



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Sosial ulikhet i helse hos eldre**

En diskursanalyse av hvordan eldre posisjoneres i Meld. St. 15 (2017-2018) – Leve hele livet

Ane Marte Sollied Vardenær

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid 3961 mai 2022

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.1.1 <i>Den norske velferdsstatens tilblivelse og utvikling</i> .....	2
1.1.2 <i>Sosial ulikhet i helse</i> .....	4
1.1.3 <i>Politiske strategier for å utjevne sosial ulikhet i helse</i> .....	6
1.2 BAKGRUNN FOR FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	8
1.2.1 <i>Forskningsspørsmål</i> .....	10
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR OG AVGRENSING .....	10
<b>2 TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>11</b>
2.1 VITENSKAPSTEORETISK GRUNNLAG FOR DISKURSANALYSE .....	11
2.2 TEORIER OM SOSIAL ULIKHET I HELSE .....	11
2.3 TEORIER OM DISKURS OG SPRÅK .....	14
2.3.1 <i>Foucaults diskursteori</i> .....	16
2.3.2 <i>Faircloughs diskursteori</i> .....	17
2.3.3 <i>Carol Bacchi – What’s the problem represented to be? - diskursanalytisk verktøy</i> .....	17
<b>3 METODISK OG ANALYTISK TILNÆRMING.....</b>	<b>19</b>
3.1 DISKURSANALYSE SOM METODEVALG – OM Å UTFØRE EN DISKURSANALYSE AV LEVE HELE LIVET .....	19
3.2 FORSKERPOSISJON OG REFLEKSJON RUNDT VALG AV METODE.....	21
3.3 ANALYTISK FRAMGANGSMÅTE .....	22
3.4 DATAMATERIALET .....	24
3.4.1 <i>Om dokumentet:</i> .....	24
3.5 DISKURSANALYTISK VERKTØY .....	26
3.6 ANALYSESPØRSMÅL.....	27
3.6.1 <i>Hva er problemet presentert som?</i> .....	27
3.6.2 <i>Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for framstillingen av problemet?</i> .....	27
3.6.3 <i>Hva er opprinnelsen til presentasjonen av problemet?</i> .....	28
3.6.4 <i>Hva er ikke problematisert i framstillingen av problemet? Hva er stillhetene?</i> .....	28
3.6.5 <i>Hvilke effekter kan problemforståelsen og framstillingen av problemet føre til?</i> .....	28
3.6.6 <i>Hvordan kunne tiltak og konsekvenser sett annerledes ut?</i> .....	29
<b>4 WPR-ANALYSE AV LEVE HELE LIVET .....</b>	<b>30</b>
4.1 NY BÆREKRAFTIG POLITIKK .....	30
4.2 AKTIV ALDRING .....	32
4.3 UFORMELL OMSORG .....	41
4.3.1 <i>Frivillighet:</i> .....	41
4.3.2 <i>Pårørende</i> .....	43

4.4	DET GODE LIV .....	46
4.5	HVA ER DET SOM IKKE PROBLEMATISERES I LEVE HELE LIVET? .....	49
<b>5</b>	<b>KONSTRUKSJONEN AV DEN NYE ELDREGENERASJONEN .....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER .....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>65</b>

## **Forord**

Tre år med masterstudier er snart over, og jeg er takknemlig for det privilegiet det er å få være student. Takk til dyktige lærere og forelesere for godt faglig innhold i forelesninger, gode diskusjoner og veiledning. Særlig takk til Rolf Markussen som har veiledet meg i arbeidet mitt med masteroppgaven.

Takk til alle medstudenter ved helsefaglig utviklingsarbeid; makan til inspirerende gjeng!

Mest av alt - hjertelig tusen takk til min kjære Jørgen for at du har stilt opp på alle mulige vis, og takk til vår kjære Johannes – du er en lykke i livet! Takk til min kloke, snille, støttende mamma for at du har inspirert meg til å studere og lære mer.

# 1 Innledning

Denne studien har fokus på sosial ulikhet i helse hos eldre i Norge. Økende ulikheter i helse hos eldre utfordrer folkehelsepolitikken og vil bli stadig viktigere i fremtidens velferdssamfunn.

Helsepolitikk påvirker strukturer og rammer for helse- og omsorgstjenesten, både i akademisk og klinisk arbeid. Helsepolitikken legger føringer for forvaltningspraksis og prioriteringer, og har innvirkning på tilbudet til mottakere av helse- og omsorgstjenester. Med utgangspunkt i språk, begrep og formuleringer brukt i et helsepolitisk styringsdokument, analyseres det hvordan eldre posisjoneres. Funn fra analysen diskuteres i lys av teori og kunnskap om sosial ulikhet i helse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

En rapport fra Folkehelseinstituttet (2018) viser at statistisk sett er folkehelsen forbedret og den generelle levealder i den norske befolkningen har økt i de siste tiårene (FHI, 2018). Økningen i forventet levealder som eneste indikator på folkehelsestanden kan bidra til å tildekke andre viktige aspekter ved den norske folkehelsen. Undersøkelser fra Statistisk sentralbyrå (SSB 2017; 2021) viser at for personer med høyere utdanning og høy lønn har forbedringen i helsetilstand gitt større utslag, enn hos personer med lavere utdanning og lav inntekt, og at utsiktene for en lang og god alderdom viser variasjon.

Demografiske endringer og framtidens mangel på helsepersonell, og økt antall eldre med behov for helse- og omsorgstjenester, er en forventet og varslet krise (KS, 2019; SSB, 2019). En demografisk endring som innebærer økning i antall eldre kan føre til økt etterspørsel av helse- og omsorgstjenester og dermed utfordre velferdsstaten med økte offentlige utgifter. Det ses samtidig et synkende antall yrkesaktive som kan bidra til å finansiere velferdsstaten. Parallelt viser forskning at sosial ulikhet i helse vedvarer (KS, 2019; SSB, 2017; SSB, 2021).

Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) er det få norske studier som spesifikt har undersøkt sosial ulikhet i helse blant eldre. Av studier som er gjort (Moe et al, 2012; Kinge et al, 2015) viser det seg at sosioøkonomiske forhold tidlig i livet fortsetter inn i alderdommen. Dette forklares med at eldre med lav sosioøkonomisk status statistisk sett har flere sykdommer og helseplager enn eldre med høy sosioøkonomisk status. I en rapport fra verdens helseorganisasjon (WHO,

2014) som omhandler aldring og helse, fremheves det at den eldre delen av befolkningen som gruppe som har minst ressurser til å ta hånd om sin egen helse (Beard et al, 2015; Folkehelseinstituttet, 2018; WHO, 2014). Økende ulikheter i helse hos eldre utfordrer folkehelsepolitikken og vil bli stadig viktigere i fremtidens velferdssamfunn (Moe et al, 2012; Kinge et al, 2015).

### **1.1.1 Den norske velferdsstatens tilblivelse og utvikling**

Schiøtz (2019) beskriver i sin artikkel hvordan det i Norge på 1700-tallet ble iverksatt offentlige tiltak mot sosial nød. Sosiale problemer, fattigdom, manglende arbeidsevne og selvforsørgelse, var tidligere først og fremst var overlatt til familie, men også til legdeordninger og kirkesogn. Dette skulle nå i større grad ivaretas av stat og kommune gjennom fattigskatt og ordninger som sikret samfunnet som helhet. Det var et tydelig skille der de såkalt «uverdige» ble sett på som selvforskyldt fattige. Institusjoner som tukthus og arbeidshus ble opprettet tiltenkt arbeidsløse og betlere - omtalt som et tilbud til «uverdige fattige». I tillegg ble barnehjem og hospitaler etablert som tilbud til «verdige» fattige. Det rådet en forståelse om at staten hadde ansvar for å skaffe arbeid og underhold til fattige, men også sørge for helseomsorg. Det ble nedfelt i lov at alle mennesker hadde rett på offentlig helsehjelp. Stadig fattige og svake med behov for stønad og omsorg, førte til at fattigloven ble innført med mål om å senke fattigutgiftene. Fattighjelpen skulle nå behøvsprøves, statens ansvar tones ned, og enhver ble «sin egen lykkes smed».

Stadig økning i befolkningsvekst, sentralisering og industrialisering preget de siste tiårene av 1800-tallet, og satte press på ordningene. Kirkesamfunn og ulike frivillige og filantropiske foreninger var blant bidragsyterne i det som utviklet seg til å bli et privat omsorgssystem for de svakeste i samfunnet.

Som svar på truende revolusjonære og samfunnstruende krefter fikk staten på 1900-tallet en solidarisk funksjon, og politikken skulle bidra til å skape mer rettferdig fordeling i samfunnet. Språkbruken om de som mottok støtte fra staten endret seg, og forsorgsvesenet erstattet fattigvesenet.

Etablering av velferdsstat etter andre verdenskrig innebar et skifte i norsk historie, og skilte seg fra tidligere styringssett ved at ordningen gikk fra å være behøvsprøvde og selektive ytelser finansiert etter det Schiøtz (2019) kaller forsikringsprinsippet, til å bli universelle og rettighetsorienterte ordninger finansiert over skatteseddelen (2019). Det ble innført offentlig

administrasjon med lovgivning, utforming av regler og retningslinjer, og tydelig skille mellom privat og offentlig sektor. Et av hovedmålene med velferdsstaten var en solidarisk omfordeling som skulle sikre landets innbyggere minimumsinntekt og velferdsordninger uten behovsprøving som ga verdighet i levekår uavhengig av prestasjon i arbeidslivet og medfødt sosial samfunnsstatus. Barnetrygd, arbeidsledighetstrygd, syketrygd og allmenn alderstrygd ble innført og samlet i folketrygden på midten av 1960-tallet. (Vike, 2011; Schiøtz, 2019; Sandvin, Vike & Anvik, 2020) .

Velferdsstaten omfatter offentlige ordninger som utdanningsinstitusjoner, sosialpolitiske ordninger som alders- og uførepensjon, familiepolitiske ordninger som barnetrygd og foreldrepensjon, og helse- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie, sykehus og sykehjem. Helsesektoren er en av de største offentlige sektorene vi har og utgjør et av kjerneelementene i velferdsstaten (Vike, 2011; Sandvin, Vike & Anvik, 2020).

Velferdsstatens idegrunnlag er basert på likhetsidealet som var og er en viktig sosialdemokratisk verdi. Befolkningen opparbeider seg velferdsstatsrettigheter gjennom skatter og avgifter og ulike former for inntektsgivende arbeid. I omfordelingsprinsippet ligger blant annet at alle skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, eksempelvis ved funksjonstap som vanskeliggjør inntektsgivende arbeid, sykdom eller alderdom (Vike 2004; Vabø 2014). Vike (2004) poengterer at tillit har vært den drivende verdiskaperen i den norske velferdsstaten, og at tillit er en størrelse som vanskelig lar seg skape, kjøpe og selge, beregne og kontrollere.

Tillitt er imidlertid lett å ødelegge, men utgjør grunnsteinen i velferdsstatens styring og økonomiske forutsetninger (2004, s. 50). De sosialdemokratiske verdiene forankret i rettigheter og plikter som å «betale sin skatt med glede» er samtidig en garanti om at vi vil bli tatt vare på av velferdsstaten når vi trenger det.

