser velfærdsteknologierne gennem og hvilke konsekvenser, det har for, hvordan de fremstår, og hvad jeg kan konkludere med et sådant blik.

At se verden gennem forskelle - Luhmanns systemteori

Grundlæggende for denne opgaves analysestrategi er Luhmanns begreb om iagttagelser. Her betragtes iagttagelser som operationer, der markerer noget inden for rammen af en forskel (Andersen, 1999, s. 109). Når vi iagttager noget, markerer vi det på forskellens markerede side, men denne markering står altid i relation til forskellens anden side, det umarkerede. Forskellens umarkerede side afgør, hvordan iagttagelsen fremstår. Forskellen illustreres med nedenstående galge symbol, som Luhmann henter fra Spencer-Brown (Luhmann, 2000 (1984), s. 105):



Hvis en iagttagelse markerer noget som godt, bliver betydningen af iagttagelsen konditioneret af, hvad der står på den umarkerede side. Iagttagelsen ændrer fremtræden afhængigt af, om forskellen er god/dårlig, god/usund, god/ubrugelig og så videre. Kun en side af forskellen kan markeres ad gangen i iagttagelsen, ellers udligner iagttagelsen sig selv. Noget kan ikke både være godt og dårligt på samme tid. Når en iagttagelse finder sted, skabes samtidig iagttagelsens blinde plet; iagttagelsens form, den form der danner rammen for iagttagelsens forskel (Andersen, 1999, s. 111).

Luhmann opererer med en række funktionelle systemer, som har hver deres form, de kommunikerer igennem (Luhmann, 1982). Dette bygger på den samfundsdiagnose, som ligger til grund for Luhmanns teori: Det funktionelt differentierede samfund. Luhmanns påstand er, at samfundet har udviklet sig til at være funktionelt differentieret, hvilket betyder, at hver funktion i samfundet nu varetages af et funktionssystem. Et funktionelt system kan for eksempel være det økonomiske system, som iagttager verden gennem forskellen betale/ikke betale. Når noget markeres gennem en økonomisk form, vil det altså stå på den ene eller anden side af forskellen betale/ikke betale, altså om en given handling vil give et økonomisk overskud eller underskud. Iagttageren vil ikke selv være i stand til at se, at kommunikationen falder inden for denne form, som derfor er iagttagerens blinde plet. Alle systemer er skabes og opretholdes gennem kommunikation, der gør, at systemet lukker sig om sig selv ved at stille en forskel op mellem systemet og alle andre. Det økonomiske system kan således ikke blande sig med andre systemer og tale i deres koder, men godt omtale andre systemer gennem sin egen kode. På denne måde opretholdes og differentieres de forskellige systemer fra hinanden (Luhmann, 1982, s. 132).

Denne type samfund står i kontrast til tidligere typer, for eksempel et stratifikatorisk differentieret samfund, hvor det var forskellen oppe/nede, der delte samfundet ved at skabe forskellige klasser

eller samfundslag, som lukkede sig om sig selv og var udgangspunktet for differentiering (Luhmann, 1982, s. 133). Denne type samfund vil orientere sig efter klasser snarere end funktioner, og hver klasse vil administrere de forskellige samfundsmæssige funktioner inden for klassens rammer. Modsat dette er det funktionelt differentierede samfund differentieret på baggrund af funktion, således at økonomien lukker sig om sig selv på tværs af samfundslag og klasser. Nedenfor ses nogle af de funktionssystemer og tilhørende former. Alle iagttagelser er ikke begrænset til at ske inden for disse definerede funktionssystemers forskelle, men vil altid være en markering inden for rammen af en forskel.



Figur 1: Fire eksempler på funktionelle systemer og deres tilhørende former

Den form for iagttagelse, som jeg har gennemgået her, kaldes iagttagelse af første orden. Mit analysestrategiske blik skabes, når disse iagttagelser af første orden gøres til genstand for mine iagttagelser. Mine iagttagelser bliver derfor iagttagelser af anden orden.

Anden ordens iagttagelse

Med anden ordens iagttagelser bliver det mit ærinde at iagttage iagttagelser som iagttagelser. Ved at gøre iagttagelser til genstand for min analyse, bliver det muligt for mig at se de forskelle og former, som iagttagelserne af første orden benytter sig af og knytter sig til. Jeg iagttager altså, hvordan der i kommunikationen markeres noget og hvilken forskel, der markeres inden for.

I dette analytiske blik ligger der en række pointer, som er vigtige for at forstå mit analysestrategiske ståsted. For det første beder verden ikke om at blive iagttaget på en bestemt måde. Der findes ikke en sand ontologisk mening i kommunikationen, som jeg som analytiker skal finde frem til. Luhmanns meningsbegreb tager i stedet udgangspunkt i ovenstående blik på iagttagelser og forskelssætning. Mening er dermed enheden af forskellen aktualitet/potentialitet (Andersen, 1999, s. 121). I et bestemt øjeblik bliver noget aktualiseret, men i samme øjeblik kunne andre genstande have været aktualiseret. Hver kommunikation har således mange potentielle muligheder, men når en af dem aktualiseres, dannes der en forskel mellem det aktualiserede og det potentielt aktualiserede. Mening dannes altså, når noget markeres og står frem i kommunikationen frem for andet. Meningen kan derefter fortsætte i samme enhed ved at knytte an til det markerede eller umarkerede, skifte form eller ophøre, hvis ingen anden kommunikation knytter an til kommunikationen (Andersen, 1999, s. 126). Hvis noget markeres inden for en økonomisk form, bliver der altså skabt en bestemt mening om denne sag. Et forenklet eksempel: Når en medarbejder omtales i en økonomisk kode, bliver der skabt mening om denne medarbejder inden for denne kodes forståelse af medarbejderen, altså vil medarbejderen blive set som værdiskabende eller værditagende for iagttageren. Med dette blik følger også, at jeg kun interesserer mig for iagttagelsen selv, ikke bagvedliggende politiske agendaer eller personers baggrunde og intention med kommunikationen. Blikket afskærer sig dermed fra at stille 'hvorfor'-spørgsmål og er i stedet interesseret i 'hvordan'-spørgsmål: Hvordan konstituerer digitaliseringen forholdet mellem patient og læge? Jeg forsøger ikke at svare på, hvorfor nogle aktører er interesseret i at digitalisere sundhedssystemet. For det andet er det vigtigt at pointere, at anden ordens iagttagelser også er iagttagelser på første orden. Med denne analysestrategi findes der ikke et privilegeret udsigtspunkt, hvor jeg som iagttager ikke selv er bundet af min iagttagelses form. En anden ordens iagttagelse forskyder altså den blinde plet fra første ordens iagttagelsen til anden ordens iagttagelsen. Ved at beskrive min analysestrategi her, tegner jeg dermed så præcist et billede af, hvordan jeg iagttager problemstillingen. Denne analysestrategi gør, at jeg ser kommunikation som en forskelssættende handling. Dette valg betyder også, at jeg ikke kan se kommunikation på andre måder, hvilket selvfølgelig gør mig blind for de konklusioner, som en anden analysestrategi ville give.

De tre meningsdimensioner

Luhmann har tre meningsdimensioner, som mening altid vil operere inden for. Disse tre meningsdimensioner bruges til at strukturere arbejdet i Kapitel 5, hvor jeg diskuterer, hvordan der skabes mening om det behandlingsrum, der opstår, når velfærdsteknologier introduceres i forholdet

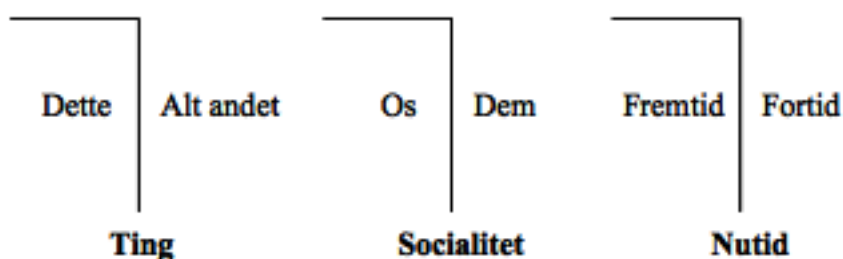
mellem patient og behandler. De tre meningsdimensioner er sagsdimensionen, socialdimensionen og tidsdimensionen (Andersen, 1999, s. 144). Jeg vil derfor kort præsentere de tre dimensioner nedenfor:

Sagsdimensionen handler om, hvilket sagsforhold meningen relaterer sig til. Det handler om, hvad der er tilfældet i kommunikationen, altså hvad der markeres i forskellen dette/noget andet. Jeg vil altså se på, hvordan temaer og genstande bliver struktureret efter denne forskel i kommunikationen. Sagsdimensionen er ikke at forveksle med kommunikationens tema, der blot er, hvad kommunikationen omhandler, tværtimod handler det om, hvilken sag, der sættes på spil i kommunikationen (Andersen, 1999, s. 144).

Socialdimensionen handler om, hvordan der konstrueres roller og sociale identiteter i kommunikationen. Den er enheden af forskellen os/dem og beskriver, hvordan der skabes mening om at tilhøre hhv. den ene eller anden side af forskellen (Andersen, 1999, s. 144).

Slutteligt sætter tidsdimensionen fokus på fortid, nutid og fremtid. Det handler om, hvordan vi betragter og begrebsliggør fortiden, nutiden og fremtiden. De tre tider ses ikke som noget, der er givet og fastlagt, men derimod noget, der skabes i kommunikationen. Fremtiden ses som en horisont af forventninger, og fortiden er det erfaringsrum, vi bringer med ind i det spændingspunkt mellem fortid og fremtid, som vi kalder nutid (Andersen, 1999, s. 144).

De tre meningsdimensioner er illustreret nedenfor med deres respektive ledeforskelle:



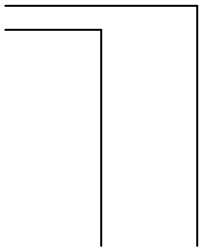
Figur 2 Sagsdimensionen, socialdimensionen og tidsdimensionen med tilhørende ledeforskelle.

I de to næste afsnit vil jeg gennemgå to logikker, som er afgørende for analysen af, hvordan velfærdsteknologierne skaber ny mening om behandling og sygdom. For at forstå den ene af disse logikker, potentialitetslogikken, er det dog først nødvendigt at forstå et af Luhmanns andre begreber, nemlig re-entry begrebet.

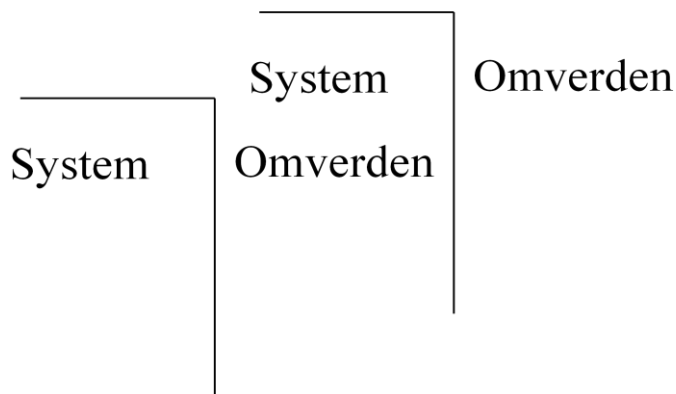
Re-entry og potentialitetslogikken

I Luhmanns begrebsapparat kan en situation eller kommunikation, der kan beskrives som markeret på begge sider af forskellen eller med elementer fra begge sider. Noget er enten på den ene eller anden side. Når noget så alligevel synes at have elementer af både den markerede og umarkerede side, bruger Luhmann i stedet en re-entry til at beskrive dette forhold.

Når jeg skriver, at de forskellige funktionssystemer er autopoetiske og lukker sig om sig selv, så bliver netop forskellen mellem systemet og dets omverden endnu mere interessant. For hvordan skabes omverdenen i systemets kommunikation? Omverdenen er alt det, som systemet ikke er. Med en re-entry, der betyder, at forskellen kopieres ind i sig selv, og forskellen bliver en del af sin egen helhed, kan vi beskrive, hvordan dette kan lade sig gøre (Luhmann, 1998, s. 178). En re-entry illustreres med to galger:



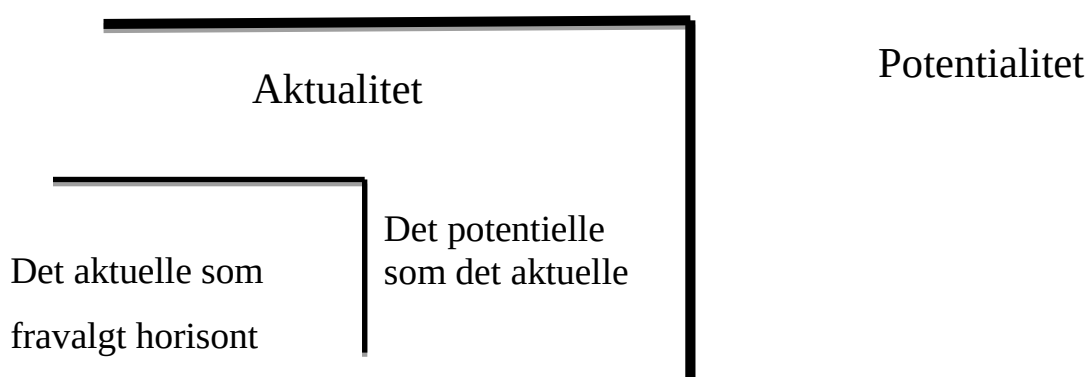
Når vi så tager forskellen mellem system og omverden, bliver den altså ført ind i sig selv, og omverdenen skabes nu på systemets præmisser og bliver en del af systemet:



Omverdenen vil altså blive skabt på systemets præmisser og i systemets kode, og dette vil styre, hvordan der skabes en grænse mellem systemet og dets omverden. Når der i systemteorien ikke findes begreber om grader af den ene eller anden side af forskellen, kan dette teoretiske træk bruges til at vise, hvordan noget er uklart eller sammenblandet. Diskursteorier ville måske sige, at forskellen mellem diskurs et og to er blevet så lille, at det er svært at kende forskel på de to. Denne

type sammenblanding er ikke mulig i systemteorien, der opererer med forskelle som operationer. Ved at vise på anden orden, at noget italesættes under den anden del af forskellens præmisser, kan vi give et præcist billede af, hvordan kommunikationen udfolder sig, og bedre beskrive, hvilke politiske konsekvenser det har.

Potentialitetslogikken opererer også med en re-entry til at forklare, hvordan der skabes mening om det potentielle i det aktuelle. Den tager udgangspunkt i mening, der opererer med forskellen mellem aktualitet og potentialitet, som også er beskrevet tidligere. Når denne forskel sættes ind i sig selv, skabes potentialitetslogikken, der er illustreret nedenfor:



I Luhmanns meningsforskell ses det potentielle som en uendelig mængde af muligheder, som kan blive aktualiseret i kommunikationen. Når en af disse muligheder aktualiseres, skabes en ny horisont af potentielle muligheder som resultat af aktualiseringen. Og sådan skabes en lineær proces, hvor hvert valg af aktualisering åbner op for nye potentialer, som man så tager stilling til. Potentialitetslogikken agerer derimod efter, at holde så mange muligheder eller potentialiteter åbne som muligt. Den vil helst ikke lægge sig fast på noget eller udelukke muligheder i fremtiden eller den fremtid, der ligger bag den fremtid, vi kan se nu. I potentialiseringslogikken bliver det interessante altså fremtidens fremtid, altså det potentielles potentiale. Potentialisering handler altså om at skabe muligheder på den anden side af det, vi umiddelbart kan forestille os (Andersen & Pors, 2014, s. 37). Når der kommunikeres i potentialitetslogikken, sker der det, at det potentielle aktualiseres, og der forsøges hele tiden at overskride det aktuelt potentielle. Logikken vil altså orientere sig mod at være så åben som mulig for at holde flest muligheder åbne i en fremtid, som vi endnu ikke kender til. Man kan for eksempel forestille sig en situation, hvor skolebørn uddannes som generalister i stedet for specialister, for at de ikke låser sig fast på en bestemt fremtid, for vi ved jo ikke, hvordan fremtidens fremtid ser ud.

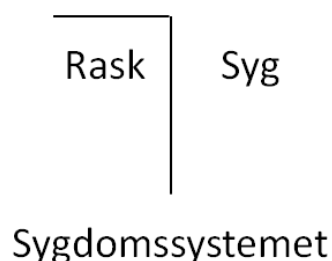
I sådan en logik vil det inden for sundhedsområdet hele tiden handle om at undersøge, hvad

sundhed er i fremtidens fremtid. Hele institutionen skal hele tiden gentænke og innovere sig selv for at komme op med, hvad den skal være i dens fremtids fremtid. På den måde får det den betydning for det aktuelle, at det skal forblive så åbent og forandringsparat, at dette kan lade sig gøre.

I næste afsnit vil jeg præsentere sygdomssystemet, som er den anden vigtige logik for denne opgaves analyse.

Sygdomssystemet

Som vist ovenfor er Luhmanns systemteori baseret på en teori om, at samfundet er funktionelt differentieret. Blandt de systemer, som Luhmann har beskrevet, er også sundhedssystemet eller sygdomssystemet (Luhmann, Soziologische aufklärung 5 - konstruktivistische perspektiven, 1990, s. 184)¹. Ligesom de andre systemer deler det verden op i en forskel, nemlig forskellen:



Særligt for sygdomssystemet er dog, at det modsat de andre funktionssystemer ikke er interesseret i den positive del af forskellen, men derimod refleksionssiden, syg; det interesserer sig for behandlingen af syge personer, ikke raske mennesker. Et eksempel på, hvordan dette kommer til udtryk, kan vi finde i journaler fra 1980'erne, hvor det var almindeligt at have en post med "udskrevne og døde". For patienten og de pårørende er der ret stor forskel på, om man er død eller blevet udskrevet fra hospitalet, men i sygdomssystemet er det på en måde ligegyldigt, da begge scenarier leder til, at patienten ikke længere er syg og derfor ikke interessant i systemets øjne (Knudsen, 2008, s. 23).

Sundhed er altså en slags stopregel for sygdomssystemet, når nogen bliver kommunikeret om på rask siden af forskellen, så er de ikke længere interessante for behandlingssystemet. Tværtimod er det kun interessant for systemet at beskæftige sig med sygdomssiden af forskellen. Når sygdomssystemet sætter sin interessegrænse på denne måde, betyder det, at personer opstår som

¹ Der er i de forskellige tolkninger af Luhmann forskellige navne og definitioner på dette system, men jeg vil holde mig til den tilknytning som Morten Knudsen præsenterer, der hedder sygdomssystemet, som markerer sygdom over for sundhed, da denne diagnose ligesom specialets undersøgelsesfelt knytter an til sygdom og ikke sundhed (Knudsen, 2008, s. 21).

enten patienter eller raske (ligeGYldige) for sundhedssystemet. Behandlingen vil altid ske med det mål, at den syge skal gøres rask, og når dette sker, falder patienten ud af sundhedsvæsenets interessesfære. Behandlingen slutter altså, når patienten ikke længere kan diagnosticeres. Det gør derfor ikke nogen forskel, om patienten tidligere har været i behandling eller ej, sygdomssystemet skelner ikke mellem raske, eks-patienter og syge, der findes kun forskellen syg/rask.