Utover 1970- og 1980-tallet ble velferdsstaten utforming utsatt for kritikk, særlig fra høyresiden i politikken. Det ble poengtert at velferdsytelsene var kostbare og kunne svekke arbeidsmotivasjonen til befolkningen, var ineffektiv og preget av byråkrati og markedsliberalistiske krefter mente at skattesystemet påvirket økonomisk virksomhet i negativ forstand. Da New Public Management-modellen (NPM) ble lansert på 1980-tallet, var det med tro på at det offentlige kunne styres mer markedsorientert, kontrollert og effektivt, og

at offentlig sektor imiterte måter for organisering, ledelse og styring fra privat sektor (Sandvin, Vike & Anvik, 2020).

Sandvin, Vike og Anvik (2020) skriver at velferdsstatens utgifter ble stadig vanskeligere å håndtere økonomisk. De viser til hvordan tiltak og forretningsmessige prinsippene også ble implementert i sykehus, som måtte vise til resultater og overskudd. Sykehusreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002) medførte etablering av helseforetak hvor eierskapet av offentlig sykehus og institusjoner i spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten. Sandvin, Vike og Anvik (2020) skriver at fagforeninger, helsefaglige miljø og politisk opposisjon kritiserte innføring av prinsippene fra NPM for å bryte med velferdsstatens likhetsidealer, bidra til sentralisering av helsetilbud og til økte forskjeller.

### **1.1.2 Sosial ulikhet i helse**

Bugnum, Forseth og Kvande (2015) skriver at det norske samfunnet ofte fremstilles som egalitært, og preget av likestilling, solidaritet, flate maktstrukturer, sjenerøse overføringsordninger, høy politisk tillit og er en sterk velferdsstat som følger innbyggerne fra vugge til grav.

Realiteten viser et annet bilde. Eksempelvis er det i Oslo opptil åtte års forskjell i levealder mellom enkelte bydeler, og gjennomsnittlig levealder i Akershus er 10-12 år høyere enn i Finnmark (Øversveen og Rydland, 2021). Sosial ulikhet i helse er et vedvarende problem (SSB, 2017; Folkehelseinstituttet, 2018) og sosioøkonomiske forhold som utdanning, sivilstatus, boforhold og økonomi påvirker befolkningens helsestatus (Helsedirektoratet, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018).

Øversveen og Rydland (2021) viser til Folkehelse rapporten (2018) som viser at nordmenn med høy utdanning lever 5-6 år lenger enn de med grunnskoleutdanning. Nordmenn med høy utdanning har større sjans for å overleve kreftsykdom, og lavere risiko for å få sykdommer som type 2 diabetes, hjerteinfarkt og kols. Motsatt er nordmenn med lav sosial status mer utsatt for skader, ulykker, psykiske lidelser og har høyere risiko for å utvikle livsstilssykdommer som følge av helseskadelige levevaner (Øversveen og Rydland, 2021, s. 9-10). Flere forskere (Dahl, Bergsli og van der Wel, 2014; Elstad og Reiertsen 2018; Folkehelseinstituttet, 2018) peker på at til tross for at norsk helsevesenet er basert på likhetsprinsippet, har sosial status betydning for hva slags behandling du får på sykehus.

En rapport fra statistisk sentralbyrå (SSB, 2017) omhandler ulikhet i helse basert på levekårsundersøkelser. Der framgikk at det er forskjell i befolkningens bruk av helsetjenester, også når man kontrollerer for eksisterende behov for tjenester. Bruksmønsteret tyder også på at personer med redusert helse, lav utdanning eller inntekt i større grad er avhengig av å bli fanget opp av helsetjenestene. Personer med høyere utdanning eller inntekt bruker i større grad helsetjenesten forebyggende enn personer med redusert helse og lav inntekt som viser seg å innta en mer passiv rolle og oppsøker tjenestene først om de virkelig blir syke og blir oftere innlagt i sykehus. Grupper med høyere inntekt og utdanning er mer opptatt av egen livsstil og helse, og tar i større grad i bruk forebyggende tiltak som vaksiner og delttagelse i screeningundersøkelser, fysioterapi og legespesialister.

Oppfølgingsrapporten fra 2021 (SSB, 2021) viser at Norge er et land med gode, offentlige helsetjenester og at folks helse blir bedre med økende utdannings- og inntektsnivå. Likevel ses det at sosial ulikhet i helse vedvarer. Rapporten konkluderer med at personer over 45 år og eldre med lav utdanning har dårligst helse og bruker helsetjenester mest. Hos den eldre befolkningsgruppen har forholdet mellom helsetjenestebruk, utdanningsnivå og inntekt en større og sterkere sammenheng, enn det man ser hos yngre personer. Forskjellene er særlig store for tjenester der egenbetalingen er høy, som ved tannhelsetjenester og fysioterapi.

Grupper med lav inntekt eller lav utdanning har større sykdomsforekomst, er mer eksponert for sykdomsfremkallende risikofaktorer, og har lavere helsekompetanse enn grupper med høyere inntekt eller utdanning. Rapporten påpekte at økt valgfrihet og større krav til brukermedvirkning i seg selv kan gjøre det vanskeligere å få hjelp. Krav om helsekompetanse for å navigere i tilbudet øker dermed terskelen for å ta kontakt med helsetjenestene for personer med lav utdanning eller inntekt. (SSB, 2021).

Helse er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2006) som: en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser.

Helsedirektoratet (2018) beskriver sosiale ulikheter i helse som systematiske forskjeller i helsetilstand, at ulikhetene følger sosiale og økonomiske kategorier som yrke, utdanning og inntekt, og at disse helseforskjellene er sosialt skapt og mulig å gjøre noe med. Ifølge Øversveen og Rydand (2021) er sosial ulikhet i helse definert som «systematiske og sosialt produserte variasjoner i helse mellom sosiale klasser, utdanningsnivå, kjønn, etniske grupper, seksuelle orienteringer, nasjonaliteter og andre sosiale grupper». I definisjonen understrekes



at sosial ulikhet i helse er sosialt produsert, og ikke naturskapt eller et uunngåelig fenomen, men at fordelingen av leveår, helse og sykdom er formet av sosiale strukturer i samfunnet vi lever i (2021, s. 10).

Dahl, Bergsli & van der Wel (2014) sier at fenomenet og termen sosial ulikhet i helse referer til hvordan helsetilstanden varierer med sosial posisjon i samfunnet knyttet til inntektsfordeling, utdanningshierarki, klassestruktur og lignende sosioøkonomiske strukturer i samfunnet. I denne forståelsen ligger at faktorer som utdanning, yrkesklasse og inntekt i en viss forstand er indikatorer på sosioøkonomiske hierarkier, men også at helsetilstand og sosial status påvirker sosialt skapte mekanismer som genererer forhold som påvirker relasjonen mellom sosial posisjon og helse (2014 s.15).

En nederlandsk forskningsgruppe ledet av Mackenbach (1997) gjorde undersøkelser som viste at Sverige og Norge kom høyt opp på listen av land i Europa med størst helseulikhet. Forskningen til Mackenbach et al. (1997) markerer på flere måter et vendepunkt i forskning på sosial ulikhet i helse i Norge. Funnene overrasket og førte til en voksende interesse for forskning på sosiale helseulikheter, også i Norge. Resultatene av Mackenbachs (1997) undersøkelse ble dermed avgjørende for det økte fokuset på sosial ulikhet i helse som et problem som måtte håndteres gjennom politiske virkemidler (Strand & Næss, 2006; Øversveen & Rydland, 2020).

### **1.1.3 Politiske strategier for å utjevne sosial ulikhet i helse**

I kjølvannet av Mackenbachs (1997) undersøkelse har det i perioden 2003-2015 vært utarbeidet flere nasjonale styringsdokumenter som har presentert forslag til løsninger og strategier for utjevning av sosial ulikhet i helse.

Bondevik-regjeringens stortingsmelding Resept for et sunnere Norge (Helsedepartementet, 2003) satte sosial ulikhet på den politiske agendaen, hvor en av de viktigste folkehelsepolitiske målsettingene var å redusere sosiale helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

I Sosial og Helsedirektoratets (2005) handlingsplan mot sosial ulikhet i helse, Gradientutfordringen, ble sammenhengen mellom sosial ulikhet og samfunnsmessig organisering påpekt. Sosial ulikhet i helse ble beskrevet som systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier som yrke, utdanning og inntekt, og

følgelig sosial skapt og mulig å gjøre noe med (Helsedirektoratet, 2018). Gradientperspektivet innbar en erkjennelse av at sosial ulikhet i helse ikke bare rammer den mest utsatte gruppen, men har betydning for folkehelsen og befolkningen som helhet. Utredningen fikk viktige politiske konsekvenser, og det ble konkludert med at det ikke ville være tilstrekkelig å gjøre tiltak innenfor en enkelt sektor, men at det var behov for en bred, koordinert og langsiktig politikk som involverte samfunnet som helhet (Øversveen & Rydland, 2020).

I etterkant av dette kom stortingsmeldingen Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Her ble det presentert helsepolitiske satsningsområder og behovet for tverrpolitisk samarbeid understreket.

Videre fulgte stortingsmeldingen Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) opp med mål om bedring av folkehelsen gjennom forebygging og fokus på bærekraft gjennom tidlig innsats og økt samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene. Samhandlingsreformen er en koordinerings- og retningsreform, der økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler som fremme mål om helhetlige pasientforløp, mer forebygging, økt brukerinnflytelse og sikre en bærekraftig utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Folkehelseloven (2011) ble i 2012 lansert med hensikt om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og utjevner sosiale ulikheter i helse, ikke bare forhindre sykdom.

Folkehelseloven fastsetter at folkehelse er et ansvar i alle sektorer, ikke bare i helsesektoren, og at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har felles ansvar. Folkehelseloven bygger på fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet som innebærer å utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør», sikre bærekraftig utvikling, føre-var prinsipp og medvirkning.

Stortingsmeldingen God helse, felles ansvar – Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) påpekte hvordan god helse i befolkningen er et felles ansvar. Helsestasjons- og skolehelsetjenestene ble styrket, det ble satt i gang kampanjer for fysisk aktivitet, og sørget for bedre merking av mat. Det ble understreket behov for mobilisering for folkehelse med tanke på å bekjempe helseforskjeller og gi barn like muligheter. Tanken var å forebygge sykdom og fremme sykdom i alle sektorer i samfunnet, både som individuelt ansvar og som samfunnsansvar.

I stortingsmeldingen *Mestring og muligheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) var hovedstrategien for å styrke folkehelsearbeidet og tilrettelegge for sunne helsevalg. Stortingsmeldingen hadde fokus på tilrettelegging for mestring og trivsel gjennom hele livet, og likestilling mellom somatisk og psykisk sykdom. Som en del av strategien skulle det skapes muligheter for hver enkelt av oss til å ta ansvar for egen helse, og for at befolkningen skal få flere leveår med god helse og trivsel, og tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller.

## 1.2 Bakgrunn for forskningsspørsmål

Velferdsstatens rolle, ansvar og funksjon preger stadig den politiske debatten i Norge. Økningen i antall eldre i forhold til økning i antall yrkesaktive har gjort at den politiske diskursen om velferdsstatens rolle og befolkningens ansvar har endret seg.

Jenhaugs (2018) analyse av Meld. St. 29 *Morgendagens omsorg* (2012-2013) viser at stortingsmeldingen benytter en ansvarsdiskurs og en motivasjonsdiskurs i omtale av samarbeidet mellom velferdsstaten og brukere av helse- og omsorgstjenester og deres pårørende. Jenhaug fant at velferdsstatens ønsket en samproduksjon som harmoniserer forholdet mellom tjenestene og pårørende, men som ikke nødvendigvis vil bidra til økt verdiskaping for pårørende og brukerne av omsorgstjenester.