Sygdomssystemet bruger forskellige programmer eller teknologier til at konditionere, hvad der er sygdom, og hvad der er sundhed. Teknologierne kan oversætte processer i kroppen til målbare tal, som behandlerne kan reagere på. Når en patients temperatur gøres synlig gennem et termometer, og lægen derefter stiller diagnosen feber, er det et eksempel på, hvordan kroppens kommunikation oversættes gennem disse forskellige teknologier, der gør lægerne i stand til at behandle personen. Traditionelt set bruges teknologierne altså til at afgøre, om personen er syg eller rask i øjeblikket.

For sygdomssystemet gælder det altså ligesom i de andre funktionssystemer, at det er interesseret i at gøre de syge raske - at flytte patienten fra refleksionssiden af forskellen til den positive side. Det opererer ikke med andre distinktioner end rask/syg, og er kun interesseret i refleksionssiden af denne forskel, hvor forskellige teknologier bruges til at konditionere sygdom.

Denne beskrivelse af sygdomssystemet tager jeg udgangspunkt i, når jeg er interesseret i at undersøge, hvordan de nye velfærdsteknologier sætter behandling og sygdom på spil på en ny måde. Luhmanns diagnose af sygdomssystemet bliver altså den base, hvorfra min analyse starter, og det udgangspunkt, hvorfra jeg ser teknologiernes påvirkning af meningsskabelsen om sygdom og behandling.

I næste afsnit vil jeg gennemgå politikbegrebet, som har stor betydning for, hvordan mening sættes på spil i kommunikationen og interaktionen med velfærdsteknologierne.

Politikbegrebet - Laclaus diskursteori

I forrige afsnit rørte jeg kort ved, at når der kommunikeres og markeres noget inden for rammen af en forskel, har det betydning for, hvordan der skabes mening. Denne kamp eller proces om at skabe mening kalder jeg det politiske i kommunikationen - det handler altså om, hvordan forståelsen af et givent fænomen eller sag påvirkes af kommunikationen. Her supplerer jeg min teoretiske Luhmann ramme med dele af Ernesto Laclaus diskursteori. Ligesom hos Luhmann er alt kontingent i Laclaus teori, og de er begge enige om, at der ikke er nogen mening andet end den, der skabes i kommunikationen eller diskursivt (Laclau, 2002, s. 136). Der er altså ikke nogen på forhånd givet

mening om, hvad en patient- eller lægerolle indeholder. Så langt er de to enige, men det Laclau kan bidrage med i denne opgave, som Luhmann ikke har behandlet, er en række begreber om, hvordan der kæmpes om at tillægge mening til bestemte begreber eller fænomener, samt hvilken betydning det har for aktørernes handlerum.

Politik skal derfor forstås som det, der er på spil i kommunikationen, den mening der skabes om en sag eller et fænomen i kommunikationen. Det politiske skal forstås som et forsøg på at opnå midlertidige og delvise fikseringer af mening gennem kommunikation (Laclau & Mouffe, Hensides det sociale positivitet, 2002, s. 43). Begrebet eller rollen "patient" har således ikke nogen positivistisk mening, som står fast gennem tid og evighed. I stedet gives det mening gennem kommunikation om begrebet. Når der kommunikeres om patienter gennem forskellige logikker, har det således betydning for, hvad begrebet indebærer af forventninger og mening. Italesættes begrebet patient gennem en økonomisk logik, vil der opstå en sammenhæng mellem begrebet patient og den underliggende mening, som det begreb dækker over. Det vil kunne blive kædet sammen med begreber som "økonomistyring", "omkostningseffektiv" og "udnyttelse af ressourcer", hvilket vil skabe mening om patienter som et produkt, der skal billigst muligt gennem sundhedssystemet. Modsat vil en pædagogisk logik tilknytte begreber som "udvikling", "autonomisering" og "bemyndigelse", som skaber en anden mening om en patient, der kommer gennem sundhedssystemet for at blive klar til at stå på egne ben.

På denne måde bliver diskurser og materialitet, altså fysiske handlinger, kædet sammen i det sociale (Laclau, 1986, s. 113). Grænserne for, hvad der giver mening i de forskellige roller er derfor bestemt af, hvilken mening disse roller tillægges. Det betyder også, at det diskursive kan styre, hvordan en patient kan agere, og hvilke forventninger der er til patientens opførsel. I eksemplet fra før opstår to forskellige patientroller, når patienten italesættes gennem enten en økonomisk eller pædagogisk logik. Her vil de to roller nok adskille sig på graden af patientens indflydelse og aktivitet, hvor vi kan forestille os, at en patient set gennem en pædagogisk logik opstår som en med et personligt udviklingspotentiale, mens en patient gennem en økonomisk logik opstår som en, der skal have den mest effektive behandling. Der kan selvfølgelig være overlap, hvor den pædagogiske patient også er den mest økonomisk favorable, men under alle omstændigheder er det forskellig rationaler, der styrer synet på patienten og dennes handlemuligheder.

Der er som sagt ikke tale om, at begreber eller fænomener har den samme betydning for evig og altid, og der er heller ikke nogen ontologisk sand mening med et bestemt begreb. Derimod er alle

fænomener og begreber altid til forhandling. Man kan ikke endeligt tillægge et begreb en bestemt mening, hvilket også åbner op for, at meningen bag roller, fænomener og begreber altid er åbne for diskussion (Laclau, 2002, s. 144).

Det politiske skal altså i denne opgave forstås som en konstitutiv kraft, der har betydning for, hvordan forholdet mellem patienten og lægen ser ud i en digital verden med nye velfærdsteknologier. Gennem kommunikation bliver der skabt mening om, hvad det vil sige at være hhv. patient og læge samt hvilke forventninger, der knytter sig til de to roller.

I dette afsnit har jeg altså slået fast, at det kommunikative har en politisk betydning for, hvilket handlerum de forskellige aktører har. I næste afsnit vil jeg gå længere ned i, hvordan jeg i denne opgave betragter forholdet mellem det sociale og det materielle som værende gensidigt afhængigt og uadskilleligt.

Velfærdsteknologier som socialitet

Når jeg i denne analysestrategis indledning skriver om, hvordan det sociale fremstår for iagttageren, ligger der en grundlæggende antagelse om, at det, jeg iagttagere, er det sociale. Det kræver en uddybning at forstå, hvordan en digital velfærdsteknologi kan være noget socialt.

Vi tager tit for givet, at teknologier eller systemer er uskyldige og upolitiske, men det er mit argument og opgavens analysestrategiske fundament, at teknologier langt fra er uskyldige, når det handler om at installere et bestemt rationale i det sociale. Det er i flere sammenhænge blevet vist, hvordan teknologier i lige så stor udstrækning er styrende som et redskab til styring (Andersen & Thygesen, 2004) (Thygesen, 2003) (La Cour, 2017 (ikke udgivet))

Velfærdsteknologier er en integreret del af arbejdet i sundhedssystemet, så det er sandsynligt, at medarbejderne ikke er bevidste om hvor meget, de bruger teknologier til daglig. Patientdata skrives ind i computersystemer, et træk i en snor tilkalder en sygeplejerske, og information udfyldes i skemaer, der standardiserer omgangen med patienten. Alle disse situationer er eksempler på, hvordan teknologier påvirker arbejdet i sundhedssystemet. Teknologierne sætter rammerne for hvilke data, der bliver sendt videre i systemet fra samtalen med patienten, og hvad sygeplejerskerne skal gøre, når klokken for enden af snoren ringer. Teknologierne er så at sige en stor del af hverdagen i sundhedssystemet og en integreret del af arbejdsgangene på disse institutioner. De påvirker altså det vi gør, når vi anvender teknologierne. En læge spørger ikke ind til noget, der ikke står på det ark, som vedkommende er i gang med at udfylde, og en sygeplejerske lader kaffen og

kagen stå, hvis klokken ringer - lige meget hvor lidt han har lyst til at forlade sin anretning. På den måde bliver meget af vores hverdag ubevidst styret af teknologier, som træffer en række valg for os.

Det er dog ikke kun teknologierne, der påvirker det sociale i sundhedssystemet. Teknologierne påvirkes også af den sociale kontekst, som de bruges i: "*Teknologierne er ikke alene defineret af deres planlagte funktionalitet, men også i måden, de oversættes og gives mening på i den specifikke sammenhæng, de optræder i.*" (La Cour, 2017 (ikke udgivet)). Når snoren på stuen ikke er en nødsituation, men i stedet bruges til at bede om mere saftvand, eller papiret med spørgeskemaet til patienten bruges til at skrive ekstra kommentarer til næste person i processen, bliver teknologierne brugt på andre måder end dem, som de var tiltænkt at blive benyttet til. Disse karikerede eksempler viser, hvordan socialitet, kontekst og materialitet (teknologi) ikke kan skilles ad eller isoleres. Det er derfor ikke mit ærende at se på teknologier som isolerede fænomener, men som spundet ind i det sociale i en sådan grad, at det er umuligt at skille fra hinanden. Jeg kan således ikke tilskrive påvirkningen på patient/lægeforholdet udelukkende til teknologien, da denne kan opstå på en anden måde i andre socialiteter og kontekster.

Denne afgrænsning giver anledning til at definere, hvad jeg forstår ved en teknologi og hvordan teknologi og styring hænger sammen i systemteorien.

Teknologi, styring og styringsteknologi

Når vi ser på teknologier, så er det nemt at forfalde til en teknisk forklaring på, hvad det er. En computer består af en lang række komponenter, som tilsammen muliggør, at vi som brugere ser billeder og programmer på skærmen. Hvad der sker, fra vi trykker på tænd, til vi ser billedet på skærmen, er dog ikke interessant for denne opgave, og jeg er heller ikke i stand til at forklare, hvad der sker i alle ledninger og komponenter.

I stedet tager jeg igen udgangspunkt i Luhmanns teknologibegreb. Her er definitionen på teknologi, at: "*En teknologi består i etablering af kausalitet*" (Luhmann, 1990, s. 224). En teknologi er altså noget, der sætter en kontinuerlig sammenhæng mellem årsag og virkning, input og output eller stimuli og handling. Eksempliceret ved industrirobotten ser vi, hvordan den gang på gang skaber et ensartet resultat, hvilket er teknologiens formål: at skabe en pålidelig og kontinuerlig effekt, en kausalitet mellem det der går ind i den ene ende og det, der kommer ud i den anden ende.

Teknologiens begrænsning er dog også dens kausalitet. En robot, der er programmeret til at samle fjernsyn kan ikke samle mobiltelefoner, hvis den bliver præsenteret for delene til mobiltelefoner. Den er så at sige blind for andre årsags-virkning sammenhænge. Et andet eksempel fra denne

opgave, som gør illustrationen mindre klodset er en velfærdsteknologi som diabetes app'en. Den er en teknologi designet til at vise, om tallene, som patienten indtaster, er indenfor eller uden for det tilladte interval. Hvis tallene ligger uden for det tilladte, reagerer maskinen, ellers sker der ikke noget. Dens kausalitet er derfor, at hvis den registrerer et tal, som ikke falder inden for intervallet, så sendes en advarsel. Det gør den hver gang og tager ikke højde for, om der er målt forkert, patienten har skiftet medicinering eller en tredje faktor, som kunne skabe et ufarligt udsving i tallene. Den kan heller ikke måle patientens infektionstal eller andre medicinske parametre. På den måde begrænses teknologiers evne til at håndtere den mangfoldighed af årsager og virkninger, som findes.

I denne opgave ser jeg, som sagt ikke bare teknologien som et uskyldigt værktøj, som patienter og læger kan benytte sig af. Teknologierne styrer i lige så høj grad personerne, som personerne styrer teknologien. På baggrund af dette opstår begrebet styringsteknologi. En styringsteknologi er, når den teknologi, som skaber en kausalitet, bliver koblet med et forhold mellem en styret og en styrende. For at forstå hvordan en styringsteknologi folder sig ud, vil jeg først se på, hvad styring er, når man iagttager det gennem en forskelssættende analysestrategi. Her handler styring om forskellen mellem et ønsket mål og den aktuelle position (Luhmann, 1997, s. 42). Det kan illustreres således:

Aktuel position	Ønsket mål
--------------------	------------

Med dette blik bliver det ikke interessant at se på individerne, som er involveret i styringen, men derimod styringen selv. Man kan godt være leder uden at lede, og man kan godt lede uden at være leder, hvis ledelse handler om, hvordan en forskel minimeres. En slidt metafor for dette syn på styring er kaptajnen på et skib, der skal nå sin destination på den anden side af havet (Thygesen, Hvordan styringsteknologi gør ledelse mulig, 2004, s. 140). Kursen, der er lagt på forhånd, er en kalkule, som fortæller hvilket mål, kaptajnen sejler efter. For kaptajnen handler det om at minimere afstanden mellem den kalkulerede kurs og den aktuelle position. Han holder ikke stift fast i roret fra start til slut, men justerer hele tiden fra side til side, når skibet undervejs slås ud af kurs. Det handler om at justere skibet, organisationen eller patienten ind på den kurs, der er lagt fra start, ikke at fastholde en bestemt styring eller greb om organisationen.

Styring forudsætter altså, at skibet slås ud af kurs, eller organisationen ikke lever op til sine mål,

ellers ville kaptajnen og lederen være overflødige i denne ligning. Der skal altså være en forskel fra den aktuelle position og målet, for at lederen kan lede, ellers ville der være tale om en kalkule, som besætningen eller organisationen blindt kunne stole på, og de kunne erstatte kaptajnen med en autopilot, der følger denne kalkule. Ledelse er derfor afhængig af redskaber, der kan registrere afvigelser, som den kan reagere på. Det er her, at begrebet styringsteknologi kommer tilbage i billedet.

Når styring kombineres med en teknologi opstår et redskab, som lederen kan bruge til at korrigere den styrede, og den styrede får et redskab til at yde modstand mod styringen ved at vise den styrende, at det vedkommende gør, gavner styringen - sagt med andre ord, den styrede kan vise, at vedkommende holder sig på kursen eller gør noget for at komme tilbage på rette kurs. Dette kan siges mere forståeligt med nogle eksempler på styringsteknologier fra vores hverdag. MUS (Medarbejder udviklings samtalen) er et godt eksempel på en styringsteknologi. Lederen bruger MUS til at sætte nogle retningslinjer for medarbejderens arbejde det kommende år, disse retningslinjer bliver den ønskede position, som medarbejderen skal arbejde hen imod. Lederen kan derfor i løbet af året evaluere med udgangspunkt i de aftaler, der blev besluttet til MUS'en, hvor tæt på kursen medarbejderen er og rette denne kurs med udgangspunkt i aftalerne. MUS'en kan derfor skabe en kausalitet mellem det, medarbejderen gør og det, der er aftalt til samtalen. Enten stemmer medarbejderens handlinger overens med den retning, som vedkommende skal udvikle sig i, eller også gør den ikke. Det er så lederens opgave at lede medarbejderen, når denne ifølge MUS'en afviger fra den planlagte kurs. Det er også her, at styringsteknologien viser sin begrænsning, som Andersen og Thygesen beskriver i nedenstående citat:

"Udgangspunktet er, at styringsteknologier langt fra er uskyldige. De styrer betingelserne for, hvordan styrende kan styre og hvordan de styrede kan træde frem og øve modstand overfor styringen. Styringsteknologier skaber socialitet, fordi de muliggør forholdet mellem dem, der styrer, og dem, der styres" (Andersen & Thygesen, 2004, s. 10).

Som beskrevet tidligere er teknologien blind for andre årsags-virkning sammenhænge, og det sætter en begrænsning for, hvad teknologien kan producere. Styringsteknologien opererer også i binære koder, hvor der sættes en forskel mellem det, der kan registreres og det, der ikke kan. I MUS forvandles organisationen til en udviklende arbejdsplads, og lederen skabes som den udviklende leder, og på samme måde forvandler et økonomisystem en organisation til en række økonomiske transaktioner og skaber en rolle som økonomichef. Styringsteknologien tager derfor ikke højde for

andre årsags-virkning sammenhænge end dem, den er designet til at monitorere. Økonomisystemet interesserer sig kun for medarbejderudvikling i et økonomisk perspektiv, hvor uddannelse måske er en udgift eller investering med et øget udbytte over x antal år. Andre faktorer, som ikke kan registreres i økonomisystemet, flyver under radaren og bliver ikke opfanget i styringsteknologien. Det er derfor vigtigt at understrege, at der i organisationer og sociale sammenhænge er en overflod af styringsteknologier, der forsøger at styre og indfange det sociale og skabe kausalitet. Det er ledelsens rolle at navigere og udvikle metoder til at håndtere denne flerstemmighed af styringsværktøjer, som medarbejdere, læger og patienter eksponeres for. Det er med udgangspunkt i dette, at jeg vil undersøge, hvordan velfærdsteknologier som styringsteknologier konstituerer behandling og sygdom samt skaber rollen som patient og læge. Dog vil jeg begrænse mig til ikke at se på, hvordan velfærdsteknologier spiller sammen med andre styringsteknologier, da interessen i dette speciale udelukkende er at se på, hvilken effekt denne specifikke teknologi har på behandling og forholdet mellem læge og patient.

Jeg vil derfor i næste afsnit gøre rede for, hvordan mit iagttagelsespunkt afgrænses, og hvordan min indsamling og brug af empiri vil støtte op omkring denne analyse.

Iagttagelsespunkt

I de foregående afsnit har jeg gennemgået de teoretiske grundsten, der udgør min analysestrategi. Analysestrategien er dog ikke meget værd, hvis ikke den bruges aktivt på noget empiri for at skabe en ny viden. Der hvor empiri og analysestrategi mødes er i iagttagelsespunktet. Det er her, jeg vælger, hvilke referencer jeg gør til udgangspunkt for mine iagttagelser.

Før jeg kommer til iagttagelsespunktet, er det nødvendigt at gøre klart, hvilken ledeforskel, specialets analyse vil iagttage gennem. Når jeg ser kommunikation som en forskelssættende handling, så er det vigtigt at afgrænse mig, da mulighederne for meningsdannelse ellers er uendelige, som jeg tidligere har vist. Derfor vælger jeg en ledeforskel, som jeg vil iagttage min empiri gennem og dermed afgrænse mig fra den mulighedshorisont af mening, som er tilgængelig i kommunikationen. Min interesse ligger i, hvordan de forskellige roller i behandlingen konditioneres og skabes, derfor vil min ledeforskel være formet med dette mål for øje. Den ledeforskel, jeg iagttager gennem er derfor patient/behandler for at se, hvordan hver side af forskellen konditioneres. Derudover vil jeg undersøge, hvordan meningsskabelsen om denne forskel påvirker behandlingen og sygdom, som er den sociale situation, hvor patienten og behandleren mødes.