Christensens og Fluge (2016) peker i sin studie på den diskursive endringen i eldreomsorgspolitikken, og hvordan retorikken har endret seg over en 50-års periode mot å i økende grad handle om at den enkeltes egne ressurser blir avgjørende for hvilke omsorgstjenester de kan forvente i framtiden.

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* (heretter forkortet til *Leve hele livet*) er et sentralt dokument knyttet til helse- og omsorgstjenester til eldre, og inneholder forslag for framtidige ambisjoner, planer og politikk som omhandler eldre og eldreomsorg. Stortingsmeldingen *Leve hele livet* ble behandlet og vedtatt i Stortinget i 2018.

Stortingsmeldinger er politiske dokument som ofte kjennetegnes av språklige grep, en oppbygning og et innhold med henvisninger til forskning og ekspertuttalelser som gir et inntrykk av en faktabasert og objektiv beskrivelse av et fenomen (Engebretsen & Heggen, 2012 s. 38). En stortingsmelding kan leses som et politisk dokument ladet med de politiske verdiene til den enhver tid rådende regjering. I arbeid med stortingsmeldinger gjøres

strategiske verdivalg. Verdivalgene kan være faglig argumentert for, men samtidig er det andre faglige argument som er valgt bort.

Regjeringen Solberg utarbeidet stortingsmeldingen *Leve hele livet*, en reform som retter seg mot nordmenn over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor på institusjon. I *Leve hele livet* står at dette er en annerledes reform, som skal forbedre alderdom gjennom å øke bevisstheten på forebygging, forberedelser og tilrettelegging for livskvalitet for eldre og pårørende. Blant målsettingene med reformen er at den skal gjøre tjenestene til eldre mer individuelt tilpasset, mer effektive og mer bærekraftige i møte med en stadig voksende eldregruppe. Videre står det at denne reformen skal handle om mennesker, og ikke om systemer. Ansvarsfordelingen mellom stat og kommune ikke skal endres, og kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver. I *Leve hele livet* står det at reformen handler om å gjøre enkle ting på andre måter enn før, og skape forenkling, fornyelse og forbedring gjennom innovasjon. Det er beskrevet at ønsket utfall av reformen primært er at eldre får oppleve flere leveår med god helse, livskvalitet og mestring, med nødvendig hjelp fra helse- og omsorgstjenesten når det er behov for det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). *Leve hele livet* er «særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren, men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 10). *Leve hele livet* kan i så måte leses som en samfunnsreform. Hovedinntrykket er likevel at *Leve hele livet* primært er rettet mot den eldre delen av befolkningen, og helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes flere helsepolitiske styringsdokumenter som omhandler helse- og omsorgstjenester til eldre, og som kan være relevante for mitt forskningstema. I denne studie er *Leve hele livet* valgt som analyseobjekt på grunn av innflytelsen den har i kraft av å være en vedtatt reform med politiske føringer som skaper rammer for handlingsalternativ for eldre og utviklingen av eldreomsorgen. Neumann (2021) skriver at tekster som det ofte henvises til og siteres fra, har en bred resepsjon, hvilket i seg selv vil si at de spiller en fremtredende rolle i diskursen.

*Leve hele livet* omhandler temaer som: aldring og eldre, helse og velferd, et aldersvennlig samfunn, aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenester. Dette omhandler store deler av den eldre befolkningens livsverden og skaper et handlingsrom. I dette handlingsrommet skapes også en posisjonering av eldre som det er knyttet rolleforventninger til.

Skrede (2018) skriver at språk produserer og reproduserer sosiale forhold, og dermed er språk viktig i reproduksjonen av sosiale ulikheter. Gjennom posisjonering knyttes direkte eller indirekte bestemte handlinger, egenskaper, holdninger eller kategorier til å være eldre, og dette danner handlingsrommet til den eldre befolkningen.

Sosiale helseforskjeller i Norge har økt siden de første målingene på 1960-tallet, og mye tyder på at ulikhetene fortsatt er økende (Øversveen og Rydland, 2021).

### **1.2.1 Forskningsspørsmål**

Sett i lys av teori og kunnskap om sosial ulikhet i helse, hvordan posisjoneres eldre i Leve hele livet?

## **1.3 Oppgavens struktur og avgrensning**

I det foregående er det redegjort for bakgrunn, hovedfokus, etterfulgt av en redegjørelse for historiske utviklingstrekk i velferdsstaten, sosial ulikhet i helse og helsepolitisk fokus på sosial ulikhet i helse. Bakgrunn for problemstilling og problemstillingen er presentert. Det neste kapittelet omhandler oppgavens teoretiske rammeverk. Videre følger metodekapittelet med beskrivelse av hvordan jeg har gått fram i analysen av Leve hele livet, samt refleksjon rundt metode og forskerrefleksivitet, og informasjon om datamaterialet. I kapittel fire presenteres funn fra analysearbeidet. Funn i analysen diskuteres fortløpende opp mot relevant forskning og teorier om sosial ulikhet i helse. Til slutt reflekteres det rundt funn og diskurser som peker seg ut i analysen av Leve hele livet, og hvordan dette kan ha konsekvenser for sosial ulikhet i helse hos eldre.

Sosial ulikhet i helse er til stede i alle aldersgrupper. Av hensyn til denne oppgavens omfang og på grunn av personlig faglig interesse for norsk eldreomsorg, er denne oppgaven avgrenset til å sosial ulikhet helse hos eldre. WHO definerer at eldre er mennesker over 65 år (2006). I Leve hele livet står at reformen retter seg mot alle nordmenn over 65 år.

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, forkortes i denne oppgaven til: Leve hele livet. Av hensyn til leservennlighet er det ikke skrevet inn referanse til Helse- og omsorgsdepartementet når Leve hele livet brukes i løpende tekst.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven. Først redegjøres det for vitenskapsteoretisk grunnlag for diskursanalyse, videre presenteres teoretiske perspektiv på sosial ulikhet i helse, og for teorier om diskurs og språk. Avslutningsvis presenteres Foucaults, Faircloughs og Bacchis teorier om diskurs og diskursanalyse.

### 2.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag for diskursanalyse

Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018) skriver at mening konstrueres av mennesker som gjennom daglig interaksjon er sosiale gjennom å leve, handle og snakke sammen. Menneskers handlinger og ytringer bedømmes og vurderes, situasjoner defineres og ting gis innhold, og meningsinnholdet oppstår i fortolkningen av dette. Fenomener får mening når vi vet hva de betyr. Gjennom sosialisering lærer vi opp til å knytte innhold og mening til fenomener, og tar på mange måter meningsinnholdet for gitt. Sosialkonstruktivistiske tilnærminger kjennetegnes av at de er kritiske til det som oppfattes som selvsagt kunnskap. Hvordan vi tenker om verden er avhengig av kontekst og er følgelig relativ, og ikke en objektiv sannhet om virkeligheten, men en versjon som kunne ha vært annerledes (2018). Skrede (2018) peker på at sosiale konstruksjoner opprettholder og vedlikeholder noen sosiale konstruksjoner, samtidig som andre ekskluderes. Vi bruker språket til å beskrive virkeligheten, og språket spiller derfor en rolle i den sosiale konstruksjonen av virkeligheten.

En sosialkonstruktivistisk tilnærming til analysen av Leve hele livet vil derfor kunne utvide forståelsen av hvordan fenomenet eldre er skrevet fram og rekonstruert gjennom språklige grep. Diskursanalyse har sosialkonstruktivistisk utgangspunkt (Skrede, 2018), og er derfor egnet til å analysere sosiale ulikheter.

### 2.2 Teorier om sosial ulikhet i helse

Det er flere teorier om årsaker til sosial ulikhet i helse. I Black-rapporten (Townsend & Davidson, 1982) ble det bekreftet at helseulikheter mellom britiske klasser var store og økende. Årsaksforklaringene skissert i rapporten viste til tre perspektiver; artefaktforklaringer, seleksjonsforklaringer og sosiale årsaksforklaringer. Artefaktforklaringen betyr at sosiale helseforskjeller ikke eksisterer, men at ulikhetene oppstår i forskningsprosessen på grunn av sosialt konstruerte måter å måle helse og status på. Seleksjonsforklaringen refererer til en idè om at risikoen for å ha lav inntekt og lav utdanning er en følge av dårlig helse, for eksempel

kan medfødte helseproblemer påvirke sannsynligheten for å fullføre skolegang som igjen setter premisser for yrkesmuligheter senere i livet (Øversveen & Rydland, 2021, s.55-64).

Forklaringsmodeller som peker på at sosiale forhold påvirker helsen, har vunnet mest gehør i helseulikhetsforskningen (Øversveen & Rydland, 2021, s. 64). Den materialistiske forklaringen på helseulikhet har som sentralt premiss at individers helse blir påvirket av strukturelt bestemte helsedeterminanter som påvirker kroppens fysiske tilstand (Elstad, 2000, s. 43). Øversveen & Rydland (2021) viser til at sykdom og helsesvikt studeres i denne forklaringen med utgangspunkt i sosiale faktorer som kan måles, telles eller kvantifiseres som i epidemiologien. Elstad (2000) sier at en tilnærming til helseulikheter hvor determinanter som boforhold, arbeidsmiljø, eksponering for forurensning, og økonomiske ressurser til å skaffe seg varer er bestemt av strukturer, forteller at mennesker er ofre for strukturene. En slik forklaringsmodell forutsetter at sosial ulikhet i helse vil bli mindre når majoriteten i en befolkning får høyere standard på bolig og arbeidsmiljø, og levestandarden stiger. Forklaringsmodellen kan motsies ved å vise til at tross for økt levestandard i Norge, består likevel de relative helseforskjellene mellom sosiale lag.

Øversveen & Rydland (2021) skriver at helseulikhetsforskere derfor tok til orde for at også faktorer utenfor individets kontroll, som sosiale og psykososiale forhold, skulle inkluderes i forskningen. Den psykososiale forklaringen vektlegger påvirkningen av sosiale og relasjonelle faktorer utenfor menneskets kontroll, hvor helseskadelig adferd forstås som en reaksjon på sosiale forhold. I forklaringsmodellen ligger at stressfylte omstendigheter over tid, framprovosert av ulikhetsstrukturer som kan gi følelse av avmakt og gi økt stress, kan gi psykiske symptomer og føre til atferdsendring som økt bruk av rusmidler, som kan gi somatisk utfall og innebære høyere risiko for sykdom og død. I argumentasjonen for den psykososiale modellen ligger også en tilnærming som sier at grupper med lav sosioøkonomisk status er mer sårbar for ytre hendelser og sammenligner egen situasjon med grupper som har høyere sosial status. I forklaringen ligger at følelsen av urettferdighet manifesteres og gi helseplager, og at denne gruppen i større grad omsetter stress til somatisk sykdom. (2021, s. 67). De sosiale årsaksforklaringene innebærer at ulikheter i levekår, kultur og adferd i ulike samfunnslag fører til ulikheter i helse (Øversveen & Rydland, 2021).

En videreutvikling av disse årsaksforklaringene er Link og Phelan sin Fundamental cause – teori (1995) som belyser hvordan ulik besittelse av eller tilgang på ressurser i form av gir ulikt utgangspunkt for posisjonering i form av handlingsberedskap, som igjen skaper ulikheter. De

sier at det innenfor enhver sosial kontekst vil de med større ressurser kunne omsette og veksle det inn i livsomstendigheter som øker sannsynligheten for god helse. I fundamental cause teorien er økonomi, makt, kunnskap, prestisje og nettverk de vanligst nevnte ressurskategoriene. Disse ressursene er ulikt fordelt, og fleksible ved at de på forskjellige måter i forskjellige kontekster kan brukes til å kjøpe gode helsetjenester, sunn mat og treningstimer (Øversveen og Rydland, 2021, s. 74). Link og Phelan (1995) sier at i fundamental cause-teorien ligger at risikofaktorer for sykdom som tidligere har dannet helseulikheter har endret seg, men grunnen til risikofaktorene er den samme. De hevder at det derfor må finnes en fundamental årsak for sosial ulikhet i helse og at den vedvarende sosiale ulikheten i helse skyldes det lagdelte samfunnets ulikheter i tilgang til ressurser. Mens lav sosioøkonomisk status tidligere kunne føre til usanitære boforhold og dårlig hygiene som igjen kunne føre til infeksjoner og sykdom, fører lav sosioøkonomisk status i dag til livsstilvalg som kan gi dårlig helse. Lav sosioøkonomisk status har dermed vært en vedvarende årsak til dårlig helse, på tross av endringer av mellomliggende mekanismer, risikofaktorer og sykdommer.

Link og Phelan (1995) framhever hvordan ytre faktorer og kontekster påvirker aktørene, og vektlegger samtidig hvordan individene håndterer eller mestrer hverdagen og virker på ytre forhold. Elstad (2012) forklarer dette perspektivet med at siden ressurser alltid vil være ulikt fordelt i et lagdelt samfunn, er det forsvinnende lite vi kan gjøre for å redusere sosial ulikhet i helse: de ressurssterke vil alltid ha et helsemessig forsprang. Videre sier Elstad (2012) at en mer rimelig tolkning er imidlertid at omfordeling av de relevante ressursene på sikt også vil svekke reproduksjonen av helseulikheter. Dessuten kan en tenke seg intervensjoner som motvirker de mekanismene som teorien peker på, for eksempel universelle tiltak som når alle og som bidrar til å svekke forbindelsen mellom individuelle ressurser, eksempelvis inntekt og kunnskap, og sykdomsrisiko og helseutfall, for eksempel gratis, eller sterkt subsidierte velferdstjenester.

Begrepet «*det nordiske paradoks*» har ble brukt til å forklare tilstanden hvor store helseulikheter finnes i skandinaviske land, til tross for en sterk velferdsstat som, historisk sett, forebygger fremvekst av andre typer ulikhet, og det stilles spørsmål ved hvordan den sykdomsbyrden i nordiske land er mer eller mindre like skjevt fordelt i andre land hvor sosiale, politiske og økonomiske forskjeller er langt mer fremtredende. Forskningsresultatene viste at det i Norge og Norden var langt større ulikheter enn i land lenger sør i Europa med langt mindre dekkende helse- og velferdsordninger. Mackenback (2012; 2017) mener at



paradokset kan forklares med at de nordiske landene ikke har klart å utjevne eller eliminere ulikhet i materielle ressurser, at lavinntektsgrupper har blitt mindre og tettere konsentrert, samtidig som medisinske og teknologiske framskritt som kan behandle eller beskytte mot sykdom i disproporsjonal grad har kommet høyt utdannede og ressurssterke til gode.

## **2.3 Teorier om diskurs og språk**

En diskursanalytisk tilnærming krever en bevissthet om sammenhengen mellom språk og sosiale konstruksjoner, som det redegjøres for i det følgende.

En diskurs defineres som bestemte måter å snakke, skrive eller på andre måter produsere språklig eller symbolsk formidlede utsagn om bestemte ting i en bestemt kontekst eller innenfor gitte domener. Gjennom å klassifisere og betegne virkeligheten på bestemte måter konstruerer nemlig diskurser den verden vi lever i ved at det er diskursens klassifiseringsprinsipper og kategorier som avgjør hva ting er og hvordan de henger sammen (Aakvaag, 2012 s.309-310).

Fairclough (2003) sier at diskurser er måter å representere på. For å identifisere diskurser, jobbes det mot å identifisere essens. Det etterspørres hoveddeler av det som representeres. Skrede (2018) sier at det med andre ord er hovedtematikken i teksten søkes identifisert i det partikulære perspektivet som fremmes.

Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2018) skriver at fenomener kan beskrives på flere måter, og en beskrivelse vil dermed aldri være fullt og helt dekkende. En diskurs kan ha flere og konkurrerende representasjoner av et fenomen (2018). I diskursteori brukes begrepet representasjon om språklige fremstillinger eller beskrivelser av et fenomen. Der det hovedsakelig bare ses en dominerende forståelse av et fenomen, ligger det ofte maktkonstellasjoner bak som opprettholder en bestemt oppfatning av fenomenet (Aakvaag, 2012; Skrede 2018). Neumann (2021) sier at diskursen kommer til uttrykk i konkrete representasjoner, og det er på den måten vi kan studere og analysere diskurser.

Diskursen påvirker hvordan vi tenker om ulike fenomen, og hvordan vi skriver om de samme fenomenene, men også motsatt. Forståelsen påvirker representasjonen, og representasjonen påvirker forståelsen. I en representasjon av et fenomen er det alltid noe som løftes frem og noe som blir utelatt. Gjennom gjentatt eksponering for en måte å representere et fenomen på,

påvirkes måten vi tenker om det på. (Johannessen, Rafoss og Rasmussen, 2018 s.51- 65; Aakvaag 2012).

Diskurser produserer subjekter i den forstand at diskurser etablerer subjektposisjoner diskursdeltakerne kan innta. Diskurser skaper både individuelle og kollektive identiteter. Gruppedannelse og samhörighet krever at fellesskapet representeres symbolsk på en eller annen måte, og dette skjer gjennom diskursen (Aakvaag, 2012 s.310-311). Gjennom språket i Leve hele livet-reformen med gjentagende beskrivelser hvor egenskaper settes i relasjon til eldre, konstrueres en rolle og en sosial posisjon med forventninger knyttet til seg. En beskrivelse av eldre i Leve hele livet-reformen er en språklig konstruert versjon, en representasjon, av hva fenomenet eldre er, der noe løftes frem og noe utelates, og det skapes et handlingsrom.

Når en tekst skaper bestemte måter å tenke og snakke om verden på, fremheves og legitimeres «bestemte» eller definerte handlingsformer som bidrar til å skape, opprettholde og endre samfunnet som sosial virkelighet (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Diskursen utøver kontroll over seg selv ved å utvikle bestemte regler og prosedyrer som følger en form for logisk oppbygging (Gjersøe, Engebretsen & Heggen, 2012 s. 49).

Undersøkelser av relasjoner mellom diskurs og samfunn kan gi økt språkbevissthet (Fairclough, 1995). I diskursanalysen vektlegges det at språket har gjørekraft, men ikke nøytralt gjenspeiler virkeligheten. Diskurser produserer virkelighet. En diskursanalytisk forståelse av språk retter oppmerksomheten mot hvordan språket etablerer og opprettholder maktposisjoner. Språk og tekst kan gjengi en versjon av virkeligheten, og alle fenomener kan beskrives på flere måter enn én. Språk og tekst har altså kraft til å konstruere en versjon av virkeligheten og er aldri nøytrale gjengivelser av virkeligheten (Aakvaag, 2012; Skrede 2018; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2015; Neumann, 2021).

Makt pakket inn i språk, begreper og metaforer kan være vanskelig å få øye på. I diskursanalysen fokuserer man på språket og hvordan det etablerer sannhet om vitenskap, identitet og makt. Gjennom det som sies og skrives frem – men også det som tilslører, marginaliserer eller helt utelukker annen vitenskap og handlingsformer. Hvordan vi ordlegger oss om et fenomen, definerer implisitt regler og legger begrensninger for hva som senere kan sies, og for hvem vi kan være. I diskursanalyse studeres mening der mening oppstår, nemlig i språket, beskrivelsene og begrepene som brukes, som igjen gis meningsinnhold når det settes

i sosial kontekst (Philips, 2010; Engebretsen & Heggen, 2012; Skrede 2018; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2015; Neumann, 2021). Analyse av tekst bidrar til å øke bevisstheten av effekten språk kan ha, og sånn kan analyser av tekst påvirke eller endre diskurser på områder hvor analysen peker på at diskursen har uheldig effekt (Engebretsen & Heggen, 2012). Således er diskursanalyse hensiktsmessig tilnærming når fokus rettes mot sosial ulikhet i helse hos eldre.

### **2.3.1 Foucaults diskursteori**

Filosof, psykolog og idèhistorikeren Michel Foucault (1971) definerte diskurs slik:

Språket er en allmenning forut for enhver tale; det er alltid allerede gjennomtrået av andre språkbrukere. Det er et kollektivt anliggende, det utelukker individuelle eiendomsforhold, retten til å si at dette er mine ord. [...] Hver gang vi griper ordet, fortsetter vi uvergerlig en diskurs forut for oss, som allerede er der og allerede har foregrepet hva vi sier; den setter betingelsene for hva vi kan si, hvordan vi kan si det, og hvem som kan si det. (Foucault, 1971, s. 7)

Aakvaag (2012) skriver at Foucault mente at hver diskurs har sine sannhetsregimer, og at all sannhet dermed er relativ til diskurs. Dette har blitt kritisert og det er sagt at hvis all sannhet er relativ til diskurs, slik at hver diskurs har sine sannheter, opphører begrepet å ha den mening vi vanligvis tillegger det. Diskursen eksisterer gjennom å bli reproduert av aktører og grupper som handler på grunn av blant annet ressurser og interesser, og plasseres i hverdagspraksis (2012, s. 322-323). Skrede (2018) viser til at Foucault fremhevet hvordan det ligger makt i måten vi snakker og skriver om fenomener. Ifølge Foucault tolereres ofte makt fordi den er skjult, og på måter som ikke hadde blitt tolerert dersom den var fullstendig synlig (2018).

Neumann sier at i Foucaults forstand ligger de sosiale relasjonene blottet i språket. Det dannes kategorier i språket, og kategoriene blir i sin tur opphavet til institusjonene (2021, s. 33).

Vabø (2014) forklarer institusjoner som sosiale systemer som har utviklet seg over tid og der mennesker sosialiseres inn i tradisjoner, vaner og roller som etter hvert tas for gitt som naturlige og selvfølgelige (2014 s. 63).

Larsen (2008) skriver at der Foucault mente at det til enhver tid ville være bare en rådende diskurs som styrte hvordan samfunnet og livet der ute ble praktisert, mente Fairclough at det

diskursive feltet ble definert av summen av de diskurser eller genre som brukes innenfor en sosial institusjon.

### **2.3.2 Faircloughs diskursteori**

Lingvisten Norman Fairclough videreutviklet teorier og metoder fra kritisk lingvistikk for å kunne synliggjøre de sosiale implikasjonene av språkbruk sett i relasjon til språk, makt og ideologi. Fairclough definerer ideologi som *representasjoner av verden som bidrar til å etablere og opprettholde maktrelasjoner, dominasjon og utnyttelse*. Fairclough hevder at diskurser er ideologiske i den grad de bidrar til å opprettholde eller utforske slike maktrelasjoner (Fairclough, 2003 s.218; Skrede, 2018 s.21) Fairclough er i sin tilnærming og teori opptatt av de store samfunnsmessige strukturene, og han analyserer tekster for å kartlegge relasjonen mellom diskurs og samfunn og han er opptatt av språk som en del av sosial praksis (Skrede, 2018).