Med denne ledeforskel bliver det interessant for mig at se på, hvilken systemreference, min analyse benytter sig af, når jeg skal vælge et iagttagelsespunkt (Andersen, 1999, s. 152). Iagttagelsespunktet er et interaktionssystem. Det vil sige, at den kommunikation, som jeg vil analysere, refererer både til et interaktionssystem mellem patienter og behandlere og til et organisationssystem, der omfavner sundhedssystemet i Danmark. Derfor bliver min systemiske reference - og dermed mit iagttagelsespunkt, kommunikation om velfærdsteknologier, som iagttages gennem ledeforskellen patient/behandler.

Empiri

Jeg vil i dette speciale hente empiri fra flere forskellige kilder i flere formater. Beskrivelser af de forskellige velfærdsteknologier vil blive brugt som udgangspunkt for analysen sammen med udtalelser fra behandlere og patienter. Udvælgelsen af empirien er sket efter en stringent metodisk tilgang og har krævet en bred gennemlæsning af artikler, udtalelser og reviews. Gennem indsamlingen af empiri har jeg haft fokus på, at empirien skal matche mit iagttagelsespunkt og ledeforskel. Jeg har derfor afgrænset mig fra empiri, der ikke passer ind i systemreferencen.

Specialets progression

Jeg har i dette kapitel gjort rede for mit teoretiske ståsted samt afgrænset, hvordan mit iagttagelsespunkt defineres og findes i empirien. I dette afsnit vil jeg kort samle op på hele kapitlet og vise, hvordan de resterende dele af specialet, med udgangspunkt i analysestrategien, skal svare på min problemformulering gennem de fem arbejdsspørgsmål, som analysen vil være struktureret efter. Specialets hypotese er, at digitaliseringen og velfærdsteknologier sætter behandling og det, vi forstår ved patient-læge forholdet, på spil. For at teste denne hypotese har jeg en række erkendelsesinteresser, som jeg i det følgende vil udfolde og gøre rede for, hvordan er struktureret i specialet.

Specialet har tre erkendelsesinteresser, som vil blive brugt til at besvare den overordnede problemformulering. I kapitel tre arbejder jeg med en erkendelsesinteresse, der viser, hvordan tre forskellige velfærdsteknologier bryder med tidligere praksis og etablerer nye muligheder for patienter og læger i sundhedssektoren. I dette kapitel vil interessen og den styrende ledeforskel være før/efter. Da sygdomssystemet allerede er beskrevet i dette kapitel, vil fokus derfor være på efter delen af forskellen, og sammenligningen mellem før og efter vil først ske i kapitel 5.

I kapitel fire går jeg ned i de tre eksempler med en interesse i at undersøge, hvordan teknologierne kan ses som styringsteknologier. Derudover undersøger jeg, hvilke roller der opstår, når teknologierne præsenteres i det sociale forhold mellem patient og behandler. Her vil de styrende ledeforskel være styret/styrende med det formål at undersøge, hvordan teknologien konditionerer styring og hvad det vil sige at være henholdsvis læge og patient i dette forhold.

I kapitel 5 er min interesse at se på, hvilke konsekvenser introduktionen af velfærdsteknologier mellem patient og behandler har for, hvordan der skabes mening om sygdom og behandling. Dette nye behandlingsrum beskrives med udgangspunkt i, hvordan det skaber mening omkring tid, forholdet mellem patient og læge og det, behandlerne er interesserede i hos patienten. Her vil den styrende ledeforskel igen være før/efter, der referer til sammenligningen mellem behandling i den traditionelle forstand over for behandling i det nye behandlingsrum.

Kapitel 6 diskuterer, hvilke konsekvenser det nye behandlingsrum, som blev beskrevet i kapitel 5, har for sundhedssystemet i Danmark. Kapitlet præsenterer en perspektiverende diskussion om, hvordan dette syn på velfærdsteknologier kan give os et nyt blik på andre teknologier i andre dele af det offentlige system.

Kapitel 7 samler op på opgaven og præsenterer alle konklusioner samt refleksioner. Her præsenteres også specialets anvendelighed i andre empiriske situationer samt refleksion over specialets analysestrategi og dennes betydning for resultaterne.

Gennemgående ledeforskelle:

Problem/løsning

Før/efter

Styret/styrende

Overordnet iagttagelsespunkt:

Velfærdsteknologier i det offentlige sundhedssystem.

Blikke:

Kapitel 3: 3 eksempler på velfærdsteknologier

Før/Efter

lagttagelse af teknologier som
løsning på velfærdsproblemer

Kapitel 4: Ny roller i velfærden

Styret/styrende

lagttagelse af velfærdsteknologier
som styringsteknologier

Kapitel 5: Et nyt behandlingsrum

Diskussion af de politiske
konsekvenser af
velfærdsteknologier

Kapitel 6: Fremtidens velfærd

Problem/løsning

Handlingsorienterede
anbefalinger på baggrund af
analysen

Delproblem:

Hvad bryder teknologien
op med og sætter i
stedet for?

Hvordan installeres
velfærdsteknologier som
styringsteknologier i
behandlingen? Hvilke
roller skaber
teknologierne?

Hvad betyder det for
meningsskabelsen om
sygdom og behandling?

Hvordan kan det
offentlige
sundhedssystem bruge
disse resultater
konstruktivt?

Problemformulering: Hvordan producerer nye
velfærdsteknologier en ny forståelse af sygdom og
behandling?

Kapitel 3: Tre digitale initiativer i sundhedssektoren

I dette kapitel vil jeg præsentere tre eksempler på telemedicinsk behandling, som udgør dette speciales empiriske udgangspunkt. Beskrivelsen af teknologierne udgør grundstenen i specialets analyse af, hvad det er, teknologierne sætter i stedet for den traditionelle behandling, som blev beskrevet i analysestrategien, og der vil derfor være fokus på de elementer af teknologierne, som forventes brugt i opgavens analyse.

Eksemplerne er hentet fra det offentlige sundhedssystem, og de tre cases er udtryk for den udvikling, som siden midten af 00'erne har præget digitaliseringen af sundhedssystemet, nemlig at patienten efter at være blevet udskrevet får en teknologi med hjem, hvori de selv varetager at tage prøver, målinger og registreringer, og i nogle tilfælde kombineres dette med et udvalg af medicing.

I 2014 kortlagde Telemedicinsk Videncenter de aktuelle telemedicinske initiativer i Danmark (Telemedicinsk Videncenter, Region Hovedstaden, 2014). Heri fremgår det, at der på det tidspunkt var 80 initiativer og projekter i gang. Af disse projekter er to af de hyppigste funktioner at diagnosticere og konsultere patienter over afstand (Telemedicinsk Videncenter, Region Hovedstaden, 2014, s. 3) På listen fremgår en lang række initiativer, som sikrer fjernbehandling og overvågning af patienter, der omfatter alt fra gravide til kronisk syge. De første to eksempler, som danner grundlag for dette speciales analyse af, hvordan forholdet mellem patient og læge påvirkes af digitalisering findes også på denne liste og er derfor etablerede og afprøvede initiativer, som lige nu er i implementeringsfasen - KOL systemet skal for eksempel være implementeret nationalt inden 2019 (Digitaliseringsstyrelsen, 2016).

De tre velfærdsteknologier er valgt på baggrund af, at de alle tre bidrager med forskellige vinkler og funktioner til problematikken. Der findes som sagt mange eksempler, men det er min overbevisning, at jeg med disse tre teknologier kan beskrive det behandlingsrum, der opstår, når en velfærdsteknologi introduceres i forholdet mellem patient og læge.

I de tre følgende afsnit vil jeg præsentere de tre velfærdsteknologier med fokus på, hvordan de faciliterer forholdet mellem patient og læge og påvirker behandlingen.

KOL behandling

KOL Kufferten eller Patientkufferten, som den også bliver kaldt, er et telemedicinsk tiltag, der skal hjælpe patienter med KOL hurtigere hjem efter indlæggelse. Den findes i forskellige udgaver i de fem regioner, men den overordnede funktion er den samme i alle udgaverne.

Kufferten i sig selv er bare en bærbar computer eller tablet, som sammen med et spirometer og pulsoximeter kan indsamle data om patientens lungefunktion og iltmætning og sende til det sundhedsfaglige personale på hospitalerne (Region Syddanmark, 2012). Projektets formål beskrives af Patient@Home, som er et bredt innovationssamarbejde på telemedicineringsområdet:

"Formålet med projektet er at frigøre sengepladser på hospitalet ved at behandle KOL-patienter i eget hjem, og ph.d.-projektet skal således være med til at danne grundlag for, at dette kan blive muligt. Herved kan projektet også fungere som en dataindsamling for videreudvikling af patientkufferten.

Visionen med projektet er, at patienterne i højere grad skal føle sig styrket i forhold til deres sygdom og tage medansvar for den." (Patient@home, 2012)

Patienterne, der siger ja tak til en KOL Kuffert, bliver udskrevet op til et par uger tidligere end patienter, der vælger den traditionelle behandlingsform. Med sig hjem får de en kuffert med måleudstyr, computer og i nogle tilfælde forskellige former for medicin. Patienten måler dagligt sit iltindhold i blodet, puls og lungekapacitet, men kufferten kan også bruges, hvis patienten føler sig utilpas eller syg, så patienten kan få en aktuel status på, hvordan vedkommendes tal ser ud. Når målingerne er taget, viser displayet, om tallene ligger i en rød, gul eller grøn zone. Hvis tallene ligger i den grønne eller gule zone, så skal han ikke gøre noget, men bare holde øje med udviklingen. Hvis tallene ligger i den røde zone, bliver patienten ringet op inden for to minutter af en behandler, som instruerer i, hvilke af de mediciner, som patienten har i kufferten, han skal tage, og hvad patienten skal gøre derfra.

Patienterne har også ugentlige møder med behandleren via kufferten, som også fungerer som værktøj til videokonference. Her gennemgår behandleren og patienten sammen tallene for den sidste uge og snakker om, hvordan patienten føler, at det går med sygdommen.

Diabetes behandling

Det andet initiativ, som jeg har valgt at fokusere på, er diabetesbehandling i København Kommune i samarbejde med Bispebjerg hospital. Patienterne modtager en tablet med software, der er forbundet med medicinsk udstyr som blodtryksmåler, vægt, pulsmåler og blodsuktermåler. Herefter skal patienterne foretage målinger af deres blodtryk og vægt to gange om ugen, mens blodsukkertallet måles to gange i døgnet. En gang om dagen skal patienterne skrive ind i app'en, om de har taget deres medicin den pågældende dag. Dette data og udviklingen i tallene vises på skærmen, så

patienten kan følge med i, hvordan helbredet er. Patienten bruger selv blodsukkertallet til at tage sin medicin, mens de andre tal blot vises grafisk med tabeller og kurver. Alle data gemmes og overføres automatisk til en database, som både patienter og sundhedspersonale har adgang til. For dem, som er med i app-ordningen, er der hver måned en videokonference med sundhedspersonalet, hvor målingerne diskuteres, og der følges op på patientens livsstil.

Monarca

"Når den 37-årige patient Peter, som har bipolar lidelse, (det som før hed manio-depressivitet), får for lidt nattesøvn, modtager han en besked på sin mobiltelefon. Beskeden husker ham på, at han skal sørge for at få sin søvn. Og selv om Peter inderst inde godt ved, at han ikke har fået sine otte timer, fungerer beskeden som en effektiv advarsel om, at han kan være på vej ind i den spiral, som i en årrække førte ham ned i depressionens bundløse hul." (Region Hovedstaden, 2012)

Sådan indleder Region Hovedstadens Psykiatri deres beskrivelse af Monarca, som er en app, der skal hjælpe patienter med bipolar lidelse til at undgå perioder med depression og mani. App'en blev lanceret i 2012 og er et samarbejde mellem Region Hovedstaden, ITU og en privat virksomhed. Med app'en kan brugerne tracke deres humør, søvn, medicinering, motion, alkoholindtag og sociale faktorer så som varigheden af opkald og antal sms'er der sendes fra telefonen. Brugeren har også mulighed for at indtaste et mål for motion, som app'en hjælper med at indfri ved at sende daglige påmindelser og opdateringer om, hvor langt fra målet, brugeren er.

Alle registreringer i app'en vises grafisk for brugeren, der dermed har mulighed for at følge med i sin udvikling og hele tiden kan holde øje med, om han når de mål, som han har sat sammen med behandleren. Data er også tilgængelige for behandlere og sundhedspersonale, der dermed kan overvåge brugerens registreringer fra institutioner og sygehuse.

Det er muligheden for at overvåge og gribe hurtigt ind, der er den primære driver for projektet, som en sygeplejerske her forklarer:

"Ifølge sygeplejerske Hanne Steenberg Nikolajsen, som har været med til at teste Monarca-applikationen, betyder det, at man kan gribe hurtigere ind, når en patient er på vej i en forkert retning. For hvis patienten Peter kun har sovet tre timer hver nat i den sidste uge, vil behandlerne i Psykiatrien også blive opmærksomme.

- Monarca giver os muligheden for at følge patienterne tættere i hverdagen. Hvis en patient fx begynder at blive lidt deprimeret, kan det faktisk være svært for ham eller hende at henvende sig, men idet jeg går ind og kigger på deres registreringer hver dag, så kan jeg jo henvende mig til dem, siger hun." (Region Hovedstaden, 2012)

I app'en er det også muligt at indtaste "triggers", der er hændelser eller påvirkninger, der i særlig grad har påvirket humøret hos brugeren. Når brugeren fx oplever et humørskifte efter at have drukket alkohol eller fået for lidt søvn, vil app'en fremover kunne give tidlige advarselstegn, og brugeren har derefter mulighed for at udføre nogle handlinger, som bringer risikoen for et humørskifte ned. Hvis brugeren fx har registreret, at han oplever, at det er svært at sove sammen med sin kone som et symptom på, at han inden længe får alvorlige søvnproblemer, kan app'en gå ind og advare brugeren, når han første gang registrerer, at han har svært ved at sove. Derefter vil app'en minde ham om, hvad han har aftalt af løsning med sin kone og behandler på lige præcis dette problem.

Opsamling på velfærdsteknologier

I ovenstående afsnit har jeg præsenteret de tre velfærdsteknologier, som udgør denne opgaves empiriske udgangspunkt. Fælles for teknologierne er, at de alle indtræder i forholdet mellem patient og behandler, efter patienten forlader behandlingsstedet. De tre velfærdsteknologier er således ikke en del af den ordinære behandling, men et tilbud til patienter, som vil forlænge behandlingen i eget hjem. Her tilbyder teknologierne patienterne, at de har mulighed for at følge med i deres sygdoms og sundheds udvikling. Med grafer og alarmer gør teknologierne det muligt for patienterne at se og reagere, hvis noget i målingerne skulle kræve indblanding. KOL kufferten giver endda også en melding til behandleren, som kan tage affære og genstarte behandlingen.

Der hvor de tre teknologier adskiller sig og grunden til, at de er valgt, er på den type målinger som tages i apparatet. KOL Kufferten måler de parametre, som er specifikke for sygdommen, nemlig lungernes kapacitet, iltmætning og lungekapacitet. Alle tre er parametre, der viser, om patienten er ved at få et "anfald", hvor der kræves behandling og medicinering. For patienter med diabetes er det kun blodsukkertallet, der har direkte indflydelse på deres sygdom. Det tal bruger de til at se, om de skal tage insulin og, i så fald, hvor meget. De andre parametre er ikke direkte afgørende for, om patienten har brug for behandling. Sidst men ikke mindst bliver patienter med bipolar lidelse målt på en masse parametre, der ikke direkte er forbundet med sygdommen. Man vil altså ikke kunne

diagnosticere en person med bipolar lidelse ud fra de parametre, som er målt i app'en, hvilket man ville kunne med de to andre teknologier.

Således slutter denne korte introduktion til de tre velfærdsteknologier, som udgør specialets empiriske grundlag. I de følgende kapitler vil flere udtalelser og detaljer om teknologierne blive præsenteret til at understøtte denne generelle introduktion.

Kapitel 4: Analyse

I dette kapitel vil jeg på baggrund af de beskrevne velfærdsteknologier begynde at svare på min problemformulering gennem to arbejdsspørgsmål: Hvordan installeres velfærdsteknologierne som styringsteknologier, og hvilke roller skaber teknologierne? Første del af analysen vil derfor handle om, hvordan vi kan iagttage velfærdsteknologierne som styringsteknologier, hvorefter jeg fremanalyserer, hvilken betydning dette har for de forventninger, der skabes til henholdsvis patient- og behandlerrollen.

Beskrivelserne af de tre velfærdsteknologier i kapitel 3 viser tydeligt, at teknologierne har vundet indpas i behandlingen i sundhedssystemet i dag. I dette afsnit vil jeg derfor kort redegøre for, hvad disse teknologier bryder med, inden vi ser på, hvilke konsekvenser teknologierne har for rollerne i sundhedssystemet og behandlingen.

Teknologierne er nye i Danmark, og de fleste af dem er dele af forsøg eller test for at finde den bedste brug af dem. I analysen vil jeg behandle teknologierne, som de lige nu tænkes at skulle implementeres, når de er færdigtestet og indført i det danske sundhedssystem.

Hvordan installeres styring gennem velfærdsteknologier?

I foregående afsnit har vi set, hvordan mulighederne for inddragelse af patienten er vokset med velfærdsteknologier i en grad, der gør, at patienten næsten er lige så informeret som behandleren. I dette afsnit ser jeg på, hvilken betydning teknologierne har for styring af patienterne.

At patienten har samme information til rådighed som behandleren er en vigtig pointe. Hvordan der dannes mening om denne information, danner grundlag for store dele af min analyse og efterfølgende konklusioner, og er derfor et vigtigt aspekt at få afklaret. Når jeg i dette afsnit skriver informationer, data eller oplysninger, så refereres der til det output, som velfærdsteknologierne producerer. Som beskrevet i analysestrategien, så skaber teknologierne en kausalitet mellem input og output, og når disse teknologier bruges til styring, bliver outputtet en status på, hvor langt fra det ønskede mål inputtet er. Derfor vil den information, som patienterne nu har fået adgang til, være information om, hvor langt fra det ønskede mål, de er ved den seneste registrering. Denne information var før velfærdsteknologierne kun tilgængelig for behandleren, hvorfor patienten nu bliver omtalt som værende mere informeret eller oplyst.