Ifølge Fairclough (2003) må diskursanalysen utføres ut fra en beskrivelse av den språklige teksten, en fortolkning av relasjonen mellom teksten og diskursive prosesser, og av relasjonen mellom diskursive prosesser og sosiale prosesser. Diskursiv praksis forteller om hvordan tekst blir laget og fortolket, som må ses i sammenheng med sosial praksis, normer i samfunnet og summen av det diskursive felt. Skrede (2018) skriver at kritisk diskursanalyse identifiserer og kritiserer uheldige samfunnsforhold i sitt diskursive element og skisserer mulige veier for å bøte på problemet (2018, s. 23).

### **2.3.3 Carol Bacchi – What´s the problem represented to be? - diskursanalytisk verktøy**

Statsviteren Carol Bacchi har utviklet det diskursanalytiskverktøyet «What`s the problem representet to be?» (heretter: WPR-metoden) med intensjon om å granske offentlig politikk. Bacchi (2009) vil utfordre den konvensjonelle måten vi tenker om hvordan vi styres. Metoden og tilnærmingen til analyse av politikk utfordrer det allmenne synet om at politikk er svar eller reaksjoner på problemer eller utfordringer som har oppstått naturlig. Bacchi mener at politikk inneholder implisitte representasjoner av problemene de hever å adressere (Bacchi, 2009). WPR-metodens tilnærming er inspirert av Foucaults begrep genealogi, hvor man for å analysere nåtiden, går bakover i tid for å undersøke hvordan nåtidens forståelse oppstod (Bacchi, 2009, s. 10).

I denne studien har Foucault som sier at tekst og språk har gjørekraft, og Faircloughs syn på språk og tekster som aktør i sosial praksis, vært teoretiske ressurser som har bidratt til å gi meg en forståelse av grunnleggende premisser for diskursanalyse. Teorien gir en overordnet forankring til forståelse for WPR-metoden, og til videre anvendelse, drøfting og diskusjon av diskursanalyse som metode. WPR-metoden tilbyr en operasjonalisering av diskursanalyse, og fungerer som metodologisk rammeverk i min studie.

### **3 Metodisk og analytisk tilnærming**

I dette kapittelet presenteres først datamaterialet. Videre presenteres metodisk og analytisk tilnærming. Rammeverket for diskurs og diskursanalyse belyses, og det redegjøres for Foucault og Faircloughs tilnærminger til diskurs og diskursanalyse, samt Carol Bacchi's diskursanalytiske verktøy «What's the problem represented to be?».

Videre berettes det om analytisk framgangsmåte. For å sikre transparens redegjøres det for og beskrives framgangsmåten brukt for å velge ut meningsbærende enheter i mitt datamateriale – Leve hele livet-dokumentet, og for arbeidet med kategorisering og analyse. Jeg har av samme grunn valgt å vise store deler av analyseprosessen, og inkludert sitater fra Leve hele livet i analyse og diskusjon, da det ikke kan forutsettes at leser av denne studien kjenner Leve hele livet-dokumentet på detaljnivå. Avslutningsvis i dette kapittelet drøftes studiens metode og valg som er tatt, herunder reliabilitet, validitet, forskerposisjon og refleksivitet.

#### **3.1 Diskursanalyse som metodevalg – om å utføre en diskursanalyse av Leve hele livet**

Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018) skriver at diskursanalyse er et generelt begrep, og man kan velge ulike tilnærminger til gjennomføring av diskursanalyse. I deres forstand er diskursanalyse å forstås som en kritisk analyse av etablerte tenke-, skrive- og snakkemåter, og preget av *tatt-for-gitte antakelser* om hvordan verden er eller burde være.

Ved å bruke diskursanalyse som metode, anerkjennes at språk spiller en rolle i produksjon og opprettholdelse av etablerte sannheter om ting og fenomen (Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018). I denne studien er en diskursanalytisk tilnærming av Leve hele livet valgt for avdekke og studere hvilke språklige føringer som er brukt om den eldre befolkningen.

Diskursanalysens metodiske aspekter og grep i denne studien er inspirert av Foucaults tenking om diskurser som grunnleggende for sosial praksis (Skrede, 2018), og med Fairclough forståelse for diskurser som både midlertidig, i endring, og samtidig grunnleggende i sin relasjon til sosial praksis (Skrede, 2018).

Den lingvistiske komponenten i kritisk diskursanalyse skiller tilnærmingen fra andre mer abstrakte former for diskursanalyse som ikke vier språket spesiell oppmerksomhet i lingvistisk forstand, skriver Skrede (2019, s.11-13). Gjennom å avdekke hvordan eldre er

skrevet fram i *Leve hele livet*, har jeg studert hvordan meningsdannelsen og meningsinnholdet etableres og fortolkes. Representasjonen av eldre i *Leve hele livet* har konsekvenser for hvordan fortolkning og meningsdannelse av fenomenet *eldre* oppstår og institusjonaliseres, og påvirker sosial praksis.

Dette omtaler Foucault som at diskurser ikke bare produserer virkelighet, men også subjektposisjoner. En diskursanalytisk tilnærming i Foucaults forstand innebærer en forståelse av at subjekter skapes av diskurser, i den forstand at diskurser etablerer subjektposisjoner diskursdeltagerne kan innta. En beskrivelse av eldre i *Leve hele livet* skaper identiteter som ikke er resultat av eldre personers spontane valg eller posisjonering, men påført gjennom at de inntar eller gis en subjektposisjon som er styrt av forhold utenfra (Aakvaag 2012, s. 310-311).

Diskursens etablering av subjektposisjoneringen av den eldre befolkningen påvirker handlingsrommet som den eldre råder over, det skapes en *posisjonering* av eldre som det er knyttet rolleforventninger til, som den eldre må leve opp til uavhengig av egen subjektposisjon. Med posisjonering menes her utsagn hvor bestemte handlinger, egenskaper, eller holdninger og kategorier direkte eller indirekte knyttes til å være *eldre*. (Vik, 2012; Skrede, 2018).

Kritisk diskursanalyse anvendes for å utforske forholdene mellom språk, begreper og metaforer og sosial praksis (Fairclough, 2003). Metoden bygger på sosialkonstruktivistiske prinsipper om at virkeligheten er et resultat av måten vi kategoriserer verden på, og at hvordan vi forstår og bruker vitenskap er historisk og kulturelt betinget. Den kritiske analysen er problemorientert og har som hensikt å belyse rollen diskurser spiller ved å opprettholde maktforhold og med det fordeler ansvar, og peker på hvordan det skaper representasjoner av virkeligheten (Skrede, 2018, s.21-25). Kritisk diskursanalyse anvendes er egnet for å analysere sosiale eller kulturelle «problemer». Tilnærmingen innebærer at det stilles spørsmål rundt hvorfor og hvordan en tekst er produsert, og hvilke ideologiske interesser teksten kan tenkes å tjene (Fairclough, 2003 s.218; Skrede, 2018, s.21).

Ifølge Fairclough (2003) er diskurser måter å representere verden på. Den eldre befolkningen kan representeres på ulike måter. Ulike representasjoner kan ha rot i ulik forståelse og relasjon til sosial praksis. Fairclough har identifisert tre generelle karakteristikkene en kritisk diskursanalyse bør inneholde. Kritisk diskursanalyse handler ikke bare om å analysere diskurser, en foretar også en eller annen form for systematisk analyse av forholdet

mellom diskurser og andre elementer av sosiale prosesser. Det er ikke bare snakk om en generell og abstrakt omtale av diskurser – en foretar også en eller annen form for systematisk analyse av tekster. Kritisk diskursanalyse er, som navnet tilsier, ikke bare en deskriptiv øvelse, det er også et normativt prosjekt. Kritisk diskursanalyse identifiserer og kritiserer uheldige samfunnsforhold i sitt diskursive element og skisserer mulige veier for å bøte på problemet (Skrede 2018, s. 23) og er således hensiktsmessig analytisk tilnærming i denne studien. Skredes (2018) innspill om at språk produserer og reproducerer sosiale forhold og at språk er viktig i reproduksjonen av sosial ulikhet, underbygger betydningen av å studere språket i *Leve hele livet* sett i lys av teori om sosial ulikhet i helse.

### **3.2 Forskerposisjon og refleksjon rundt valg av metode**

Min forforståelse er preget av min sykepleiepraksis hvor brukergruppen hovedsakelig er kronisk syke eldre der mange har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Valg av metode, datamateriale og problemstilling er basert på min kunnskap om, og erfaring med eldreomsorg og offentlig forvaltning.

Diskursanalyse er en kvalitativ metode der forskeren fortolkende og ikke objektiv (Malterud, 2011). Dette er ikke nødvendigvis negativt, men for sikre reliabilitet og transparens i forskningsprosessen har jeg vært bevisst epistemologisk og personlig refleksivitet når jeg har gjort litteratursøk og i min analyse av *Leve hele livet*. Jeg har forsøkt å utfordre min egen forforståelse og gjøre analysen med mål om å møte ny kunnskap.

Thomassen (2015) sier om hermeneutikk at utgangspunktet for tradisjonen var læren om fortolkning av tekster, og dens tradisjonelle oppgave var å finne tekstens sannhet gjennom å rekonstruere tekstens opprinnelige mening og en hermeneutisk forskningsmetode fremhever hvilke samfunnsstrukturer og fenomener vitenskapen oppstår i, også i politisk arbeid og utførelse. Hermeneutikken er opptatt av virkelighetsforståelsen som danner grunnlag for individets rammebetingelser og handlingsrom i samfunnet (2015). Inspirert av hermeneutisk tradisjon og i tråd med Bacchis (2009) WPR-metode er datamaterialet og gjennomgått lest flere ganger i analyseprosessen, både for å unngå å overse relevant data, men også for å utfordre blikket jeg leste med, og lete etter det som står mellom linjene. Funn fra analysen ble sett i lys av og diskutert supplert med perspektiver fra teori og forskning, og avgjørende for hvilken kunnskap som diskuteres videre i studien.



Denne studien er preget av mitt valg av teoretikere som jeg støtter meg på og deres tenkning. Vurderingene jeg har gjort når jeg har valgt sitater og utdrag fra *Leve hele livet* er subjektive valg, og kan derfor påvirke hva som blir vurdert som rådene diskurs i *Leve hele livet*, og hva som ikke blir det.

Ruyter (2010) skriver at god samfunnsvitenskap er gjennomgående avhengig av at forskere er samfunnsengasjert og føler normative forpliktelser i forhold til feltet de studerer (Ruyter, 2010 s.226). Politiske lojaliteter, kollegiale oppfatninger og muligheter som finnes for forskningssamarbeid og nettverksbygging kan påvirke oss i valg av problemstilling. Denne påvirkningen kan berike forskningen, men jeg er oppmerksom på at det også føre med seg press om politisk korrekthet som påvirker valgene som tas (Ruyter, 2010 s. 226).

Min masteroppgave baserer seg på tekster, og det kreves derfor ikke søknad til NSD eller REK. Det er heller ikke nødvendig med sikker oppbevaring av data, da alt datamateriell jeg bruker er offentlige og/eller publiserte tekster.

### **3.3 Analytisk framgangsmåte**

Vi skiller mellom teoridrevne, deduktive analyser, og datadrevne, induktive analyser. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet har jeg gjort et systematisk analysearbeid med induktiv tilnærming som omfatter datagenerering og analyse. Empirien ble brukt som definerende utgangspunkt for hva som er interessante temaer, spørsmål og konsepter som potensielt har kunnskapskraft. At en induktiv tilnærming er empiri-drevet avviser ikke betydningen av teori, men står som en kontrast til forskning som er hypotese-drevet, og teorien kan avklare undersøkelsens sentrale elementer og gi retning både i utviklingen av undersøkelsen og i analysen. I en induktiv, eksplorerende og empiri-drevet tilnærming kan det likevel utspille seg et samspill mellom det teoretiske og det empiriske, ved å blant annet bruke teori til å støtte de teoriene som utvikler seg fra empirien gjennom analyser og observasjoner av fenomen. Slik kan det jobbes i retning av teoriutvikling (Tjora, 2019; Thomassen 2015). I denne studien er det tatt utgangspunkt i det diskursanalytiske perspektivet som redegjort for i tidligere i dette kapittelet. Mange av mine argumenter vil i tillegg til slutninger fra diskursanalysen jeg har utført, støtte seg på argumenter fra eksisterende teorier og forskning. Studien vil dermed befinne seg i en veksling mellom induktiv og deduktiv metode, siden jeg beveger mellom empiri til teori, og fra teori til empiri og således være en abduktiv tilnærming hvor jeg etter analysen kan peke på en sannsynlig tendens (Tjora, 2019). Ved først å gjøre en naiv lesning

av Leve hele livet-dokumentet fikk jeg en oversikt over innholdet. Ved andre gjennomlesing hadde jeg fokus på å få et helhetsinntrykk av datamaterialet ved å lese gjennom hele dokumentet for å lete etter sentrale og interessante temaer relatert til forskningsspørsmålet. Jeg gjorde samtidig fortløpende notater hvor jeg konsentrerte meg om det jeg synes utpekte seg som hovedtemaer i dokumentet. I neste steg var jeg mer systematisk og gikk gjennom hovedkategoriene i reformen, med utgangspunkt i det første spørsmålet fra WPR-metoden. Jeg søkte og leste fortløpende forskning og teori relevant for temaene som pekte seg ut.

Malterud (2011) sier at analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til datamaterialet, og lese og organisere innholdet i lys av dette. Gjennom analysen kan data/tekstelementer gi svar på og innsikt i hvilke sider av forskningsspørsmålet som det er meningsfylt og mulig å finne svar på, og det kan bidra til å spesifisere og spisse det endelige forskningsspørsmålet (2011). Ved induktiv, datadrevet analyse kan jeg identifisere meningsbærende enheter i teksten som danner grunnlag for utvikling av databaserte kategorier, som kan brukes til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig fram (Tjora 2019; Malterud 2011). Det praktiske arbeidet med diskursanalyse er avhengig av tilnærming. Iver B. Neumann (2021) deler det innledende arbeidet til en diskursanalyse inn i tre skritt: valg og avgrensning av diskursen, identifikasjon av diskursens representasjoner og identifikasjon av diskursens lagdeling. Neumann (2021) sier at virkeligheten består av sosial meningsskapning og er sterkt avhengig av den spesifikke sosiale konteksten. Diskursbegrepet omhandler hvordan fenomener snakkes om i en gitt kontekst, og kan analyseres ut fra et mål om å belyse hvordan språket brukes for å fremme ulike synspunkter. Ved kritisk diskursanalyse kan en analysere hvordan språk og perspektiver påvirker sosial praksis og representerer maktstrukturer (2021). Ved hjelp av WPR-metoden (Bacchi, 2009) kan analysen operasjonaliseres og systematiseres.

Ved å kode datamaterialet i kategorier, og så i sub-kategorier, sammenlignet jeg ulike tekstelementer med sikte på å finne typiske og generelle mønstre i datamaterialet. Tekstelementene organiserte jeg i matriser, for å lettere få en oversikt når jeg systematiserte det (Tjora 2019). Funnene fra analysen er drøftet i lys av forskning, og kunnskap og teori om sosial ulikhet i helse. Valg av teoretiske ressurser og metode handler om at diskursanalyse i Foucaults forstand er studier av hvordan tekster og dokumenter alene etablerer maktposisjoner, mens Fairclough mener at maktposisjoneringen i tekst ikke er tilstrekkelig for å forklare hvordan sosial praksis utformes og hva folk velger å gjøre.

## 3.4 Datamaterialet

Her presenteres datamaterialet som undersøkes i denne studien. I min studie er Leve hele livet-dokumentet empirien og datamaterialet som skal analyseres.

### 3.4.1 Om dokumentet:

Leve hele livet er et dokument på 183 sider som består av ti kapitler. Bakgrunn for forslag om ny reform, utfordringer og løsninger presenteres gjennom hele dokumentet.

I Leve hele livet står det at: reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungere i praksis. Forslagene til løsninger og tiltak er i hovedsak er utarbeidet på bakgrunn av innspill fra og samarbeid med eldre, fagfolk, pårørende, ledere, representanter fra frivillige organisasjoner og andre samfunnsaktører som har deltatt på dialogmøter holdt rundt om i Norge, og dette danner sammen med ny forskning grunnlaget for reformen. Leve hele livet-dokumentet har i hovedsak som formål å opptre som inspirasjonskilde for kommuner på tvers av landet, og en «verktøykasse» med utprøvde tiltak som har visst seg å ha effekt i kommuner som har utarbeidet disse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7). Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen vil prioriteres innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Reformperioden vil starte 1. januar 2019 og vare i fem år med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering. Regjeringen har etablert et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformperioden, som skal veilede og bistå kommunene med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt. Alle kommunene vil bli invitert til å delta i læringsnettverk for å dele erfaringer og lære av hverandre. I årene 2021-2023 er det planlagt gjennomføring, implementering og rapportering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I 2023 skulle eldreforamen evalueres- reformperioden er nå forlenget til 2024 på grunn av koronapandemien. I Statsbudsjettet for 2021 ble det lagt føringer for tildeling av tilskudd, hvor kommunene som omstiller seg i tråd med Leve hele livet blir prioritert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Allerede på forsiden til dokumentet fortelles det noe om hva det er leseren skal lese; «en kvalitetsreform for eldre». Bruk av ordet *kvalitet* gir assosiasjoner til noe holdbart, solid og gjennomtenkt. Dette forsterkes av bruken av det norske riksvåpenet og teksten «det kongelige

helse- og omsorgsdepartementet», noe som formidler autoritet og status. Dokumentets er ikke signert med forfatternavn, men med avsender helse- og omsorgsdepartementet.

På første side av dokumentet beskrives en situasjon fra et dialogmøte mellom befolkningen og politikerne med summende, engasjert prat og stort oppmøte. Den gjør oss kjent med stemningen, etablerer rammene og setter samtidig tonen for videre lesing av dokumentet. Dialogmøtene framstår som hyggelige og uformelle.

I dokumentet veksles det mellom å vise oss eksempler fra større og mindre tiltak fra ulike kommuner i Norge med sitater fra eldre, pårørende og fra personer som jobber i eller med helse- og omsorgstjeneste, og å vise til statistikk, teori og forskning. Eksemplene på tiltak fra kommune-Norge er presentert i noe som ligner på faktabokser, og utgjør omtrent halvparten av dokumentet. I faktaboksene er det brukt et muntlig, positivt ladet, lett språk, krydret med sitater og anekdoter. Det står at eksemplene kan brukes som inspirasjon fra kommuner som har fått det til. Frivillighet og tilbud der eldre selv, pårørende og frivillige inviteres til å bidra er gjennomgående fremhevet i løsningsforslagene. Vi får ikke vite noe om bakgrunnen til sitatmakerne; vi vet ikke hvor gamle de er, helsetilstand, eller om de har partner og pårørende. Vi får ikke vite mer om komposisjonen av deltagerne på dialogmøtene og i hvilken grad den er representativ for den eldre befolkningen i Norge. Vi får heller ikke vite mer om hva om fungerer og eventuelt ikke fungerer i kommunene eksemplene er hentet fra.

Det er bilde av en eldre dame som ser blid ut og gjør en grimase som gir henne et lekent uttrykk, og på et vis representerer eldre på forsiden av dokumentet. Gjennom hele dokumentet er det bilder av eldre mennesker og ulike situasjoner. Eksempelvis en eldre mann som plukker bær, en annen eldre mann som ler stort mot kameraet, et eldre par som går tur i skogen, en eldre dame og en yngre pleiemedarbeider i noe som ser ut som hyggelig passiar, eldre mennesker som deltar på en form for trening i et basseng, og et bilde av et papirstykke formet som hjerte med teksten: jeg ønsker meg gode opplevelser! Jeg ønsker å leve til jeg dør!. Det presenterer eldre som blide, aktive og livsglade. Det kan gi assosiasjoner til glede og omsorg og bidra til å balansere det tyngre, seriøse inntrykket dokumentet kan få i form av å være et politisk dokument.

### 3.5 Diskursanalytisk verktøy

Analysen i denne oppgaven er basert på statsviteren Carol Bacchi`s diskursanalytiske verktøy «What´s the problem represented to be?» som presenteres i følgende kapittel.

«What´s the problem represented to be?» (forkortet: WPR) (Bacchi, 2009) er egnet til å sette søkelys på gapet mellom idealer og realiteter. Bacchi mener all politikk er forslag til løsninger og endringer, og at det i hvordan dette presenteres implisitt ligger problematiseringer. Bacchi mener at ved å lese et politisk dokument kan man se hvordan dokumentet svarer til en forståelse av et problem. Forståelsen av problemet gjenspeiles i løsningsforslaget, og forslaget til løsningen på et problem vil kunne avsløre hvilken diskurs som har vært toneangivende i prosessen med løsningsforslaget. (Winter-Jørgensen og Philips, 1999; Bacchi, 2009; Eriksen, 2019).

WPR-metoden er bygget opp av tre grunnleggende antagelser. Antagelsene er at vi er styrt gjennom problematiseringer, og at vi derfor må studere problematiseringer, og problematisere problematiseringene gjennom å granske premissene og effektene av representasjonene problemene inneholder (Bacchi, 2009 s. 25). WPR-metoden fokuserer på den underliggende betydningen i en tekst, som skaper diskurser og har konsekvenser på mikro- og makronivå. Styling skjer ikke gjennom politiske dokumenter i seg selv, men gjennom hvordan problemene fremstilles. I dette ligger det et premiss for ulike former av makt. De problemene som Leve hele livet skal forsøke å løse er ikke et problem som bare er der, men som har oppstått i politikkenes prosesser. Det er i analysen hensiktsmessig å analysere fremstillingen av problemene, heller enn problemene, da det er her diskursene oppstår. Effekten problempresentasjonene produserer og denne problemrelasjonen avsløres i endringene og løsningene som politikken foreslår. Gjennom å ikke ta for gitt de sosiale problemene og løsningene som blir presentert, men å spørre hva som er kildene til tiltakene og hvordan de er fundert, vil vi få en økt forståelse for hvordan styling skjer og hva det innebærer for befolkningen. På den måten kan man se hvordan påvirkning ulike problematiseringer i et politisk dokument har på individet eller grupper av mennesker (Bacchi, 2009).

I denne oppgaven vil dette innebære å studere hvordan problemer presenteres gjennom språklige virkemidler i Leve hele livet, for å finne ut hva som ligger bak problemforståelsen som igjen avslører hva avsender mener må forandres.