Når jeg ser velfærdsteknologierne som styringsværktøjer, der skal sætte nye regler for, hvad det vil sige at være hhv. patient og læge, er det først nødvendigt at se på, hvad de forskellige teknologier styrer patienterne hen imod. Sagt med andre ord, hvad er målet med teknologierne, som

behandlerne ønsker at opnå gennem dem. Det er her, at teknologien og styring mødes. Fælles for alle teknologierne er, at de måler nogle værdier, som enten falder inden for eller uden for et godkendt interval. Når KOL Kufferten fx viser værdierne på en skala med tre farver, så er det en skelnen mellem en godkendt værdi, som giver farven grøn og en ikke godkendt værdi, som giver farven gul eller rød afhængig af, hvor akut der kræves indgreb i behandlingen. Som styringsværktøj bliver der altså skabt en kausalitet mellem det tal, der registreres og det output, som vises på skærmen. En god måling giver enten et grønt eller gult lys og ingen yderligere handlinger, men en dårlig måling giver en advarsel og handlingskorrigerende anvisninger. Det er altså ikke længere patienten, men teknologien der afgør, om lægen skal kontaktes, og behandlingen genoptages.

Jeg har i dette afsnit taget for givet, at der er tale om, at vi kan betragte velfærdsteknologierne som styringsteknologier, og jeg vil derfor i de næste afsnit gå lidt dybere ned i, hvordan hver teknologi installerer en styring mellem patient og behandler.

KOL kufferten er den teknologi med flest komponenter og mest kompliceret styring. Når KOL kufferten introduceres i forholdet mellem læge og patient, efterfølger den behandlingen, som lægerne på behandlingsstedet udfører. Lægernes mål på behandlingsstedet er som sagt at få patienten tilbage ved godt helbred så hurtigt som muligt, så denne kan udskrives. Når patienten er på hospitalet, er der tale om et rent autoritetsforhold, hvor læger og sygeplejersker tager sig af alle dele af behandlingen. Patientens rolle er at gøre, som behandlerne foreskriver.

Når patienten udskrives og sendes hjem, skal patienten stadig foretage nogle af de målinger, som bliver brugt på hospitalet, men de kan af gode grunde ikke gøres af behandleren. Når KOL kufferten introduceres, installeres altså dele af hospitalet hjemme hos patienten. Med den kan lægerne fortsætte kontakten til patienten, bare i en ny form. Her skifter ledelsen form fra direkte ledelse til en form for ledelse af selvledelse, hvor det er lægens rolle at lede patienten i et miljø, hvor lægen ikke direkte kan intervenere:

"Betyder, at man med kommunikation af video, billeder, lyd, og måleresultater kan inddrage eksperter i diagnostik og behandling, der hvor patienten befinder sig, selvom eksperterne ikke fysisk er til stede.

Formål: At give patienten støtte i den første uge efter udskrivelsen, for at undgå genindlæggelse."
(Odense Universitets Hospital, 2016)

Behandleren skal altså have patienten til at udføre målinger og sikre, at patienten undgår indlæggelse igen. Ledelsesudfordringen er altså, at patienten skal holdes væk fra behandling igen. Som forklaret i analysestrategien ville ledelse være nemmest, hvis patienten bare fulgte lægens anvisninger til punkt og prikke, så vedkommende holdt sig til den kalkule, som var lagt fra start af, så vedkommende undgik at blive syg igen. Udfordringen er dog, at patienten befinder sig i et miljø, hvor patienten, selv hvis denne fulgte lægernes råd til punkt og prikke, bliver påvirket af eksterne faktorer, der kan have betydning for udviklingen af fremtidig sygdom. Når KOL kufferten introduceres, så har den til formål at løse dette problem ved at skabe et værktøj, der kan måle, hvor langt fra målet, patienten befinder sig. I tilfælde af en rød måling, kan behandleren træde ind i patientens liv igen og udføre behandling. Dermed forlænges behandlingen fra hospitalet igen, hvor patienten er underlagt behandlerens autoritet, når målingerne viser et dårligt resultat. Behandleren træder derfor ind i patientens privatliv efter udskrivelse og installerer sin styring fra hospitalet over afstand ved hjælp af teknologien.

De daglige målinger danner udgangspunkt for, hvordan patientens adfærd skal justeres, så vedkommende holder sig ude af behandling. Denne justering sker ikke som udgangspunkt af behandleren, men af patienten selv. Når patienten er oplyst, kan vedkommende selv justere sine handlinger, så vedkommende kommer tilbage på den rette kurs. Da patienten også kan se de resultater, som KOL kufferten sender ind til behandleren, får denne også mulighed for at lede sig selv og være ansvarlig for, at resultaterne går den rigtige vej. Patienten kan hver dag se alle registreringer og den tilhørende kategori, som den pågældende måling falder inden for.

Patienten har altså mulighed for at se, hvordan vedkommende klarer sig i forhold til det mål, som er sat efter udskrivningen. En KOL patient, der en dag registrerer en særlig god eller dårlig måling, vil kunne se, hvordan denne måling hænger sammen med de aktiviteter, som patienten har foretaget sig siden sidste måling. Hvis en patient for eksempel har motioneret i flere dage og får et godt resultat, vil denne patient kunne se en sammenhæng mellem motion og måling, og dermed bliver patienten i stand til at tage de nødvendige forholdsregler eller lave de aktiviteter, der får målingerne tilbage på et ifølge teknologien godkendt niveau.

Ved at vise sammenhængen mellem årsag og virkning, kan patienten tage aktive skridt i sin adfærd og lede sig selv frem mod en mere effektiv behandling ved hjælp af målingerne, som patienten dagligt præsenteres for. Modsat kan patienten også se, hvilken effekt det har, hvis vedkommende for eksempel er udsat for cigaretrøg eller ikke motionerer nok. I disse tilfælde vil registreringerne i

KOL Kufferten være tættere på den røde kategori, og patienten får derfor skabt en sammenhæng mellem det negative resultat og de dårlige vaner. Patienten bliver dermed i stand til at lede sig selv på rette kurs, når registreringerne afviger fra den kalkule, som adfærden er planlagt efter. Da KOL Kufferten som den eneste teknologi har et element, hvor patienten kan se, om vedkommende er i grøn, gul eller rød zone, hvor rød zone udløser et opkald fra lægen, synes især den selv-ledende del af teknologien at påvirke behandlingen og forholdet mellem patient og behandler. Mere om dette i Kapitel 5.

Der installeres altså to former for ledelse, når KOL kufferten introduceres i forholdet mellem patient og behandler. For det første bliver det en mulighed for, at behandleren kan agere leder i et miljø, som behandleren før har været afskåret fra. For det andet giver KOL kufferten mulighed for, at patienten bliver selvledende i sin behandling og ændrer sin adfærd, så registreringerne ligger, hvor de skal i forhold til den behandlingsplan, som patienten havde med fra hospitalet.

Når patienter med diabetes sendes hjem med **Diabetes app'en** følger de i høj grad det samme forløb, som patienterne med KOL kufferten går igennem efter en indlæggelse. Når patienterne udskrives, skal de til regelmæssige kontroller og tage medicin dagligt, men har færdiggjort den medicinske behandling, og de betragtes nu som værende ude af behandling (Diabetes Foreningen, 2015). For at patienten kan tage den rigtige mængde medicin, skal vedkommende altså måle sit blodsukterniveau flere gange om dagen. Når diabetes app'en indtræder i forholdet mellem patient og behandler, bliver disse målinger suppleret med daglige målinger af blodtryk, puls og vægt. Det bliver altså ikke bare medicineringen, der måles for at blive optimeret. Patientens blodtryk, vægt og puls er faktorer, der ikke har noget med deres medicinering at gøre. Alle registreringer bliver visuelt vist til patienterne, der dermed kan følge udviklingen i deres helbred. Ved at give patienterne en teknologi, der på baggrund af de indtastede data kan fortælle, om patienten er på rette kurs eller ej, skabes der ligesom med KOL Kufferten en overdragelse af information og ansvar til patienten, der nu selv skal måle og reagere på de resultater, som app'en viser. Der sker en overførsel fra ledelse til selvledelse, hvor patienten i kraft af sin nye oplysning kan styre sig selv og sin behandling ved at se, hvilke konsekvenser fx motion og kost har for vedkommendes risiko for at blive indlagt igen.

Behandleren har stadig adgang til data, men bliver modsat tilfældet med KOL Kufferten ikke kontaktet, hvis patienten registrerer en dårlig måling. Det er derfor i høj grad selvledelse, som Diabetes app'en understøtter. Dog er der indbygget nogle online konsultationer, hvor patient og læge gennemgår de resultater, som patienten har registreret. Her giver den øgede mængde data

behandleren mulighed for at genstarte behandlingen af patienten eller indlægge patienten i særligt svære tilfælde. Dermed får behandleren med jævne mellemrum mulighed for at se og agere på de resultater, som patienten har registreret, når vedkommende har været udskrevet fra hospitalet - noget behandleren ikke tidligere har haft mulighed for.

Diabetes app'en installerer altså en form for selvledelse hos patienten, der gennem oplysning og visualisering af sin behandling, selv kan ændre på livsstil og vaner, så patienten undgår indlæggelse og lægger sig så tæt på den aftalte behandling som muligt. Dermed bliver app'en en styringsteknologi, der hovedsageligt adresserer patientens selvstyring og ikke agerer en forlænget arm for behandleren, der dog med forsinkelse har mulighed for at skride ind i patientens liv og ordinere ændringer på livsstil eller medicinering. Dette gør også, at behandleren nu i højere grad kan kommentere på og blande sig i patientens livsstil, som han ikke før har haft nogen mulighed for at monitorere eller sætte mål for.

Monarca skiller sig lidt ud i forhold til de to andre teknologier, da det i højere grad er patienten, som styrer, hvilke data, der indtastes i app'en. Her installeres app'en igen mellem patienten og behandleren, når patienten er udskrevet. Efter to måneder med stabilt humør, siges det at patienten er rask igen (Depressionsforeningen, 2009). Når patienten forlader behandlingsfaciliteterne, skal app'en fungere som en slags dagbog, der på baggrund af de indtastede data kan "forudsige", om og hvornår næste periode med depression er sandsynlig.

Når patienten bruger app'en som dagbog, hvor data vises grafisk, sker den samme form for styring, som vi også ser i de to andre eksempler: Patienten kan selv overvåge, hvor langt han er fra den kurs, som er sat for behandlingen, og han kan selv igangsætte tiltag, der vil få hans behandling tilbage på sporet. Patienten får dog hjælp fra Monarca, der, for eksempel, fortæller patienten, at han skal tage en sovepille, hvis han registrerer, at han har sovet mindre end normalt eller aftalt. Dermed går app'en ind og automatisk yder den styring, som en behandler ellers ville have gjort, hvis patienten havde henvendt sig med søvnbesvær. Monarca giver altså patienten mulighed for at se udviklingen i en række parametre omkring vedkommendes livsstil og giver aktivt råd til, hvordan patienten kan vende denne udvikling, hvis patienten registrerer en dårlig måling. Her overtager teknologien helt behandlerens rolle i tiden efter behandlingen, hvor patienten ikke længere er i kontakt med behandleren.

Registreringerne i Monarca bruges også af behandlerne, der kan bryde ind i patientens liv, hvis de går den forkerte vej i forhold til målet:

"Hvis en patient fx begynder at blive lidt deprimeret, kan det faktisk være svært for ham eller hende at henvende sig, men idet jeg går ind og kigger på deres registreringer hver dag, så kan jeg jo henvende mig til dem" - Hanne Steenberg Nikolajsen, sygeplejerske (Region Hovedstaden, 2012)

Her ser vi igen, hvordan behandleren har mulighed for at bryde ind i patientens ellers raske liv og starte behandlingen op igen, hvis det er nødvendigt. Vi ser her, at når app'en indtræder mellem patient og behandler, bliver den en hybrid mellem patientens dagbog, som viser resultaterne, og behandlerens mulighed for at overvåge og gennem app'en drage medicinske konklusioner om, hvor stor risiko patienten har for at blive syg igen. App'en får derfor flere funktioner og fremtræder på flere måder som en styringsteknologi for patienten. Når behandlerens behandlingsautoritet udvides til at gælde i patientens eget hjem ved, at app'en agerer forlænget arm for behandleren, opstår igen en form for styring, hvor behandling bliver mulig på alle tidspunkter og alle steder. Patienten er så at sige under overvågning hele tiden, og behandleren kan skride ind, hvis den indtastede data vækker bekymring hos behandleren. Denne form for styring ligner igen de to foregående apps former for styring.

Den sidste form for styring, som er unik for Monarca, er dens evne til at forudsige hændelser eller advare om perioder med særlig risiko for depression. Her installeres en hel ny del af behandlingen, som de andre apps ikke berører. Både KOL kufferten og diabetes app'en reagerer reaktivt på det målte data, som patienten indtaster. Når der kommer en dårlig måling, så behandles patienten, til tallene er acceptable igen. De to apps orienterer sig derfor altid efter den seneste måling, og derfor er de hovedsageligt interesseret i en nær fortid, hvor app'en registrerede et tal, som afveg fra målet med behandlingen. Monarca orienterer sig derimod fremad:

"'Tidlige advarselstegn' er individuelle tegn for, at der er ved at ske en stemningsændring. Disse advarselstegn består af et navn, en indikation samt en tekst om hvad du skal gøre, hvis du oplever disse. Disse er meget vigtige og kan være svære at identificere selv, så en god idé er at lave dem sammen med lægen." (Monarca patientvejledning)

Når patienten indtaster, hvordan han føler, han har sovet, om han har drukket alkohol, og hvordan hans generelle humør er, så bruges den data til at kigge fremad. Det, som app'en gør, er en anden form for styring, hvor der i højere grad synes at være fokus på fremtiden. "Hvis patienten fortsætter

sådan her, hvordan ender det så?" er det spørgsmål, som app'en søger at svare på.

Denne orientering mod fremtiden sætter det ellers så uendelige og uforudsigelige behandlingsforløb ind i nutiden ved at præsentere nogle mulige fremtider baseret på de data, som patienten har indtastet. App'en laver også sit eget data på baggrund af bevægelse og brug af mobilen, så selvom patienten indtaster, hvad han tror, er gode resultater, så kan app'en altså konstruere et underliggende resultat ud fra parametre, som patienten ikke selv er herre over at indtaste.

Sagt med andre ord, så forsøger teknologien at lede patienten ved at præsentere mulige fremtidige afvigelser fra kursen. En patient, der i nuet måske er på rette vej med behandlingen, kan altså blive præsenteret for en fremtid, hvor han er slået ud af kurs og skal tilbage til behandlingen. Denne del af app'en installerer en ny form for styring, hvor patienten styres af en mulig fremtid. Det bliver op til patienten at undgå at ende i det scenarie, som app'en har beskrevet ud fra målingerne. Denne type selvstyring synes altså at trække på en vis frygt for udfaldet af en hypotetisk fremtid. Patienten skal lede sig selv ud af en krise, som endnu ikke er opstået ved at følge de aftaler, som patienten i samarbejde med behandleren er blevet enige om.

Delkonklusion

I dette afsnit har jeg vist, hvordan de tre velfærdsteknologier fungerer som styringsteknologier, der alle tre forsøger at få patienterne til at ændre adfærd i forbindelse med deres helbred, efter de har forladt behandlingsstedet. Teknologierne installeres i et miljø, hvor patienten før var ude af behandlerens rækkevidde, nemlig i hjemmet, når patienten var udskrevet. Med introduktionen af velfærdsteknologierne, forlænges behandlerens styring til hjemmet, hvis målingerne i teknologierne kræver, at behandleren eller lægen skrider ind og overtager styringen. De tre teknologier synes altså at styre patienten væk fra denne mulighed for intervention fra behandleren ved at give dem et redskab til at styre deres eget helbred og dermed sikre, at de ikke har brug for yderligere behandling eller indlæggelse.

KOL Kufferten installerer to former for styring i forholdet mellem patient og behandler. Den installerer både muligheden for, at behandleren kan bryde ind i patientens liv, hvis dennes måleresultater betyder, at behandleren vurderer, at der er brug for behandling. Samtidig bliver patienten gennem teknologien gjort til herre over eget helbred og behandling, hvor patienten gennem målinger kan se, hvor langt vedkommende er fra planen. Diabetes app'en fungerer efter samme princip, og her er særligt fokus på den del, hvor patienten undervises i at forstå, hvordan han skal agere for at få helbredet på rette kurs, når en dårlig måling viser, at patientens helbred er i fare.

Monarca app'en trækker også på flere former for styring. Selvledelse gennem grafisk visning af resultater og humør, ledelse over afstand ved hjælp af opkoblingen til behandleren og sidst men ikke mindst ledelse gennem iscenesættelse af mulige fremtider.

I næste afsnit vil jeg se nærmere på, hvordan denne installation af forskellige styringsteknologier påvirker forventningerne til rollen som hhv. patient og behandler.

Hvordan opstår patientrollen i denne styringsteknologi?

I forrige afsnit har vi set, hvordan teknologierne installerer en form for styring, hvor patienten får ansvar for og indblik i de prøver, der dagligt registreres i teknologien. I dette afsnit går jeg dybere ned i patientrollen, som skabes af disse teknologier. Her vil der især være fokus på, hvilke politiske konsekvenser, det har, at patienten oplyses og styres, som det er vist i tidligere afsnit. Dette afsnit søger derfor at besvare arbejdsspørgsmålet "Hvilke roller opstår i teknologierne?"

KOL kufferten, diabetes app'en og Monarca indsætter alle tre patienten i en mere oplyst rolle, når de installeres i forholdet mellem patient og behandler. Netop denne del af teknologien, der giver patienten mulighed for at se sine egne resultater og lære sammenhængen mellem det, patienten gør, og det resultat, som teknologien viser, er centralt for den rolle, som patienten skal indtage:

"Vi prøver at skole dem til, jo under vores samtaler, at de selv skal tage ansvar for deres egen sygdom. At de ting, de gør i deres hverdag, har effekt for deres diabetes" (videnplus, 2013).