Bacchi (2009) utformet seks spørsmål som fra ulike vinkler problematiserer problematiseringene. I mitt arbeid med analysen har jeg med utgangspunkt i forskningsspørsmålet formulert konkrete spørsmål til eldrereformen, basert på Carol Bacchi's diskursanalytiske verktøy, med mål om å identifisere gjeldende diskurser.

### **3.6 Analysespørsmål**

WPR-metoden går ut på at det stilles kritiske spørsmål til de politiske tiltak og det politiske dokumentet som skal undersøkes.

#### **3.6.1 Hva er problemet presentert som?**

Det første spørsmålet er det mest grunnleggende og handler om å finne ut hva eller hvordan problemet representeres. Dette danner utgangspunktet for det resten av spørsmålene i WPR-analysen bygger på.

Her må man ifølge Bacchi (2009) være oppmerksom på at det ikke nødvendigvis foreligger et faktisk problem, men at all politikk inneholder representasjon problemer som oppstår i politiske prosesser. Ulike styringsdokumenter, reformer og andre politiske tiltak bidrar til å skape og utpeke problemene, som ikke nødvendigvis er definert som problemer utenfor denne politiske prosessen. Representasjonen av problemet vil også si noe om hvordan problemet oppfattes. Å synliggjøre denne styringspraksisen er en av målene ved WPR-metoden (Bacchi, 2009).

#### **3.6.2 Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for framstillingen av problemet?**

Når problemet måten det er presentert på er identifisert, er neste steg å undersøke antagelsene problemforståelsen bygger på. Det skal undersøkes nærmere hvilke epistemologiske antagelser som ligger til grunn. Hva er kunnskapsgrunnlaget, på hvilket grunnlag har meningsinnholdet blitt dannet, og hva som i det samme blir tatt for gitt. Med referanse til Foucault sine tanker om arkeologiske undersøkelser, skal den bakenforliggende årsaksforklaringen avsløres gjennom å lag for lag avdekke hvilket tankegods som har bygd opp til presentasjonen av problemet. Her er ikke politikeres forutinntatthet eller intensjoner med eldrereformen det som søkes avdekket, men å belyse hvilke antagelse og forestillinger som ligger til grunn i selve presentasjonen av problemet. (Bacchi, 2009).

### **3.6.3 Hva er opprinnelsen til presentasjonen av problemet?**

Bacchi (2009) sier at presentasjonen av problemet er en versjon av virkeligheten som gitt andre perspektiv eller fokus ville ha vært utformet annerledes. Hensikten med å undersøke hva som er opprinnelsen til presentasjonen av problemet, er på den ene siden å avdekke valg som ligger til grunn for presentasjonen, og på den andre siden å vise at presentasjonen kunne ha vært annerledes dersom andre valg ble tatt (2009).

Det som i første omgang kan bli tatt for gitt i lesingen av Leve hele livet-reformen, blir ikke like selvsagt når dette spørsmålet stilles. Gjennom å parallelt lese annen teori og forskning på samfunnsutvikling og om tema tatt opp i Leve hele livet, kan det oppdages en utvikling som kunne ha vært annerledes, gitt at andre valg ble tatt. Bacchi (2009) poengterer at innsikt og kunnskap om samfunnsutvikling gir økt forståelse for forhold som ligger til grunn for hva som tematiseres eller ikke tematiseres.

### **3.6.4 Hva er ikke problematisert i framstillingen av problemet? Hva er stillhetene?**

Bacchi (2009) sier om dette: Hva er ikke-problematisert i representasjonen? Hva er forbigått i stillhet? Kan man tenke annerledes om `problemet`? (2009, s.2, min oversettelse)

Hensikten med dette spørsmålet er å undersøke hva som ikke er problematisert i Leve hele livet-reformen. Bacchi (2009) sier at det ikke nødvendigvis er slik at regjeringen bevisst forsøker å skjule noe, men gjennom presentasjonen av problemet er det noe som er inkludert, mens andre forhold er ekskludert eller forenklet i fremstillingen av problemet.

I min studie undersøker jeg hvordan sosial ulikhet i helse er skrevet inn i Leve hele livet. Gjennom diskursanalyse er min hensikt å vise flere sider av et komplekst fenomen som spørsmålsstiller regjeringens hensikt med å skrive frem eldre slik det gjøres i Leve hele livet

### **3.6.5 Hvilke effekter kan problemforståelsen og framstillingen av problemet føre til?**

Bacchi (2009) bruker begrepet *effekter* når hun diskuterer hvordan noen problempresentasjoner kan skape besværligheter eller skade for sosiale grupper eller individer. Bacchi (2009) sier at en diskurs kan skape en effekt som innskrenker forståelsen av et fenomen, og påvirker handlingsrommet på måter som gjør det vanskelig å tenke eller

beskrive et fenomen på en annen måte. Dette handlingsrommet kan igjen gis en forsterket følgeeffekt gjennom diskursen, som kan bidra til å avgrense handlingsrommet ytterligere (2009). I denne studien ser jeg på hvordan eldre skrives fram og konstrueres med et sett egenskaper som skaper forventninger og på hvordan det konstrueres sosiale relasjoner og skapes en subjektposisjon.

### **3.6.6 Hvordan kunne tiltak og konsekvenser sett annerledes ut?**

Hvor har representasjonen av problemet blitt produsert, distribuert og forsvart? Hvordan har det blitt (eller kunne ha blitt) stilt spørsmål ved, forstyrret eller forsvart? (Bacchi, 2009 s. 2, min oversettelse).

Ifølge Bacchi (2009) er hensikten i dette analytiske spørsmålet å finne hvordan problemforståelsen etableres som sosiale fakta eller sannhet gjennom diskurser og utsagn. Bacchi oppfordrer med dette til å undersøke hvordan sannheter oppstår og hvordan andre perspektiv eller en annen problemforståelse endrer forutsetninger og fører til en annen forståelse av problemet og dermed andre løsningsforslag. Et sentralt spørsmål i tråd med Bacchis` tenkning vil være å finne ut hvordan en erobret problemforståelse forankrer sin legitimitet og institusjonalisering (2009). I denne studien søker jeg å se på teori og forskning som kan mangfoldiggjøre virkeligheten og utfordre virkeligheten presentert i *Leve hele livet* gjennom å se på fenomenet fra ulike perspektiv.



## 4 WPR-analyse av Leve hele livet

Bacchis (2009) WPR-metode går ut på at det stilles kritiske spørsmål til de politiske tiltak og det politiske dokumentet som skal undersøkes. I en WPR-analyse undersøkes hvordan det aktuelle problemet som skal løses framstilles i et gitt dokument (Bacchi, 2009). I det følgende presenteres en analyse i form av de seks spørsmålene WPR-metoden er basert på, og funn fra analysen diskuteres fortløpende i teksten. I analysen av hva som er problempresentasjonen i Leve hele livet har jeg undersøkt hvordan problemet blir formulert og representert i styringsdokumentet, og hvordan problemløsninger formidles og kontekstualiseres språklig. Ifølge Bacchi (2009) kan det antatte problemet komme eksplisitt til uttrykk som en formulert problemstilling, men forslag til ny politikk vil i seg selv implisere at noe må forandres.

I det følgende vil problempresentasjonen og løsningene som foreslås i Leve hele livet være utgangspunkt for analyse og diskusjon.

### 4.1 Ny bærekraftig politikk

Det innledes med at fokus på bærekraftig politikk og løsninger er sentralt i Leve hele livet, og i styringsdokumentet framsettes følgende forslag til løsning for det som anses sentralt for hvordan en bærekraftig politikk skal innlemmes i helse- og omsorgstjenesten for å sikre innbyggere en trygg alderdom:

Med Leve hele livet har en regjering for første gang samlet og systematisert arbeidet med noen av de kommunene som har funnet nye og bedre løsninger i tilbudet til eldre. Sammen med allerede igangsatte og gjennomførte satsinger og tiltak, signaliserer regjeringen gjennom Leve hele livet en ny og bærekraftig politikk som skal sikre alle innbyggerne en god og trygg alderdom. Det innebærer både bedre tjenester og tilbud, men også et samfunn hvor eldre får brukt sine ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

«Tidligere reformer har handlet om systemer. Leve hele livet handler om mennesker» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

I Leve hele livet presenteres en del av løsningen slik: «Denne meldingen inviterer derfor de eldre selv og befolkningen for øvrig til å være med å skape et er aldersvennlig Norge [...]

Programmet skal utfordre den eldre befolkningen til å selv engasjere seg i sine omgivelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12).

Ved å bruke ord som aldersvennlig, invitere, utfordre og engasjere framstilles det som at å bidra i eldreomsorgen i hovedsak er til fordel for den eldre befolkningen. En økning i antall eldre med behov for hjelp vil utfordre velferdsstaten og helse- og omsorgstjenestene (SSB 2019; KS 2019) som plikter å sikre et kvalitetssikret tjenestetilbud til alle i befolkningen (Vike, 2011). I *Leve hele livet* står at:

De kvantitative utfordringene som følger av endringene i befolkningssammensetning blir i første rekke ivaretatt gjennom veksten i kommunesektorens frie inntekter og sykehusenes aktivitetsvekst. Denne meldingens hovedfokus vil imidlertid være å finne nye og innovative løsninger på de mer kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, kontinuitet og sammenheng, og en mer aldersvennlig samfunnsutvikling. Forslagene til løsninger bygger på erfaringer som allerede er gjort i enkelte kommuner, sykehus, organisasjoner og næringsliv.

Det handler om å gjøre enkelte ting på andre måter enn før, og skape forenkling, fornyelse og forbedring gjennom innovasjon. Nye arbeidsmetoder, nye samarbeidsformer, ny teknologi og nye løsninger vil gi noen av svarene på hvordan vi i fellesskap kan skape et mer bærekraftig samfunn i møte med aldringsutfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 54).

Det utdypes ikke hva de kvantitative utfordringene er, men en kan anta at det handler om blant annet politiske og økonomiske spørsmål da det vises til inntekter og aktivitetsvekst. Ved bruk av slike faguttrykk gjøres språklige grep som skaper en distansering til det faktiske problemet som forsøkes løst. Dette kan leses som at ansvaret for potensielle økonomiske følger av endringen i befolkningssammensetning ikke angår det *Leve hele livet* handler om. De kvalitative utfordringene kan som beskrevet i *Leve hele livet* forstås som nærmere på livet til de eldre, da eksemplene på kvalitative utfordringer handler om ting fra dagliglivet. Om dette sies det videre:

Den demografiske utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for de fleste av samfunnets institusjoner, sektorer og markeder, og vil kreve nye løsninger og skape endringer på en rekke områder. Samtidig ser vi at store nye generasjoner eldre vil ha

høyere utdanning, bedre helse, bedre boliger og bedre økonomi. Det kan bli av avgjørende betydning at de tar i bruk sine ressurser for å møte alderdommens utfordringer og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 69).

I sitatet over ligger en forståelse som forutsetter at den eldre befolkningen er en ensartet og homogen gruppe og det legges til grunn en forståelse av at alle representanter for den eldre befolkningen har like og samme sosioøkonomiske og helsemessige forutsetninger og ressurser til å motvirke konsekvenser av demografiske endringer. De eldre skal selv gjennom sine ressurser bidra til å motvirke konsekvenser av demografiske endringer og de skal utfordres og gis mulighet til å bidra gjennom frigjøring av ressurser. «Nye løsninger», «utfordringer» og «muligheter» legger opp til at eldre skal bidra og at samfunnet er avhengig av det, men også at det er givende for eldre å bli utfordret og få muligheter. Aktiv aldring-begrepet trekkes fram i *Leve hele livet* som forhold som skal bidra til å skape og opprettholde en god og trygg alderdom, og frigjøre eksisterende ressurser som gjør at befolkningen i mindre grad vil ha behov for helse- og omsorgstjenester.