Sådan siger en af sygeplejerskerne, der arbejder med diabetes app'en. I denne sætning ses flere vigtige markeringer, som allerede skaber en klar indikation på, hvilke egenskaber der konditionerer det at være patient. I den første sætning bliver der skabt mening om patienter som nogle, der kan og skal skoles til at tage ansvar. Når patienterne italesættes gennem en sådan pædagogisk logik, hvor der er fokus på, at patienterne kan blive bedre til at forstå sammenhængen mellem handling og konsekvens, synes der at skabes en mening om patienter som nogle, der ikke bare er modtagere af behandling fra en behandler, men som nogle der i høj grad har potentiale til selv at udvikle sig mod mere forstående og vidende individer. Patientrollen går altså mod, at patienterne ikke blot er et produkt, der skal indlægges og behandles af en faglig behandler, men derimod kan udvikles til selv at tage ansvar for ikke at have behov for behandling i fremtiden. I anden del af citatet uddybes denne udvikling og læring, når patienterne bliver skabt som selvledende autonome individer. Her bliver patienten igen set som individer, der kan tage ansvar for deres eget helbred og se, hvilke konsekvenser forskellige handlinger i deres hverdag har for deres sundhed og helbred. Patienterne

ses altså som nogle, der med den rette undervisning kan blive selvstændige og ansvarlige patienter, som aktivt hjælper til med at holde sig ude af behandling på behandlingsstedet. Patienten har selv ansvar for sit helbred og får gennem undervisning og monitorering via teknologien mulighed for selv at finde ud af hvad, der virker bedst. Det er også op til patienten at disciplinere sig selv til at mindske afstanden mellem adfærd og ønsket adfærd. Dette uddybes videre af en speciallæge, der også kommenterer på, hvordan sukkersygepatienter kan drage fordel af den nye velfærdsteknologi:

"Hvis man regelmæssigt måler sit blodsukker, får man en bedre forståelse for sammenhængen mellem kost, motion og medicin og bedre forudsætninger for tidligt at søge hjælp hos egen læge [...]" - Caroline Raun Hansen, speciallæge i endokrinologi, Bispebjerg Hospital. (Telemediciner.dk, 2012)

På samme måde fortæller Peter, der lider af bipolar lidelse og bruger Monarca, at visualiseringen af data gør det nemmere at følge med i hans sygdom:

"Monarcas største force [er], at de mange oplysninger fra hans mobiltelefon bliver struktureret på en let aflæselig måde, så han hurtigt kan få et billede af, om han er på vej i den rigtige retning.

- Monarca gør, at man lettere kan se mønstrene i hverdagen, fx kan man grafisk se, hvis man i de sidste to uger har haft en nedadgående kurve i søvn, mens kurven over forbruget af alkohol i samme periode er opadgående"

Også Hjørdis, der lider af KOL fortæller om, hvordan de daglige målinger har hjulpet hende:

"Jeg følte virkelig, det gav mig værdi selv at kunne følge med i mine tal dagligt og en gang imellem vende dem med min KOL sygeplejerske. Derfor købte jeg også en iltmåler og et peakflowmeter efter første omgang med telemedicin, så jeg fortsat kunne holde øje med mine værdier." (Keizers, 2016)

Her ser vi, hvordan teknologierne synes at være med til at gøre patienterne til aktive medspillere i behandlingen. Hvis vi kort kigger tilbage på den definition af behandling, som jeg indledte opgaven med, så ser vi en ret tydelig forskel her:

"Behandling vil ofte betegne en relation, hvor der er et indbygget afhængighedsforhold mellem en patient og en behandler, og hvor behandleren både har ansvar og autoritet til at tage vare på patientens helbred."

Ansvar og autoritet synes at være forskubbet en smule i forhold til denne definition, når patienterne nu ses som lærende, deltagende og ansvarlige individer. Når teknologien bliver installeret i forholdet mellem patient og behandler, sker der noget med patientens rolle i forhold til, hvad denne har ansvar for og autoritet til. I den traditionelle behandling var der ingen forventninger til, at patienten tog ansvar for at undgå yderligere behandling eller i det hele taget deltog eller lærte noget om de processer, der kunne sikre patienten et liv med minimal behandling. Disse tanker fandt ikke sted i sygdomssystemet. Med introduktionen af velfærdsteknologier ligger der en forventning om, at patienten ikke bare passivt tager imod behandling, men selv hjælper med at tage initiativ til at undgå yderligere behandling. Patientens rolle bliver derfor at blande sig og hjælpe med at sikre, at behandlingen og patientens udvikling sker som foreskrevet.

Ikke nok med, at de følger og tager større ansvar for behandlingen, Hjørdis føler endda selv, at hun skal gå videre med overvågningen selv. Patientrollen inkluderer altså også et element af, at individerne overtager ansvaret for behandling, efter behandlingen er slut, og bliver dermed ikke bare en aktiv medspiller i selve behandlingen, men styrende for behandlingen i fremtiden, hvor behandleren ikke længere er inde i billedet. Teknologierne har altså muliggjort, at patienter som Hjørdis selv kan strukturere og lave en behandlingsplan, der tager udgangspunkt i de målinger, som teknologien stiller til rådighed for patienten. Patientrollerne synes derfor at blive mere initiativrige og agere på egne ben uden for systemet.

Her er det værd at notere sig, at patienterne er udskrevet fra behandlingen, når de kommer i kontakt med velfærdsteknologierne. De er altså ikke længere i behandling og underlagt lægens autoritet, men skal selv tage ansvar for, at de ikke havner i behandling igen. Det er således måske endda forkert at kalde dem patienter, da de er udskrevet og ikke får behandling længere. Der opstår altså en forventning om, at patienten ikke glemmer sin sygdom, sundhed og helbred, når denne forlader behandlingsstedet og ikke længere kræver behandling.

Opsamling på patientrollen

Når velfærdsteknologier indtræder i forholdet mellem patient og læge, efter patienten har forladt behandlingsstedet, bliver forventningerne til patienten ændret markant. Der skabes mening om en patient, der, på trods af at være udskrevet fra behandlingsstedet, skal monitorere sit helbred og være i stand til at skabe overblik over hvilke konsekvenser for sundheden og helbredet, patientens daglige valg har. Patienten dukker altså op i denne situation som en, der ikke bare tager imod

behandling, når vedkommende er indlagt, men selv skal være i stand til at assistere behandlingen ved at mindske risikoen for at have behov for behandling igen.

Det er altså en patient, der på trods af at være "rask" skal lære og udvikle sig hen imod at blive informeret og selvstyrende nok til at undgå fremtidig indlæggelse.

Hvordan opstår lægerollen i denne styringsteknologi?

Velfærdsteknologierne stiller nogle funktioner til rådighed, der gør patientrollen mere autonom og mindre afhængig af de behandlere, som før havde ansvaret for behandlingen og patientens helbred. I dette afsnit vil jeg derfor se på, hvilken behandlerrolle, der opstår som følge af denne udvikling og introduktion af velfærdsteknologier i behandlingen.

Når patienten hjemme har mulighed for at måle, regulere og evaluere den forebyggende behandling, som vedkommende udfører, så bliver lægernes rolle også anderledes. Behandlerrollen skal tilpasses denne nye situation, hvor mange af behandlerens opgaver nu ligger hjemme hos patienten, og denne ikke længere skal drage til sygehuset for at modtage behandling, rådgivning og i nogle tilfælde medicin. Derfor er dette afsnits mål at undersøge hvilke forventninger, der stilles til behandleren, når patienten bliver mere autonom og får større indflydelse på behandlingen.

I forrige afsnit så vi, hvordan der skabes mening om patienten som en, der skal undervises og lære, hvilke konsekvenser det har, når vedkommende ændrer livsstil, kost eller behandling. Der sættes altså en forventning om, at lægens behandling ikke kun behandler patienten akut, men også tager højde for, at patienten selv kan stå for dele af behandlingen i fremtiden. "Give a man a fish, and he will eat for a day. Teach a man to fish and he will eat for a lifetime", synes at være blevet lægens mantra i efterbehandlingen, hvor patientens liv efter behandlingen lige pludselig dukker op som interessant for sundhedssystemet. Lægens rolle bliver derfor med velfærdsteknologierne forlænget ind i patientens privatliv, efter patienten er udskrevet og taget hjem fra behandlingsstedet. Her synes der at være en forventning om, at lægen hjælper patienten med at blive klogere på og varetage sin egen sundhed, så patienten undgår fremtidig indlæggelse. Denne rolle som undervisende og pædagogisk hjælper synes før at have været uddelegeret til andre funktioner i samfundet, men er nu blevet en del af lægens rolle. Udover at være den, der hjælper patienten med at holde sig ude af behandlingen ved at installere en teknologi, som kan hjælpe patienten til selvstyring, har behandleren ikke helt sluppet taget i og kontakten med patienten. Her eksemplificeret med Monarca:

"[...] hvis patienten Peter kun har sovet tre timer hver nat i den sidste uge, vil behandlerne i Psykiatrien også blive opmærksomme.

- Monarca giver os muligheden for at følge patienterne tættere i hverdagen. Hvis en patient fx begynder at blive lidt deprimeret, kan det faktisk være svært for ham eller hende at henvende sig, men idet jeg går ind og kigger på deres registreringer hver dag, så kan jeg jo henvende mig til dem." (Region Hovedstaden, 2012)

Lægens/behaviorerens rolle bliver i dette citat nuanceret en smule, hvor der synes at opstå en forventning om, at lægen overvåger patientens data, mens denne er hjemme. Når teknologierne viser, at patienten er på vej ud i en udvikling mod at have behov for behandling igen, skrider lægen ind og starter behandlingen. Patienten er således udskrevet, men stadig under overvågning fra behavioreren. Der synes at være en forventning om, at lægen sætter en streg i sandet og siger "hertil, og ikke længere", hvorefter behavioreren kan bryde ind og genoptage behandlingen. Med dette aspekt får lægen altså lidt samme rolle, som han allerede har på behandlingsstedet under behandlingen, nemlig autoriteten til at behandle patienten.

Opsamling på lægerollen

Behavioreren får også en ny rolle, når velfærdsteknologier installeres i forholdet mellem patient og læge. Der opstår nu mening om behavioreren som en, der skal engagere sig i patientens liv efter udskrivelse og lære patienten at monitorere og styre sit eget helbred, så vedkommende undgår fremtidig behandling. Behavioreren bliver altså en slags mentor eller coach, der ikke blot behandler, men også yder denne form for forebyggende undervisning. Parallelt med dette skal behavioreren også monitorere patienten, hvis denne registrerer data, der ikke lever op til behandlingsplanen. Behavioreren kan derfor bryde ind i patientens liv efter indlæggelsen og starte behandlingen op igen, noget som før ikke var muligt.

Delkonklusion

I dette afsnit har jeg undersøgt, hvordan der skabes mening om henholdsvis patient- og lægerollen, når velfærdsteknologier installeres i forholdet mellem de to. Der bliver skabt mening om en patient, der på trods af at være blevet udskrevet, skal tage ansvar for at holde sig ude af fremtidig behandling og have fortsat kontakt til behavioreren gennem teknologierne. Samtidig opstår der mening om behaviorerrollen som en, der skal være undervisende over for patienten og være klar til at bryde ind i patientens liv, hvis vedkommende ikke selv kan håndtere sin behandling. Denne

situation medfører en undren over, hvad det er for en situation, behandleren og patienten nu står i. På den ene side er patienten udskrevet og gjort til herre over egen behandling og helbred, på den anden side er patienten hele tiden overvåget af behandleren, der har ansvar for at bryde ind i patientens liv, hvis han mener, at det er nødvendigt. Denne undring giver anledning til at undersøge, hvad der egentlig kommer i fokus i behandlingen, når velfærdsteknologier introduceres i forholdet mellem patient og behandler. I næste afsnit vil jeg derfor undersøge denne nye situation, som behandler og patient står i, når patienten forlader behandlingsstedet med en af de nye velfærdsteknologier.

Kapitel 5: Et nyt behandlingsrum?

Dette kapitel diskuterer på baggrund af den foregående analyse, hvordan de nye velfærdsteknologier påvirker meningsdannelsen om sygdom og behandling, og hvilken ny arena for behandling, der bliver skabt som følge af dette. Kapitlet søger derfor at besvare spørgsmålet: Hvad betyder det for meningsskabelsen om sygdom og behandling?

I det forrige kapitel så vi, hvordan patientens og behandlerens rolle ændrer sig, når velfærdsteknologier installeres i forholdet mellem patient og behandler. Når disse roller stilles over for beskrivelsen af sundhedssystemet, som Luhmann lavede, synes der at være sket et opbrud i den måde, vi tænker sygdom og behandling på. Dette kapitel vil derfor med udgangspunkt i den tidligere beskrevne potentialitetslogik forsøge at beskrive dette opbrud og den nye form for behandlingsrum, der sættes i stedet for.

Opbrud med raskheden

Den centrale forskel i den traditionelle sygdomslogik var rask/syg, hvor patienten ikke længere var interessant for sundhedssystemet, når denne blev erklæret rask. Når patienterne nåede en tilstand, hvor de ikke længere behøvede at være på hospitalet, blev de udskrevet og havde derefter ikke noget med sundhedssystemet at gøre. Der synes dog at være sket et skifte, når velfærdsteknologierne introduceres i behandlingen. Forbindelsen mellem behandlingsstedet og patienten forlænges, som vi så det i afsnittet om velfærdsteknologier som styringsteknologier. Når patienten bliver styret og forbundet til behandleren og behandlingen i hjemmet, sker der ikke det klare opbrud, som før skete, når patienten trådte ud af døren på behandlingsstedet. Som det nedenstående citat om KOL patienter af Klaus Phanareth, Centeruddannelsesansvarlig overlæge i lungemedicinske sygdomme på Medicinsk Center og Telemedicinsk Forskningsenhed på Frederiksberg Hospital, viser, så er patienten ikke længere i behandling på hospitalet, men har heller ikke helt sluppet behandlingsstedet:

»Vi har jo patienten inde de første 24 timer, hvor de bliver gennemundersøgt. Her tager vi alle blodprøverne og den nødvendige billeddiagnostik og sikrer, at de opfylder de telemedicinske betingelser. Vi laver en screening på alle, inden vi sender dem hjem, så vi ved, at de kan de fundamentale tekniske ting og kan forstå kommunikationen gennem det virtuelle system.» (Stage, 2010)

Der opstår altså en situation, hvor patienterne ikke længere er patienter i den traditionelle forstand, hvor de er indlagt og har brug for behandling, men de er heller ikke blevet udskrevet og uden for behandlernes interessefelt. De synes altså at være i en tilstand, hvor de hverken er i behandling eller ikke behandling. Denne tilstand vil jeg gerne uddybe lidt, da det ikke passer ind i den traditionelle forståelse af behandling, der er en aktivitet, som bringer patienten fra en tilstand af at være syg til at være rask.

Når for eksempel KOL patienter indtaster sundhedsdata i KOL kufferten og får et resultat med tilhørende farvekode, så er hele processen overvåget, og en måling i det røde felt vil udløse et opkald og medicinering fra behandleren på hospitalet. Patienten er udskrevet fra hospitalet, men kan med KOL kufferten hele tiden blive kontaktet af lægen, som skrider ind og yder behandling. Det samme gælder for borgere med bipolar lidelse, der bliver kontaktet, hvis deres humør eller vaner er på vej i en dårlig retning.

Der synes altså at opstå en situation, hvor patienten er i en tilstand af potentiel sygdom og behov for behandling. Patienten er ikke længere rask, når vedkommende forlader behandlingsstedet, de er stadig forbundet til behandlingen uden at være aktivt behandlede.

Der opstår en mening omkring behandlingen om, at patienten muligvis er rask i dag, men hvad med i morgen? Der er en risiko for, at målingen i morgen viser, at patienten igen har brug for behandling. Sundhedssystemet og behandleren slipper ikke helt taget i patienten, men lader denne være udskrevet på den præmis, at vedkommende dagligt monitorerer sit helbred. Den konstante monitorering af helbredet synes derfor at sætte patienten i en position, hvor vedkommende måske er udskrevet, men der er risiko for, at patienten igen bliver syg, hvilket gør, at patienten altså ikke bliver set som rask, men derimod potentielt syg.

Ved hjælp af teknologien bliver muligheden for at være syg i fremtiden altså bragt ind i nutiden, ind i det aktuelle. Der opstår en situation, hvor patienten ikke kan slippe behandlingssystemet på trods af, at vedkommende er udskrevet fra hospitalet, og dermed hele tiden skal teste og overvåge sig selv og sit helbred. Som bandet Eagles synger i deres sang "Hotel California", *You can check out any time you like, but you can never leave*. Det synes at være en ret præcis beskrivelse af den situation, patienterne står i. Når de udskrives fra hospitalet forlader de ikke behandlerens interessefelt. Med teknologien er de sat i en situation, hvor en dårlig måling kan bringe dem tilbage i behandling, hvor de igen ses som syge. Forskellen, som synes at styre det nye behandlingsrum er altså forskellen:

Potentiel syg

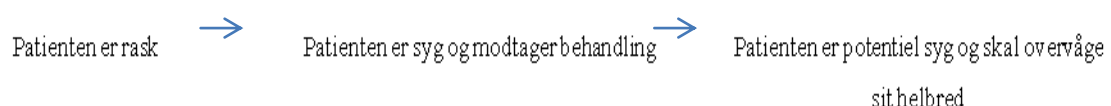
Syg

Når situationen ikke længere er styret af rask/syg forskellen, så mister patienterne muligheden for at blive set som raske, og der opstår som følge deraf en situation, hvor de stadig er interessante for sundhedssystemet. Når de bliver udskrevet, er de altså i en tilstand, hvor de er raske, men hele tiden i konstant risiko for at blive syge. De er hele tiden potentielt syge. Med hver måling er der en risiko for, at deres sygdom aktualiseres. Den mulige fremtidige sygdom føres altså ind i det aktuelle, som potentialitetslogikken beskriver. Dermed bliver det styrende og interessante for nutiden i det nye behandlingsrum, at en mulig fremtid indebærer, at patienten er syg, og patienten er derfor nødt til at håndtere denne potentielle fremtidige sygdom i nutiden.

På denne måde opstår en forskel mellem den måde en patient er rask på før behandling og efter behandling. Rask efter behandling findes ikke mere, og der opstår det her rum af efterbehandling, som patienten ikke kommer ud af, medmindre patienten indgår i en behandling igen.

Behandlingsrummets indtræden gør, at behandlingen ikke synes at have et klart defineret sluttidspunkt længere. Sundhedssystemet er stadig interesseret i patienten på trods af, at denne ikke længere er indlagt på behandlingsstedet. Denne forskel mellem rask, syg og potentiel syg har jeg illustreret i nedenstående figur:

Behandlingsforløb



Forløbet med teknologierne ender således ikke med, at patienten bliver rask, men derimod synes målet at være at holde patienten i at være potentiel syg og ikke syg. Patienten når aldrig tilbage til en tilstand af at være rask, og teknologierne kan derfor siges at gøre op med idéen om, at patienter, der er udskrevet og får en teknologi stillet til rådighed er raske.

Væk fra sundhedssystemet men stadig ikke ude af det

Patienterne er ikke raske, når de forlader behandlingsstedet, men i stedet potentielt syge. Det bånd, der skabes mellem behandler og patient, brydes ikke, når patienten forlader systemet. Hvis der i den traditionelle behandling var tale om, at når patienterne blev udskrevet, så var de ikke længere adresserbare for kommunikationen, kan vi tale om, at de blev ekskluderet fra sygdomssystemet. For at nuancere og specificere, hvordan dette behandlingsrums strukturer ser ud, er det derfor interessant at se på, hvordan der bliver skabt mening om inklusion og eksklusion af patienter i sundhedssystemet. Som nævnt blev patienter i det traditionelle sygdomssystem ekskluderet og dermed uinteressante for kommunikationen, når de blev raske. Forskellen mellem syg og rask kunne derfor også beskrives som forskellen mellem at være inkluderet og ekskluderet i sygdomssystemet. Betingelsen for at være inkluderet var, at man blev iagttaget som værende på sygsiden af forskellen rask/syg. Denne forskel mellem inklusion og eksklusion kan igen med udgangspunkt i Luhmanns teori illustreres således:

Inklusion	Eksklusion
-----------	------------

Det vi ser ske med patienterne i efterbehandlingen er ikke, at de bliver ekskluderet, men heller ikke, at de bliver inkluderet. De er ekskluderet, men stadig inkluderet i systemet på en måde, da patienterne stadig er interessante for systemet. Denne forskel mellem inklusion og eksklusion synes derfor ikke at kunne forklare situationen i efterbehandlingen. Når patienterne sendes hjem med en velfærdsteknologi, der overvåger deres helbred og sætter nogle forventninger til dem, som vi ikke har set før, så virker det til, at de er ekskluderet af systemet på nogle vilkår, der ligner de vilkår som forbindes med inklusionssiden af forskellen. Hvis vi genindfører inklusion/eksklusion forskellen i sig selv i en re-entry, får vi en form, der kan forklare patienternes tilhørsforhold i efterbehandlingen:

	Inklusion	Eksklusion
Inklusion	Eksklusion	

Med denne form bliver det muligt at beskrive efterbehandlingen som en re-entry af inklusion/eksklusion forskellen. Når forskellen indsættes i sig selv, bliver eksklusionen inkluderet i formen, og der opstår en situation, hvor de ekskluderede er ekskluderet på det inkluderedes vilkår. Det ekskluderede forbliver altså inden for rammen af det inkluderede og er derfor stadig interessant for sundhedssystemet.

Vi kan altså med denne form beskrive en situation, hvor patienten er ekskluderet fra behandlingssystemet og er udskrevet. De har dele af den frihed, der medfølger, når man bliver udskrevet. De skal ikke fysisk være til stede på hospitalet eller behandlingsstedet, hvor der gælder helt bestemte regler for opførsel og autoritet mellem læger og patienter. Men de er ikke frie af systemet. Som potentielt syge bliver de holdt inde i sygdomssystemet som nogle, der hele tiden kan krydse grænsen fra ekskluderede på inkluderede vilkår til inkluderet på inklusionens vilkår, hvor de igen er i behandling. Det er dette spil på indersiden af forskellen mellem at være inkluderet og ekskluderet, patienten befinder sig i. Når deres sygdom aktualiseres, glider de over grænsen og bliver inkluderet i systemet igen, mens de efter udskrivning bliver ekskluderet på inkluderet vilkår, hvor behandleren og behandlingsstedet aldrig er mere end en dårlig måling væk. Patienterne befinder sig altså hele tiden på inklusionssiden af forskellen, men der kan, når de er udskrevet, være elementer af eksklusionen, der præger det sociale rum, de befinder sig i.

I de næste tre afsnit, vil jeg undersøge dette ny behandlingsrum nærmere, som jeg kalder efterbehandlingen. Med udgangspunkt i Luhmanns tre meningsdimensioner vil jeg se på, hvordan der skabes mening om forholdet mellem patient og læge, efterbehandlingsforhold til tid og den genstand, som bliver det centrale interessepunkt.

Hvad bliver sat i centrum i efterbehandlingen?

Når patienter og behandlere beskriver de tre velfærdsteknologier, så er det ikke kun sygdommen, symptomerne og behandlingen, der fokuseres på. I stedet synes meget at handle om, at det er patienternes livsstil og vaner, som kommer i fokus i efterbehandlingen. Det ses der eksempler på i alle tre teknologier, her er et fra diabetes app'en:

"Hvis man regelmæssigt måler sit blodsukker, får man en bedre forståelse for sammenhængen mellem kost, motion og medicin og bedre forudsætninger for tidligt at søge hjælp hos egen læge [...]" (Telemediciner.dk, 2012)

Kost og motion nævnes som to parametre, som teknologien interesserer sig for. Når teknologierne bringes ind i patienternes fritid og privatliv, sker der også en ændring i, hvad det er, patienten bliver målt og vurderet på. Under indlæggelsen er patienten i faste rammer, der sørger for, at vedkommende spiser, drikker og sover på behandlernes anbefalinger. Når patienten rykkes ud af hospitalet, bliver vedkommende selv ansvarlig for, at spise sundt, motionere og sove nok. Der opstår en situation, hvor patienten stadig måles og vurderes på samme betingelser, som var denne indlagt, men nu skal patienten selv finde ud af at navigere i livsstilsaspekterne, der påvirker sygdommen. Det der før var private anliggender bliver nu interessant og muligt at monitorere for behandleren. Med dette fokus på patientens evne til at tilrettelægge sin livsstil i forhold til sin lidelse, synes fokus i behandlingen også at ændre sig. I behandlingsperioden handler det om at bekæmpe og behandle sygdommen, men når patienten udskrives og sendes hjem med en teknologi, synes sagen i stedet at være fokuseret på patientens livsstil og vaner.

Det er som om, at det ikke længere er sygdommen, der er i fokus, men snarere patientens sundhed. Som ovenstående citat viser, så er medicinering blot et af elementerne, og formand for KL's Social- og sundhedsudvalg, Anny Winther, uddyber dette i et interview om blandt andet KOL og diabetesbehandling:

”Vi skal tænke borgerne bredere end sygdom. Med udgangspunkt i borgerens eget liv og egne it-vaner ønsker kommunerne at skabe et bedre grundlag for, at borgerne kan mestre eget liv og deltage aktivt i egen forebyggelse, genoptræning og behandling – når borgeren selv ønsker det, frem for på et bestemt sted på et bestemt tidspunkt” (Thomsen, 2017)

Borgerne skal tænkes bredere end sygdom, og borgerne skal deltage aktivt i forebyggelse. Her rører Anny Winther ved noget at det, der er helt centralt for det behandlingsrum, der skabes med velfærdsteknologierne. Fokus er flyttet fra sygdommen til sundheden, når velfærdsteknologierne indtræder i efterbehandlingen. Her synes en anden distinktion at blande sig i og forme det behandlingsrummet, en forskel hvori noget markeres som sundt. Efterbehandling er ikke behandling af sygdom, men sundhed. Så når patienten er udskrevet, får denne ikke bare lov til at være rask, men bliver i stedet set som en, der potentielt er syg og hvis sundhed er løsningen til ikke at blive syg.

Hvis vi tager denne diskussion på et mere teoretisk niveau, kan vi se dette skifte i fokus som et forsøg på at håndtere, at patienten ikke længere er syg, men derimod potentielt syg. Når

sundhedssystemet ikke kan se en sygdom, det kan behandle, men stadig er interesseret i patienten og overvåger denne efter udskrivelsen, skal det have noget andet at fokusere på i patienten. Når patientens fremtids fremtid kan være uendelig mange scenarier, kan systemet ikke behandle for alle de mulige sygdomme, som patienten kan få. Derfor bliver behandlingen nødt til hele tiden at være så bred, at den kan være behandling for alle mulige sygdomme. Hvis behandlingen låser sig fast på at behandle en bestemt sygdom, vil den stride mod den potentialitetslogik, den synes at styres af. Derfor skal behandlingen være så bred, at den ikke udelukker behandling af nogen sygdom eller lidelse. Når sundhedssystemet begynder at interessere sig for at behandle eller forebygge alle sygdomme, kommer behandlingen til at bære præg af, at den skal være så uspecifik som mulig, og det naturlige svar på en generisk og uspecifik behandling som mulig synes at være, at interessere sig for patienternes generelle sundhed. Der bliver altså skabt mening om, at hvis sundhedssystemet skal tilbyde en blank behandling, der ikke favoriserer en bestemt mulig fremtid, så skal den interessere sig for borgernes sundhed. Sunde borgere ses som nogle, der har mindre risiko for at blive syge eller lide af de sygdomme, som de potentielt kan blive ramt af i fremtiden. Ved at øge borgernes sundhed, kan sundhedssystemet reducere risikoen for fremtidig sygdom, som synes at være dens mål med efterbehandlingen.

Hvordan opfattes tid i efterbehandlingen?

Som diskuteret i forrige afsnit, så synes de tilbud om klare periodiseringer og klare mål, som man forbinder med en behandling at være under opbrud efter indførslen af velfærdsteknologier i behandlingen. Det giver anledning til at spørge om, hvornår eller om behandlingen stopper, og hvornår man er rask eller potentielt syg?

For at forstå, hvordan tid tænkes i efterbehandlingen, vil jeg gerne tegne en kontrast ved først at beskrive, hvordan der blev skabt mening om tid i den traditionelle behandling. I den traditionelle behandling bliver der skabt mening om, at de erfaringer man har gjort fra tidligere behandling og undersøgelser skal bruges til at behandle patienten i nutiden. Her er det selvfølgelig vigtigt at huske, at sygdomssystemet ikke eksisterer uafhængigt af andre systemer, og sygdomssystemet trækker derfor på viden fra for eksempel det videnskabelige system, hvor der bliver skabt mening om en behandling som værende videnskabelig korrekt eller ukorrekt gennem forsøg, undersøgelser og videnskabelige diskussioner. Det er altså på baggrund af tidligere resultater og behandling, at behandlingen foregår i nutiden. Vi kan derfor snakke om, at tiden i den traditionelle behandling ses som en fortidens-nutid, hvor der skabes mening om handlinger og beslutninger om behandling ud

fra fortidens erfaringer og videnskabelige undersøgelser. Når patienten kommer ind i sygdomssystemet og skal have behandling, er det altså, som tidligere fremført, sygdommen, der dukker op og bliver interessant for sygdomssystemet, og det er behandlerens tidligere erfaringer, der styrer, hvordan patienten behandles. På intet tidspunkt opstår patientens liv eller livsstil som interessant for dette system, der kun knytter an til sygdommen i patienten.

Anderledes ser det ud, når vi kigger på tidsdimensionen i efterbehandlingen. For det første bliver der i efterbehandlingen gjort op med, at behandlingen af patienten skal ske udelukkende på baggrund af erfaringer fra forskning og tidligere behandling. At patienten får en velfærdsteknologi med hjem, der kan måle patientens specifikke værdier og give en indikation på, om disse ligger inden eller uden for et accepteret interval peger på, at det nu er den enkelte patients helbred og sundhed, som styrer behandlingen. Vi kan derfor gøre op med, at det er fortiden, der styrer, hvilke beslutninger og handlerum der skabes mening om i nutiden. I stedet skal vi se på, hvordan potentialet eller risikoen for at blive syg skaber mening om tid. Når patienten ses som potentiel syg, opstår der en situation, hvor risikoen for sygdom skrives ind i nutiden. For patienten findes der altid en uendelig række mulige fremtider, men den mulighed for, at patienten bliver syg, synes at styre, hvordan der skabes mening om nutiden. Det er, med de daglige målinger, risikoen for at blive syg, der skaber mening om patientens nutid. Patienten kan potentielt falde tilbage i behandlingen, hvis den fremtid, hvor patienten bliver syg aktualiseres. Vi kan derfor snakke om, at det er en fremtidens-nutid, som patienten lever i, hvor risikoen for fremtidig sygdom styrer, hvordan nutiden ser ud.

Ydermere så vi i forrige afsnit, at fokus skifter fra at være en bestemt sygdom og behandling, som er det, behandleren er interesseret i. I stedet er det patientens generelle sundhed og muligheden for at fejle andet end det, patienten oprindeligt blev diagnosticeret for, behandleren er interesseret i og knytter an til. Der opstår altså ikke mening om en bestemt sygdom i fremtiden, men derimod blot at der er mulighed for at blive syg i fremtiden. Denne fremtid ligger ud over den allerede synlige fremtid, hvor patienten er potentiel syg med diabetes, KOL eller depression. Det bliver derfor en fremtid, der er fremtid for en nuværende fremtid, der styrer, hvordan patientens nutid ser ud. En fremtidens fremtid. Her bliver det lidt abstrakt, men teknologierne synes at skabe en situation, hvor den kendte horisont af fremtider ikke længere er det, man orienterer sig efter, men derimod disse fremtidens fremtider.

I praksis kan vi snakke om, at når vi skal tage en beslutning om noget, så har vi en lang række potentielle muligheder (fremtider). Når en af disse aktualiseres, opstår en ny række potentielle

handlinger eller udfald. Det svarer til at åbne en dør i et rum fyldt med døre, træde ind i rummet og orientere sig blandt dette rums døre og muligheder. Det er på trods af kompleksiteten et ret overskueligt scenarie. Hvis vi i stedet begynder at interessere os for, hvad der er på den anden side af døren, inden vi træder ind ad den, så multipliceres mulighederne og kompleksiteten i det uendelige. Det er denne situation, som patienterne nu står i, når de indtræder i efterbehandlingen. Her handler det ikke om, at fremtiden indeholder et tilbagefald til den eksisterende diagnose, men derimod om patienten i en ukendt fremtid kommer til at blive syg af et eller andet igen. Det er hele muligheden for, at en af fremtiderne eller disses fremtider indeholder sygdom, der skaber mening om nutiden. Patienten skal agere, så risikoen for, at vedkommende rammes af en mulig sygdom i en af fremtiderne, som endnu ikke kendes, minimeres. Dermed bliver det ikke blot en fremtidens nutid, men en fremtidens fremtid, der styrer, hvordan patienternes nutid ser ud.

Når vi ser på Monarca app'en bliver det nye behandlingsrum og dets orientering i tid særligt interessant, og den er et ret konkret billede af, hvordan tid tænkes i efterbehandlingen. Monarca app'en åbner med et praktisk eksempel op for diskussionen om, hvordan den mulige fremtid bliver aktualiseret i nutiden. Med Monarca app'en, er det muligt at fremskrive patientens helbred på baggrund af de aktuelle registreringer i app'en. Som vi så i første del af analysen, så skaber det en situation, hvor patienten på baggrund af en mulig fremtidig nedtur skal ændre sin nutidige adfærd, inden der i registreringerne er tegn på en depression. Således skrives ikke bare fremtiden, hvor patienten begynder at få dårlige resultater i Monarca, men dennes fremtid, hvor disse resultater fører til en depression ind i nutiden, hvor patienten skal tage stilling til dem og ændre sin adfærd, så den fremtidige sygdom undgås.

Når jeg snakker om, at det bliver fremtidens fremtid og risikoen for at fejle noget, der styrer patienten i nutiden, så bliver det også interessant at undersøge om og hvornår behandlingen slutter. Når det er risikoen for fremtidig sygdom, som vi måske ikke kender til i dag, der styrer det sociale i efterbehandlingen, så bliver det også svært at se en ende på efterbehandlingsperioden. Der opstår en situation, hvor slutdatoen for overvågningen gennem teknologierne ikke synes at findes. Det åbner op for en uendelig cirkulation mellem tilstanden mellem at være potentiel syg og syg, der gør, at patienten aldrig kommer ud af systemet, når først vedkommende er blevet en del af det. Vi kan derfor snakke om, at behandlingen eller kontakten med sundhedssystemet først slutter, når patienten engang dør. Der opstår altså en situation i efterbehandlingen, hvor patienten ses som potentielt syg resten af livet og ikke har mulighed for at forlade denne tilstand igen, når velfærdsteknologien er

installeret mellem patienten og behandleren. Den endeløse behandling har jeg kaldt denne situation i overskriften, men der er nærmere tale om den potentielle behandlings vakuum, hvor patienten i en uendelig periode skifter mellem at være potentiel syg og ekskluderet på inklusionens præmisser og være syg og inkluderet i systemet, men altså aldrig kan forlade det igen.

Det sociale: Hvordan ændres forholdet mellem patient og læge?

Når patienten bliver styret gennem velfærdsteknologierne til at involvere sig og tage ansvar for sin egen behandling, så bliver der også skabt ny mening om forholdet mellem læge og patient i det nye behandlingsrum.

Når patienten i det nye behandlingsrum ses som potentiel syg, så er der også en konstant mulighed for, at lægen bliver aktualiseret over for patienten, hvis denne skulle gå fra at være potentiel syg til syg efter en dårlig registrering i teknologien. For patienten kommer den potentielle sygdom til at betyde, at lægen potentielt bliver indblandet i personens liv, hvis ikke patienten lykkes med at holde sig sund nok. Det autoritetsforhold, som blev beskrevet i den traditionelle sundhedslogik synes derfor ikke at gælde mere. Der var lægens rolle at styre patienten ved at tage autoritet og yde omsorg for patienten, så denne kunne blive rask igen. I det nye behandlingsrum synes lægens rolle i stedet at styre patienten gennem potentialet for, at lægen aktualiseres og yder behandling som i den traditionelle forstand. Det bliver mere idéen om at blive behandlet, der er behandlingen end behandlingen selv. Der opstår en situation, som minder om den, Carl Smith beskriver, når han beskriver, hvordan det politiske system er styret af potentialet for vold eller krig:

"But as an ever present possibility it [war] is the leading presupposition which determines in a characteristic way human action and thinking and thereby creates a specifically political behavior"
(Schmitt, 1932, s. 34)

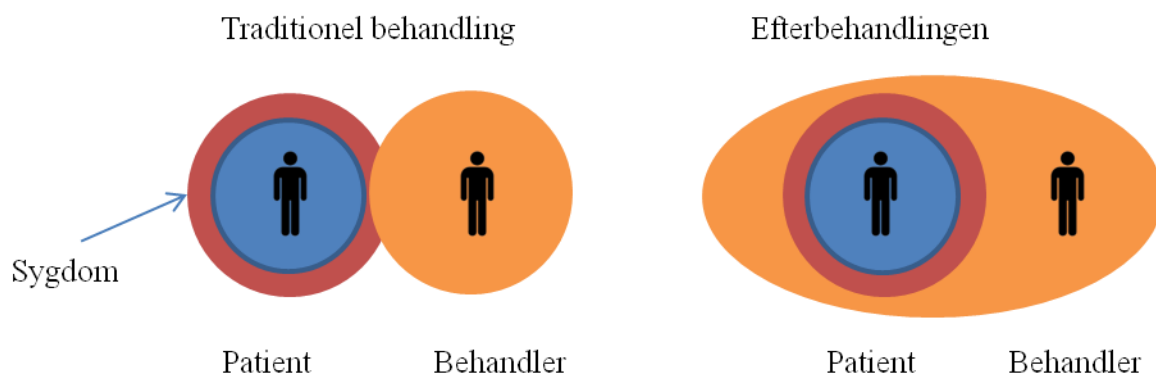
Det, der synes at styre patientens opførsel, er altså ikke den direkte involvering af lægen, men potentialet for, at lægen bryder ind, ligesom risikoen for krig ifølge Carl Schmitt styrer, hvordan det politiske udfolder sig blandt nationer eller befolkning. Dette argument kan godt lyde lidt ekstremt, men der er grund til at dvæle ved Carl Schmitts teori et øjeblik. For Carl Schmitt handler det ikke om, at alle stater skal have et ven-fjende forhold til alle andre stater, der er selvfølgelig også politik, der handler om ikke at have fjender. Men det styrende for politikken eller i dette tilfælde for patienten er stadig, at der er mulighed for det ekstreme: krig eller indlæggelse. Den neutrale stat ville ikke være neutral, hvis ikke fænomenet fjende fandtes, som ultimativt ville skabe en risiko for

krig. På samme måde kan vi sige, at det kan godt være, at der synes at opstå en situation, hvor det er det ultimative, der styrer patientens handlinger, nemlig risikoen for behandling. Uden at skulle tage den diskussion, så er behandling selvfølgelig ikke at sammenligne med krig, men med behandling kommer et nyt ultimatum, som kan være fratagelse af visse rettigheder, sociale relationer eller fornøjelser, som igen kan medføre en situation med nye ultimatum. Det bliver altså ikke blot frygten for behandling, som styrer patienten, men også risikoen for de videre konsekvenser af behandling, der styrer forholdet mellem patient og læge, på samme måde som potentialet for at skabe fjender, der fører til potentialet for krig styrer det politiske i stater.

I sidste afsnit kom jeg frem til, at det, der kommer i fokus og bliver sagen i forholdet mellem patient og behandler ikke længere er patientens sygdom, men patientens sundhed. Lægen kan nu ikke kun interessere sig for sygdommen, men også andre aspekter af patientens liv og livsstil. Mødet mellem patient og læge ændrer sig også med dette nye fokus.

I den traditionelle behandlingssituation kom patienten til lægen med en sygdom, som kunne adskilles fra patienten og blive behandlet. Patienten som menneske eller helhed opstod ikke for behandleren som en, der var interessant, dette ser vi for eksempel, når sygdomskoden knytter an til sygdom og ikke raskhed. Man kunne derfor lave en skilning mellem patient og sygdom, hvor sygdommen var noget i patienten, som havde sit egen system eller referenceramme, der ikke inkluderede resten af patienten. Når patienten var i kontakt med sundhedssystemet, var det derfor ikke patienten, men derimod sygdommen, som var i kontakt med behandlingssystemet. Patienten som person var blot med at praktiske grunde som bærer af sygdommen, og der var en forskel på patient og sygdom, hvor det, der blev inkluderet i behandlerens interessefelt, var sygdommen, mens patienten faldt udenfor denne inklusion og blev ekskluderet for interesse.

I efterbehandlingen virker det ikke til, at patient, sygdom og sundhed kan skilles ad. Når fokus skifter fra at være på sygdom til at være på patientens sundhed og livsstil, opstår der en ny relation mellem patient og behandler. Nu bliver patienten og dennes liv interessant for behandleren, der ser helheden frem for blot sygdommen og dennes system separat. Patienten bliver set som et samlet hele, og det er netop helhedsbilledet af patienten, som lægen kan kigge på og "behandle". Med dette syn på patienten og hvad, der er i fokus, åbnes der også op for, at det er patienten som helhed, der kan handles på, og altså ikke kun patientens oprindelige sygdom, som vil føre til en aktualisering af lægens tilstedeværelse og autoritet over for patienten. Jeg har illustreret dette skift i nedenstående figur, der viser, hvad behandlerens interessefelt er i den traditionelle behandling og i efterbehandlingen.



Figur 3 Behandlerens interessefelt i den traditionelle behandling og efterbehandlingen

I denne nye relation, synes der ikke at være noget, som lægen potentielt ikke kan blande sig i. For patienter med for meget på sidebenene kan dette nu gøres til genstand for lægens opmærksomhed og blive genstand for behandling, på trods af, at dette måske ikke var en del af den oprindelige behandling eller anbefaling. I et tænkt eksempel, kan man forestille sig, at lægen gennem de nye velfærdsteknologier får mandat til at kontrollere og styre dele af patientens liv, som aldrig før har været udsat for direkte styring. Således kan vi forestille os, at elementer af livet som forhold, fritid og madvaner i højere grad kommer ind i behandlerens søgelys med denne nye form for overvågning og styring, som opstår mellem patient og behandler.

Hvis vi for en afsluttende bemærkning vender tilbage til de forventninger til henholdsvis patient og læge, som blev fremanalyseret i sidste kapitel, kan vi se, hvordan disse forventninger lægger sig under denne nye sociale orden i efterbehandlingen. Her blev der skabt mening om en patientrolle, der aktivt deltager i behandlingen og er i stand til at lære, hvordan forskellige aktiviteter påvirker patientens helbred og dermed risiko for at blive syg. Over for denne patient, der har ansvar for eget helbred og nærmest pligt til at minimere egen risiko for sygdom, opstår behandleren som en, der skal lære patienten, hvordan dennes aktiviteter og risiko for sygdom hænger sammen. Dog forventes det også af behandleren, at denne bryder ind i patientens liv og tager ansvar for at behandle, hvis patienten er på vej ud i sygdom. Der opstår altså et pædagogisk forhold mellem patient og læge, hvor patienten udvikles mod at tage vare på sit eget helbred, men hvis ikke vedkommende er i stand til dette, så bryder behandleren ind og korrigerer patientens aktiviteter. Vi ser altså en patientrolle, der er givet et redskab til og ansvar for at holde sig sund, så risikoen for sygdom minimeres. Denne rolle er dog konstant overvåget og styret af muligheden for, at lægen aktualiserer sin autoritet over for patienten, der kan komme tilbage i behandling, hvis risikoen for sygdom viser sig. Lægen får dermed rollen som både den, der støtter og giver patienten frihed til at

være ekskluderet af sundhedssystemet, men holder stadig patienten inkluderet, da lægen kan aktualisere sin autoritet og yde behandling, hvis de registreringer, som velfærdsteknologien viser, ikke lever op til målet om at have et sundt helbred.

Opsamling

I dette kapitel har jeg skitseret det nye behandlingsrum, som opstår, når velfærdsteknologier installeres mellem patient og behandler. Teknologierne gør op med tanken om raskhed i sundhedssystemet og producerer i stedet en ny forskel, der er styrende for det sociale i dette behandlingsrum, som jeg har kaldt efterbehandlingen. Efter at have været gennem behandling og være blevet udskrevet opstår der nu mening om patienterne som potentielt syge. Det bliver forskellen mellem potentielt syg og syg, der styrer det sociale i efterbehandlingen. Dette sker som en konsekvens af, at patienterne ikke bliver ekskluderet af sygdomssystemet, når de udskrives. I stedet bliver de ekskluderet på det inkluderedes præmisser. Denne situation har også betydning for, hvordan der skabes mening om sag, tid og det sociale i efterbehandlingen. Som følge af potentialet for at blive syg, bliver fremtidens fremtid styrende for, hvordan der handles i nutiden. Patienten kan nu fejle mere end den oprindelige diagnose, og antallet af sygdomme, som patienten kan få, synes at være uendelig, når vi ser på fremtiden og dennes fremtid. Derfor gør det også noget ved det, som synes at være det interessante i kommunikationen, nemlig patientens helbred. Her sker der et skifte fra den traditionelle behandling, hvor det var sygdommen, der var det interessante, til nu at være patientens helbred, der er det interessante, fordi det kun er regulering af helbredet, der kan forhindre den myriade af sygdomme, som patienten har risiko for at få i fremtiden. Med dette nye fokus ændres den sociale relation mellem patient og læge også. Med overvågningen af patientens helbred kan lægen hele tiden aktualisere behandling, hvis teknologien registrerer en dårlig måling. Dermed bliver det risikoen for behandling, der synes at styre patienten i dennes forhold til behandleren.

I næste kapitel vil jeg diskutere mine resultater og deres generaliserbarhed med udgangspunkt i at udfordre dem med hjælp fra andre teoretikere, der har undersøgt det offentlige interesse for borgernes sundhed.

Kapitel 6: Et nyt rum eller et hjørne af et eksisterende rum?

I dette kapitel vil jeg diskutere og sammenligne de konklusioner, som specialet frem til nu er nået frem til. Hvor nyt er dette behandlingsrum, efterbehandlingen, og hvordan kan resultaterne fra specialet bruges til at forstå andre lignende problemstillinger eller afledte problemstillinger i sundhedssektoren og andre offentlige sektorer. Dette kapitel vil derfor svare på det sidste arbejdsspørgsmål: Hvad betyder disse resultater for det offentliges handlerum?

Det første spørgsmål, som man selvkritisk må spørge sig selv efter så lang og abstrakt en analyse og diskussion, er, om disse resultater overhovedet er nye og banebrydende, eller om jeg blot har beskrevet et allerede eksisterende fænomen med andre ord. Når jeg har beskrevet efterbehandlingen som et behandlingsrum, hvor patienterne ikke kan ekskluderes fra behandlingssystemet, men i stedet synes at være ekskluderet på det inkluderedes præmisser, og der kommer større fokus på patienternes sundhed frem for sygdom, så bliver det naturlige spørgsmål, om det er noget nyt, at det offentlige sundhedssystem interesserer sig for borgernes sundhed og ønsker at forbedre denne gennem sundhedsfremme? Det korte og helt banale svar vil være nej. Talrige personer har undersøgt, hvordan borgeres og patienters sundhed opstår som interessant for de offentlige institutioner. Michel Foucault har for eksempel skrevet detaljeret om det, han kalder *governmentality*, som er den situation, der ifølge ham opstår i midten af 1800-tallet, hvor borgernes sundhed opstår som interessant for styringen. Pludseligt opstår borgernes helbred og sundhed som noget, der kan reguleres og formuleres politik omkring (Foucault, 1991, s. 100). Det handler for Foucault om at styre befolkningen, så denne bliver så økonomisk og helbredsmæssigt sund som muligt. Hvis den almene raske borger allerede er udsat for styring af dennes sundhed med henblik på, at borgeren ikke må blive syg, altså at borgeren ses som potentielt syg, hvad er så forskellen på situationen før behandlingen og efterbehandlingen?

Når traditionelle teknologier som reklamer, oplysning, arkitektur og andre tiltag forsøger at forme borgernes liv mod det sundere, tydeliggøres en lignende interesse i borgerens sundhed fra det offentliges side (fx Andersen & Pors, 2014). Denne interesse synes at være på befolkningen som helhed og vil derfor også inkludere de patienter, som er fokus for dette speciale. Så interessen for deres helbred er altså til stede før, under og efter behandlingen.

Mit argument er, at der er forskel på, hvordan interessen i borgerens helbred ser ud før og efter behandlingen, og ikke mindst, så er især den sociale dimension markant anderledes før og efter behandlingen. I efterbehandlingen er der et meget tættere forhold mellem patient (borger) og

behandler (det offentlige), end der er før behandlingen. Før behandlingen bliver borgerne styret som en masse, hvor det er massens sundhed, vægt og kost-, ryge-, motionsvaner m.m., som forsøges ændret gennem de forskellige teknologier. Man forsøger altså at lave en generel ændring i befolkningen, som bygger på generelle tendenser og diagnoser. Styringen bliver derfor generel og baseret på, hvordan de overordnede tendenser i samfundet ser ud. I efterbehandlingen er det derimod den enkelte patients data og sundhed, der er udgangspunktet for, hvordan styringen tager sig ud. Her har patienten været gennem behandling for at komme til efterbehandlingen, hvilket har givet et mere nuanceret billede af patienten og dennes helbred. Det er altså en skræddersyet indsats, som patienten møder i efterbehandlingen, hvilket står i stærk kontrast til den generelle styring, som forsøges udført på hele befolkningen.

Netop den individuelle styring har også betydning for, hvilke konsekvenser det har, hvis patienten i efterbehandlingen ikke følger styringen eller yder modstand. I efterbehandlingen kan behandleren aktualisere sin autoritet over for patienten, som kan blive indlagt eller undergå yderligere behandling, hvis ikke styringen virker efter hensigten. Disse konsekvenser er ikke mulige at indføre, når hele befolkningen eller befolkningsgrupper søges styret gennem teknologier som reklamer, oplysning og arkitektur. Her kan det offentlige reagere over for masserne, men det er umuligt at justere styringen og sanktioner til den enkeltes behov.

Der er altså i efterbehandlingen et meget tættere forhold mellem patienten, der forsøges styret, og behandleren, der forsøger at styre patienten mod et sundere liv og bedre helbred. Denne tætte relation og muligheden for at sanktionere, hvis patienten ikke følger behandlingen, er de primære forskelle mellem tilstanden for det sociale rum før og efter behandlingen.

Med efterbehandlingen opstår således et rum, hvor det offentlige har mere direkte adgang til og mulighed for at styre borgernes helbred. Dette specielle rum giver behandleren en ny mulighed for med nye styringsteknologier at justere elementer af borgerens liv, som før har været ude af rækkevidde for det offentlige, nemlig borgerens livsstil og vaner i hjemmet.

Når jeg har fremanalyseret og argumenteret for, at velfærdsteknologierne skaber et unikt behandlingsrum, der åbner nye, særlige muligheder for styring, så bliver det næste spørgsmål naturligvis, hvordan denne viden kan bruges i andre dele af sundhedssektoren eller det offentlige generelt, og holder den klare adskillelse mellem før og efter behandlingen?

Går vi alle rundt med en velfærdsteknologi i lommen?

Når vi ved at bruge velfærdsteknologier installerer en ny form for styring, der er direkte målrettet den enkelte patient, opstår andre kommunale og nationale initiativer i et nyt lys. Denne form for styring synes ikke kun at gælde kronisk syge, men også patienter med mildere former for sygdomme. Kravet for at komme ind i efterbehandlingen behøver altså ikke være kronisk farlig sygdom, men kan nu også være en måde at "nå dem tidligt" og forebygge en potentiel udvikling af sygdom:

"For borgere med mildere psykiske lidelser er det kommunernes opgave at levere en tidlig indsats, så borgerne ikke får forværret deres lidelse og ender med en svær psykisk lidelse." (KL, 2013, s. 12)

Også børn, der er i fare for at udvikle overvægt og dertilhørende følgesygdomme, dukker op som interessante med dette blik på behandling og teknologier:

"[...] at bruge kendte teknologier som spilteknologierne wii og kinnect samt app's på smartphones til at aktivere unge ved hjælp af spil-lignende funktioner til fx at modvirke overvægt, at lave genoptræningsøvelser eller overvåge symptomer. Sådanne teknologier kan også bringes i anvendelse til at nå udsatte grupper, som kan være svære at nå med konventionelle tilbud." (KL, 2013, s. 9)

Med vores viden om velfærdsteknologiers betydning for styringen og deres installation af en uendelig potentialisering af sygdom, så er det altså interessant at se, at der i andre dele af sundhedsvæsenet nu dukker en lignende interesse op for at overvåge og stoppe en udvikling eller hændelse, som måske ikke er begyndt endnu. I stedet for at patienten indtræder i efterbehandlingen efter behandlingen på hospitalet, kan de nu træde ind i dette behandlingsrum efter at være diagnosticeret med en mild form for sygdom eller udvise særlig risiko for en sygdom. Grænsen for, hvornår en person får installeret en velfærdsteknologi, der skal styre denne person ud af potentiel sygdom synes altså at rykke tidligere ind i forløbet. Børn, der har risiko for at udvikle overvægt, kan gennem spil og andre forbrugsteknologier blive overvåget og styret af en behandler gennem teknologien. Velfærdsteknologierne gør dermed forskellen på før og efterbehandlingen mindre og mindre, når styringen i højere grad installeres i teknologier, som ikke først kræver en indlæggelse som fx spillemaskiner eller smartphones.

Vi ser derfor en udvikling mod, at mere personificerede teknologier kan medføre, at der opstår potentielt syge individer og ikke en potentielt syg befolkning. Grænsen for, hvornår denne potentialisering slutter synes ikke klar. Vil vi i fremtiden se potentielt kriminelle, når en fange er blevet løsladt efter at have afsonet sin straf? Eller vil denne potentialisering ske endnu tidligere, måske inden første lovovertrædelse? Vil personer, der har været på offentlig understøttelse være, men nu er kommet i arbejde, være potentielt arbejdsløse? Vil personer, der har betalt sin gæld til det offentlige ses som potentielle debitorer? Spørgsmålet er, om de får den rolle tilbage, som de havde, inden de havde kontakt med det offentlige, eller om de holdes inde i systemet som borgere, der potentielt har brug for hjælp i fremtiden. Med udgangspunkt i velfærdsteknologierne på sundhedsområdet synes mulighederne for overvågning af den individuelle borger altså at åbne op for diskussionen om, at vi i fremtiden vil blive styret mere individuelt og med mulighed for at blive korrigeret af en autoritet, hvis udviklingen ikke følger den foreskrevne retning.

Opsamling

Med denne overvågning og installering af en potentiel sygdom blandt den enkelte borger, bliver det offentlige nu i stand til at udøve en ny form for mere personificeret og individuel styring, som bliver mere og mere udbredte i takt med, at teknologier udvikles og kan kobles op til en (sags)behandler i det offentlige. Det nye behandlingsrum er unikt i forhold til den styring af befolkningen, som vi tidligere har set forsøgt gennem oplysning, reklamer og indretning af samfundet.

Velfærdsteknologier giver en ny mulighed for at styre individet og overvåge parametre, som før var utilgængelige for det offentlige. Velfærdsteknologierne i dette speciale henvender sig til patienter, der har været gennem behandling i sundhedssystemet, men nogle af eksemplerne fra denne perspektivering viser, at der også eksisterer introduktion af teknologier tidligere i forløbet ved for eksempel overvægtige børn og personer med svag depression. Dermed er en ikke usandsynlig udvikling, at de styringstilstande, som vi ser i behandlingsrummet, kan brede sig til før behandlingen og nedbryde den forskel, der lige nu er mellem de to sociale rum.

Kapitel 7: Konklusion

Dette afsnit afrunder specialet ved at samle op på de resultater, jeg er kommet frem til, og svare på problemformuleringen: Hvordan producerer nye velfærdsteknologier en ny forståelse af sygdom og behandling?

Digitaliseringen har banet de første skridt mod, at det bliver nemmere og mere tilgængeligt at overvåge sit helbred og være i kontakt med sundhedssystemet hjemmefra. Dette speciale har undersøgt, hvilken påvirkning denne introduktion af velfærdsteknologier har for, hvordan der produceres en ny forståelse af sygdom og behandling som konsekvens af dette. Udgangspunktet for undersøgelsen har været, at velfærdsteknologier ikke blot er uskyldige teknologier, men derimod går ind og påvirker det sociale rum, som de indgår i.

Det første jeg undersøgte var derfor, hvordan velfærdsteknologierne agerer som styringsteknologier. Her ser jeg styring som noget, der mindsker en forskel mellem aktuel position og mål, og styringsteknologier som nogle, der hjælper med at synliggøre denne "rejse", som den styrede er på. De tre velfærdsteknologier i denne opgave virker som styringsteknologier ved, at de på baggrund af indtastet data om patientens helbred fortæller patienten, om vedkommende skal korrigere sin adfærd, så patienten kommer på rette kurs igen. Med andre ord giver teknologierne patienterne en mulighed for at monitorere og styre deres eget helbred for at undgå fremtidig indlæggelse eller behandling. Ved at visualisere hvordan patientens helbred er, styrer de patienten mod at gøre mere af det, der bringer resultaterne den rigtige vej og mindre af det, der medfører, at resultaterne går den forkerte vej. Derudover bliver behandlerens råderum forlænget til patientens hjem. I nogle af teknologierne kan behandleren bryde ind i patientens liv og opstarte behandlingen igen, hvis vedkommende registrerer en dårlig måling. Med disse egenskaber dannes der også nye forventninger til, hvad det vil sige at være patient og behandler.

Efter patienten forlader behandlingen, bliver det nu hans rolle at monitorere sig selv og undgå fremtidig sygdom og behandling. Patienten er altså en, der kan lære at bruge velfærdsteknologierne til at vurdere sin sundhed og ændre sine vaner, hvilket før var noget, som behandleren stod for. Patientrollen handler altså om, at patienten ikke blot tager imod behandling, når vedkommende er indlagt, men selv skal minimere risikoen for fremtidig sygdom og behandling ved at uddanne sig til at forvalte eget helbred på en måde, som behandleren før gjorde. At patienten stadig er i kontakt med sundhedssystemet på trods af, at han er udskrevet, er også nyt, og det sætter derfor også nye forventninger til behandleren, som dels opstår i en mere undervisende og superviserende rolle, når han skal lære patienten at blive selvbehandlende. Derudover bliver det behandlerens rolle at

overvåge patientens helbred gennem velfærdsteknologierne. Behandleren giver altså patienten frihed under ansvar, men har mandat til at bryde ind og igangsætte behandlingen igen.

Denne situation, hvor patientens og behandlerens rolle synes at være ændret i forhold til den traditionelle behandling, beskriver jeg derfor som et nyt behandlingsrum, efterbehandlingen, der opstår efter patientens indlæggelse. Patienten er hverken ekskluderet fra sundhedssystemet, men er heller ikke under behandling mere. Der opstår derimod en situation, hvor patienten er ekskluderet på inkluderede præmisser, altså ikke indlagt, men med mulighed for at modtage behandling, hvis behandleren gennem resultater fra velfærdsteknologien vurderer, at det er nødvendigt. Der bliver skabt mening om en patient, der ikke er rask, men derimod potentielt syg. Det vil sige, at i behandlingsrummet er der fokus på en mulig fremtid, hvor patienten igen bliver syg og kræver behandling. Da den synlige fremtid og dennes fremtider kan indebære sygdomme, som hverken behandler eller patient kan forudsige, bliver det interessante ikke længere at behandle den enkelte sygdom, men derimod at forebygge dem alle ved at fokusere på patientens generelle helbred og livsstil, der dukker op som løsningen på, hvordan patienten kan undgå fremtidig sygdom.

Med udviklingen i roller og styringsteknologiernes indtræden i patienternes privatliv synes der at blive skabt mening om, at det nu ikke længere er patientens sygdom, der fokuseres på i efterbehandlingen. Når der opstår mening om, at det er patientens sundhed og generelle helbred, der er i fokus, ændrer dette også, hvordan forholdet mellem patient og behandler opstår i efterbehandlingen. Det giver behandleren mulighed for at styre dele af patientens helbred, som før ikke opstod som interessante i behandlingen. For behandleren opstår patienten nu som et helt menneske, og ikke blot som bærer af sygdommen, som før var det interessante for behandleren. Behandleren kan således skride ind og behandle dele af patientens liv, som før ikke var mål for behandling.

Denne situation medfører også, at muligheden for, at behandleren igangsætter behandling, synes at være det, der styrer styringen i forholdet mellem patient og behandler. Det er risikoen for, at lægen aktualiseres som autoritet over for patienten, der betyder, at patienten følger den plan og ændrer sin livsstil, som medfører, at vedkommendes risiko for at have brug for behandling bliver så lille som mulig.

Slutteligt konkluderer dette speciale, at de resultater, jeg har beskrevet, skaber et unikt rum, hvor behandlere i modsætning til sundhedsfremmende tiltag generelt, kan styre det enkelte individ på baggrund af dette individs personlige data. Dog viser perspektiverende eksempler, at der med dette

nye blik på teknologier opstår nye lignende behandlingsrum i andre situationer, hvor en teknologi installeres i forholdet mellem en offentlig instans og borgeren. Samtidig ses en mulighed for, at teknologierne indsættes tidligere i forløbet, inden der er sket en egentlig behandling, og teknologierne får derfor i nogle tilfælde mere forebyggende karakter.

En afsluttende bemærkning

Hvis vi fører disse resultater op på et samfundsniveau, så kan vi sige et par ting om den type samfund, som disse velfærdsteknologier og lignende teknologier skaber eller underbygger.

Indledningsvist i dette speciale var det især tanker om, at det offentlige skulle spare penge og muligheden for at gøre det lettere for patienten at blive behandlet, der stod som argumenter for, at digitalisering og velfærdsteknologier var det, man skulle satse på. Når dette speciale viser, at borgere, der kommer i kontakt med det offentlige ikke kommer ud af deres interessefelt, så det tvivl ved, om velfærdsteknologier er løsning, der forenkler sundhedssystemet i Danmark, eller om det i stedet skaber en højere kompleksitet, når gradvist flere og flere borgere skal under overvågning og potentielt behandles. Med en befolkning, der er potentielt syg, skal sundhedssystemet også være klar til at modtage de ekstra patienter, som nu skal behandles som følge af, at deres helbred er overvåget.

Som beskrevet i det forrige kapitel, så er det en mulighed, at teknologierne indtræder i forholdet mellem borger og det offentlige, før borgeren har fået en diagnose eller har været igennem et forløb hos det offentlige. Hvis det skulle være tilfældet, at udviklingen går denne vej, så kan vi forestille os et samfund, der bygger på de tanker om governmentality, som Foucault præsenterer, men med aspekter af individualiseret overvågning og indgriben, som vi ser det er tilfældet med de velfærdsteknologier, som er blevet præsenteret i dette speciale. Et sådan samfund har en beskrivelse, der lyder slående meget, som noget vi ellers kun finder i John Orwells "1984", og vil lede til helt nye problemstillinger med den modstand, som muligvis vil opstå som reaktion på denne styring.

Metodiske overvejelser og refleksioner

Dette speciale er skrevet med udgangspunkt i en analysestrategi inspireret af Niklas Luhmanns systemteori, der sætter forskelle som genstand for analysen. De styrende genstandsfelter i analysen har derfor været forskellene mellem rask og syg, problem og løsning og styret og styrende. Min hensigt med opgaven har været at se på, hvordan de forskellige sider af forskellen bliver konditioneret, samt hvilken betydning dette har for den behandling, som bliver tilbudt i det

offentlige sundhedssystem. Når jeg ser verden som kommunikation, der kun kan iagttages gennem forskelle, betyder det også, at der er nogle ting, som jeg ikke kan se, ting som ikke bliver fanget i det teoretiske net, som jeg kaster ned over problemstillingen. Min analysestrategi tager for eksempel ikke fat i, hvilke strukturer eller scripts, der styrer interaktionen mellem patient og behandler, samt hvordan disse scripts ændres efter teknologiernes indtræden i dette forhold. At udforske problemstillingen med udgangspunkt i relationen eller netværket i stedet for teknologien vil derfor kaste et nyt lys på problemstillingen, som vil kunne bidrage med at beskrive denne forandring på et andet niveau.

En videre undersøgelse af denne problemstilling kunne derfor ske med udgangspunkt i aktør netværks teorien, der netop har netværk som sit genstandsfelt. Med udgangspunkt i denne teori vil det være muligt at se på, hvordan netværket ændres, og hvordan de forskellige aktører, som både kan være humane og nonhumane, forsøger at skabe mening om netværket. I en sådan analyse vil netværkets opståen og de forskellige aktørers forsøg på at repræsentere netværket blive opgavens hovedtema, hvorfor en sådan analyse vil kunne bidrage til at af-selvfølgeliggøre nogle af de konklusioner om roller og forventninger til patienterne og behandlerne, som denne opgave har præsenteret.

Bibliografi

- Diabetes Foreningen. (21. Januar 2015). *Indlæggelse på sygehuset*. Hentede 2. Maj 2017 fra diabetes.dk: <http://www.diabetes.dk/boern-og-unge/mit-barn-er-ny-med-diabetes/indlaeggelse-paa-sygehuset.aspx>
- Andersen, N. Å. (1999). *Diskursive analysestrategier*. Frederiksberg: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- Andersen, N. Å. (2006). *Partnerskabelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, N. Å., & Pors, J. G. (2014). *Velfærdsledelse: Mellem styring og potentialisering*. Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, N. Å., & Thygesen, N. T. (Nr. 73 2004). Styringsteknologier i den selvudsatte organisation. *Grus*, s. 8-29.
- Depressionsforeningen. (2017). *Behandling*. Hentede 2. Maj 2017 fra depressionsforeningen.dk: <http://depressionsforeningen.dk/behandling-2/>
- Depressionsforeningen. (2010). *Hvad kan du gøre?* Hentede 2. Maj 2017 fra depressionsforeningen.dk: <http://depressionsforeningen.dk/hvad-kan-du-goere/>
- Depressionsforeningen. (1. Juli 2009). *Op på en hest*. Hentede 12. Maj 2017 fra depressionsforeningen.dk: <http://depressionsforeningen.dk/op-pa-en-hest/>
- Digitaliseringsstyrelsen. (2013). *DEBATOPLÆG OM DEN KOMMENDE FÆLLESOFFENTLIGE STRATEGI FOR DIGITAL VELFÆRD*. København: Digitaliseringsstyrelsen.
- Digitaliseringsstyrelsen. (11. November 2016). *Landsdækkende udbredelse af telemedicin til borgere med KOL senest med udgangen af 2019*. Hentede 3. Marts 2017 fra Digitaliseringsstyrelsen: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Udbredelse-af-telemedicin-til-borgere-med-KOL>
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.

Folker, M. P., Rasmussen, J., Pedersen, K. F., Brocks, N., & D'Auchamp, A. (2014). *Digital Mental Sundhed: Kortlægning og technology roadmap for digitale værktøjer til fremme af mental sundhed og selvhjælp ved psykisk sygdom*. København: Teknologisk Institut.

Foucault, M. (1991). *The Foucault Effect*. Chicago: The University of Chicago Press.

Frydensbjerg, M. B., Christensen, J. B., Jensen, M.-B. K., & Kidholm, K. (2015). *Erfaringsopsamling i forbindelse med Udbredelse af Telemedicinsk Hjemmemonitorering*. Odense: Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT).

Jarlner, M., & Østerlin Koch, T. (26. Januar 2017). *Danmark får som det første land i verden en digital ambassadør*. Hentede 27. Februar 2017 fra Politiken:
<http://politiken.dk/udland/art5806849/Danmark-f%C3%A5r-som-det-f%C3%B8rste-land-i-verden-en-digital-ambassad%C3%B8r>

Keizers, H. (28. September 2016). *Om telemedicin og et liv med KOL*. Hentede 18. April 2017 fra Rm.dk: http://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/kol-projektet/tilborgere/personlig_beretning_om_telemedicin_til_kol_hjoridis.pdf

KL. (2013). *Kommunernes strategi for telesundhed*.

Knudsen, M. (2008). Sygdomssystemet - og andre sociale systemer. I J. Gintberg Jensen, & B. Pedersen Haa, *Sundhedsvæsenet i et konstruktivistisk perspektiv* (s. 15-34). København: Forlaget UP.

Kongensgaard, K. (Januar 2014). Mere konkurrence og større markedsåbning kan effektivisere sundhedsvæsenet. *Dansk Erhvervs Avis*, 6-7.

Krag, A., Nielsen, E., & Hansen, B. (2013). *NATIONAL STRATEGI FOR DIGITALISERING AF SUNDHEDSVÆSENET 2013-2017*. København: pekema danmark as.

La Cour, A. (2017 (ikke udgivet)). *Når velfærdsteknologier holder mere, end de lover*. København.

Laclau, E. (1986). Hegemoni - en ny social logik. I E. e. al., *Politisk strategi i firserne* (s. 105-117). Aurora.

Laclau, E. (2002). Hvorfor betyder tomme udtryk noget i politik? I E. Laclau, & C. Mouffe, *Det radikale demokrati - diskursteoriens politiske perspektiv* (s. 135-146). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Laclau, E., & Mouffe, C. (2002). Hensides det siciales positivitet. I E. Laclau, & C. Mouffe, *Det radikale demokrati - diskursteoriens politiske perspektiv* (s. 37-100). Frederikseberg: Roskilde Universitetsforlag.

Luhmann, N. (1998). Erkendelse som konstruktion. I M. Hermansen, *Fra læringens horisont* (s. 163-182). Århus: Klim.

Luhmann, N. (1997). Limits of steering. *Theory, culture and society* , 41-57.

Luhmann, N. (2000 (1984)). *Sociale systemer* . København: Hans Reizels Forlag.

Luhmann, N. (1990). *Soziologische aufklärung 5 - konstruktivistische perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Luhmann, N. (1990). Technology, environment and social risk: a systems perspective. *Industrial Crisis Quarterly* , 223-231.

Luhmann, N. (1982). The world society as a social system. *International Journal of General Systems* , s. 131-138.

Lungeforeningen. (10. September 2016). *Patienthistorier om KOL*. Hentede 17. Februar 2017 fra Lungeforeningens hjemmeside: <https://www.lunge.dk/digital-behandling-giver-ole-tryghed>

Lønstrup, L. (24. September 2016). *Offentlig digitalisering trumfer retssikkerheden*. Hentede 27. Februar 2017 fra Djøfbladet: <http://www.djoefbladet.dk/blad/2016/15/offentlig-digitalisering-trumfer-retssikkerheden.aspx>

Monarca patientvejledning. (u.d.). *Monarca patientvejledning*. Hentede 12. April 2017 fra itu.dk: http://www.itu.dk/~madsf/download/MONARCA_patient_guide.pdf

Odense Universitets Hospital. (1. September 2016). *Telemedicinsk enhed*. Hentede 12. Maj 2017 fra ouh.dk: <http://www.ouh.dk/wm396702>

Oxvig, M. (5. Juni 2016). *Regioner i budgetopgør: Regeringen kræver milliardbesparelser*.

Hentede 27. Februar 2017 fra Jyllands Posten: <http://jyllands->

posten.dk/politik/ECE8734288/regioner-i-budgetopgoer-regeringen-kraever-milliardbesparelser/

Patient@home. (2012). *Telemedicinsk rehabilitering af patienter med svær KOL*. Hentede 8. April

2017 fra Patientathome.dk: <http://www.patientathome.dk/projekter/telemedicinsk-rehabilitering-af-patienter-med-svaer-kol.aspx>

Region Hovedstaden. (22. marts 2012). *Ny app kan være guld værd for mennesker med psykisk*

sygdom. Hentede 6. April 2017 fra Psykiatri - Region H: [https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-](https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyhedsarkiv/Nyhedsarkiv-2012/Sider/Ny-app-kan-vaere-guld-vaerd-for-mennesker-med-psykisk-sygdom.aspx)

[og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyhedsarkiv/Nyhedsarkiv-2012/Sider/Ny-app-kan-vaere-guld-vaerd-for-mennesker-med-psykisk-sygdom.aspx](https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyhedsarkiv/Nyhedsarkiv-2012/Sider/Ny-app-kan-vaere-guld-vaerd-for-mennesker-med-psykisk-sygdom.aspx)

Region Hovedstaden. (22. September 2016). *Til fagfolk*. Hentede 17. Februar 2017 fra Region

Hovedstadens hjemmeside: [https://www.regionh.dk/til-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/telemedicin/Hvad%20er%20telemedicin/Sider/Kort%20om%20telemedicin.aspx)

[fagfolk/Sundhed/telemedicin/Hvad%20er%20telemedicin/Sider/Kort%20om%20telemedicin.aspx](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/telemedicin/Hvad%20er%20telemedicin/Sider/Kort%20om%20telemedicin.aspx)

Region Syddanmark. (7. Maj 2012). KOL kufferten er en stor succes. *Workshop* . Odense.

Schmitt, C. (1932). *The concept of the political - Expanded version*. Chicago: University of

Chicago Press.

Stage, M. (11. juni 2010). *Ekspert i telemedicin advarer:»Supersyge-husene skal ligge hjemme hos*

patienterne«. Hentede 30. April 2017 fra Ingenøren: [https://ing.dk/artikel/ekspert-i-telemedicin-](https://ing.dk/artikel/ekspert-i-telemedicin-advarersupersyge-husene-skal-ligge-hjemme-hos-patienterne-109548)

[advarersupersyge-husene-skal-ligge-hjemme-hos-patienterne-109548](https://ing.dk/artikel/ekspert-i-telemedicin-advarersupersyge-husene-skal-ligge-hjemme-hos-patienterne-109548)

Telemediciner.dk. (28. August 2012). *Telemedicin skal hjælpe diabetikere i København*. Hentede

24. Marts 2017 fra telemediciner.dk: [http://telemediciner.dk/nyheder/2012/telemedicin-skal-](http://telemediciner.dk/nyheder/2012/telemedicin-skal-hjaelpe-diabetikere-i-koebenhavn)

[hjaelpe-diabetikere-i-koebenhavn](http://telemediciner.dk/nyheder/2012/telemedicin-skal-hjaelpe-diabetikere-i-koebenhavn)

Telemedicinsk Videncenter, Region Hovedstaden. (2014). *KORTLÆGNING AF*

TELEMEDICINSKE INITIATIVER.

Thomsen, L. O. (19. April 2017). *Fra telemedicin til telesundhed*. Hentede 29. April 2017 fra

Kommunernes Landsforening: [http://www.kl.dk/Sundhed/Fra-telemedicin-til-telesundhed-](http://www.kl.dk/Sundhed/Fra-telemedicin-til-telesundhed-id126933/)

[id126933/](http://www.kl.dk/Sundhed/Fra-telemedicin-til-telesundhed-id126933/)

Thygesen, N. T. (2003). Hvordan iagttages ledelse som styringsteknologi? I H. Højlund, & M. Knudsen, *Organiseret kommunikation: systemteoretiske analyser* (s. 289-309). København: Samfundslitteratur.

Thygesen, N. T. (2004). Hvordan styringsteknologi gør ledelse mulig. I D. Pedersen, *Offentlig ledelse i managementstaten* (s. 137-158). Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

videnplus. (18. Februar 2013). *Brug af telemedicin i behandlingen af patienter med type 2 diabetes*. Hentede 3. Marts 2017 fra youtube.com: https://www.youtube.com/watch?v=kMWI7Q-_z-o&feature=youtu.be