«Morgendagens omsorgstjeneste må legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv» muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 59).

Når *Leve hele livet* omtales å handle om mennesker og ikke systemer, og samtidig inviterer de eldre selv og den øvrige befolkningen til å være med å skape et aldersvennlig Norge, kan den språklige formuleringen bidra til å flytte fokus fra staten (systemer) til de eldre og øvrig befolkning (mennesker) og ansvarsforholdet utfordres. «Ny og bærekraftig politikk» kobles til «god og trygg alderdom», og utsagnet kan implisere at tidligere politikk ikke har vært bærekraftig eller bidratt til en god og trygg alderdom. Bærekraft er et begrep som går igjen i *Leve hele livet*. Samuelson (2020) påpeker at bærekraft er et begrep som er vel etablert i vårt kollektive vokabular, og ordet har på mange måter blitt et trendord. Det er et språklig grep å bruke ordet bærekraftig da det kan oppfattes som betryggende, i form av at politikken og helse- og omsorgstjenestene har kraft til å bære utfordringene. «Ny» oppfattes ofte fristende, og «god og trygg» uttrykker at politikerne vil de eldre vel.

## **4.2 Aktiv aldring**

I *Leve hele livet* beskrives «den nye eldregenerasjonen» som mer ressurssterk enn tidligere generasjoner. Det sies at de har andre ressurser enn tidligere generasjoner, uten at det utdypes

nærmere hva disse ressursene innebærer, men de skal uansett brukes til å mestre tilværelsen med å delta i et aktivt, sosialt liv:

Nye generasjoner eldre har andre ressurser enn tidligere eldregenerasjoner å møte alderdommen med, og må utfordres til å bruke dem til å planlegge og mestre egen tilværelse og ha et aktivt liv i fellesskap med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 46).

I Leve hele livet står at: «Aktiv aldring blir sett på som en hovednøkkel til å møte den raske veksten i andelen eldre i befolkningen i Europa» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 74). «Aktiv aldring»-strategien handler om at eldre skal «stå lenger i arbeid, delta i samfunnsliv og kulturliv, involvere seg i frivillig virksomhet og omsorg, og selv forbli uavhengige og selvstendige så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 74). Den eldre befolkningen utfordres til å «tilrettelegge egen bolig, investere i venner og sosialt nettverk, og opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 72).

Aktiv aldring gjennom å ta ansvar for egen helse og klare seg selv, er både et ideal for den enkelte og en politisk strategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 83).

En slik politisk strategi skaper høye forventinger til å den eldre befolkningen. Det skapes en idealisering av eldre i relasjon til aktiv aldring. I sitatet over forsterkes individfokuset, og den ideelle eldre skal være selvstendige og klare seg selv. Dette bidrar til å forskyve ansvaret for aktiv aldring til de eldre selv.

Individualisering av ansvaret skrives fram slik:

Leve hele livet er en reform for å skape de eldres helse- og omsorgstjenester, der det viktigste spørsmålet er: Hva er viktig for deg?» [...] «Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvstendig og klare seg selv i størst mulig grad» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21).

Haukelien (2021) skriver at «Hva er viktig for deg?» har blitt et dominerende symbol i mange norske kommuner og representerer en forestilling om at offentlig tjenesteyting mangler personorientert fokus. Det har ført til økt rehabiliteringsfokus gjennom tiltak som

«hverdagsrehabilitering», hvor den eldre selv skal aktiv skal bidra og ta lederrollen ved å formulere hensiktsmessige målsettinger for rehabiliteringen. Det tas for gitt at den eldre selv har potensial til og ønsker om å gjennom en intensiv periode med rehabilitering hjelpes til mest mulig selvstendighet etter sykdom eller funksjonsfall. En slik satsing i kommunene krever økte ressurser og prioriteringer innenfor kommunens eksisterende budsjett, med forventning om at rehabiliterte eldre skal spare kommunen for utgifter etter endt oppfølgingsperiode. En risiko med en slik satsing er at de eldre som ikke har potensial for rehabilitering og selvstendig hverdagsmestring, nedprioriteres (2021).

Et løsningsforslag i Leve hele livet, for å oppnå at eldre er mest mulig selvstendig, er «velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21), og videre at velferdsteknologi er et bærekraftiltak i morgendagens helse- og omsorgstjeneste:

Morgendagens omsorgstjeneste må legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Velferdsteknologi gir eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger. Det gir også eldre mulighet til å bo hjemme lenger. Økt bruk av velferdsteknologi er en av flere faktorer som kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtida (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 59).

I denne formuleringen i Leve hele livet foreslås velferdsteknologi som en del av løsningen som gir eldre bedre livskvalitet, mestring og selvstendighet. Velferdsteknologi kan bidra i tilretteleggingen med å bli en ressurs i eget liv, med andre ord med mindre behov for helse- og omsorgstjenester. Det kan forstås som at god livskvalitet, opplevelse av mestring og selvstendighet er i et avhengighetsforhold med det å mestre bruk av velferdsteknologi.

Eldre har ulike forutsetninger for å ta i bruk velferdsteknologi. Bjønnes et. Al (2021) viser i en undersøkelse at det som i størst grad forklarer variasjon av digitale ferdigheter er alder, utdanningsnivå, bosted og inntekt. De fant at eldre har lavere digital bruk og svakere digitale ferdigheter enn øvrig befolkning, noe som tyder på at det er høy terskel for å ta i bruk digitale tjenester hos mange i den eldre befolkningen. Det er store forskjeller innad i gruppen eldre, og bruk og ferdighet synker med stigende alder. Særlig ved bruk av sosiale medier og netthandel har den eldre befolkningen manglende erfaring sammenlignet med den yngre befolkningen.

Undersøkelsen viser også at en betydelig mengde av de eldre med svake digitale ferdigheter, ikke har vilje eller interesse for å delta på kurs ol. for å oppnå bedre kompetanse og ikke selv ser nytteverdien. Det konkluderes med at det må lages individuelle oppsøkende opplæringstilbud til eldre for å hindre digitalt utenforskap (2021).

I *Leve hele livet* vises det til eksempler fra norske kommuner og digitale hjelpemidler i ulike former. En applikasjon for nettbrett som skal fremme matlyst hos eldre og forebygge underernæring gjennom oppmuntring, orientering og organisering som skal forenkle planlegging av måltider for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. ). Det står i *Leve hele livet* at:

Flere kommuner har innført elektroniske løsninger for bestilling av mat for hjemmeboende (...) Ved å gå inn på nettsiden eller laste ned en gratis app kan eldre finne menyen og de ulike rettenes næringsinnhold. Brukere kan selv administrere leveringspunkt og velge meny (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. ).

I *Leve hele livet* pekes det på at det er et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis i helse- og omsorgstjenestene når det gjelder mat og måltider:

Mat og måltider blant eldre har i de senere årene blitt satt på dagsorden i Norge. Likevel ser det ut til å være et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis i tjenestene. Mange eldre er feil- eller underernært. Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap om området, tyder på at ikke alle eldre får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser. Oppsummert er hovedutfordringene manglende systematisk oppfølging, manglende sosiale fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene, få måltider og lang nattfaste, lite mangfold og valgfrihet, lang avstand mellom produksjon og servering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103).

Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og kunnskap på området tyder på at mange eldre ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov for helsehjelp og bistand til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Mange eldre ønsker en helse- og omsorgstjeneste som i større grad tar utgangspunkt i de eldres behov og lar eldre få være sjef i eget liv lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 121).

Mowè (2002) skriver at eldre oftere enn yngre mister matlysten i forbindelse med sykdom, noe som medfører redusert næringsinntak og ernæringsstatus. En undersøkelse fra Helsedirektoratet (2021) viste at i 2020 var 18 prosent av eldre hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester vurdert å være i ernæringsmessig risiko. 46,6 prosent av eldre hjemmeboende, fikk ikke kartlagt ernæringsstatus, og for 28,5 prosent av eldre hjemmeboende manglet det rapportering om ernæringsoppfølging. Det er ulikhet mellom fylkene, eksempelvis er det i Oslo 30 prosent eldre som er vurdert å være i ernæringsmessig risiko, mot 12 prosent i Trøndelag. Helsedirektoratet viser til studier som sier at 20-60 prosent av hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester, er underernærte eller i fare for å bli det (2021). Tallene tyder på at eldre hjemmeboende som mottar hjelp fra helse- og omsorgstjenesten har behov for mer, faglig ernæringsoppfølging. Friske eldre som ikke har behov for helse- og omsorgstjenester eller tilrettelegging for god ernæring, vil trolig heller ikke benytte seg av løsningsforslagene fra Leve hele livet.

Velferdsteknologi presenteres i Leve hele livet som en mulig løsning på manglende kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten til eldre, med mange helsearbeidere å forholde seg til:

en annen løsning er mer brukerdrevet bestilling av hjemmehjelp gjennom en nettbasert bestillingsportal, der brukerne kan bestill kommunale tjenester til det tidspunktet som passer dem. Dette er ressurseffektivt for kommunen, samtidig som det gir brukerne de tjenestene de ønsker når de selv ønsker det. Brukerne blir i større grad i stand til å leve livet slik de selv vil. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 155).

Det stilles krav til eldre som selv skal bestille matvarer og hjemmetjenester etter behov. Tilgang til og bruk av internett på ulike digitale plattformer forutsetter både at man kan orientere seg om kjøp, installere programvare, foreta oppdateringer, fikse feil og kople til annet utstyr. Tidligere studier har vist at eldre i utstrakt grad trenger hjelp fra familie og venner til å håndtere en rekke slike utfordringer. Halvparten av eldre som bruker internett, handler aldri varer på nett (Slette-meås, Mainsah & Berg, 2018).

Det er kjent at når tjenester eller varer skal bestilles på internett kreves det i de aller fleste tilfeller at kunden legger inn personopplysninger og logger inn med pin-kode og/eller passord. Flere matbutikker tilbyr hjemlevering av matvarer, ved at man enten bestiller i nettbutikk og betaler med nettbank, eller oppretter en konto i matbutikk som så sender regning til kunden.

I et stadig digitalisert samfunn, er kunnskap om og tilgang til digitale verktøy og velferdsteknologi noe som potensielt kan være en utslagsgivende faktor for sosial ulikhet hos eldre. Det dannes et skille mellom de som har kunnskap om digitale verktøy og ressurser til å skaffe seg det, og de som ikke har det. Forskning (Rydland, 2020) viser at bruk av velferdsteknologiske og medisinske teknologi følger en sosial gradient. Personlige blodtrykksmålere knytte til hjerte-kar-sykdommer og teknologi til hjelp for å kontrollere diabetessykdom er mest brukt av personer med høy utdanning og inntekt.

I *Leve hele livet* skrives det at økt bruk av velferdsteknologi skal gjøre at eldre i større grad får mulighet til å bli en ressurs i eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2017) viser til gode resultater i sine gevinstrealiseringsrapporter og peker på en rekke positive gevinster ved implementering av velferdsteknologi der i hovedsak spart tid, økonomiske besparelser, og høyere kvalitet på tjenester overfor brukere, pårørende og helsepersonell trekkes fram som særlig utslagsgivende.

De positive økonomiske, tidsbesparende og målbare effektene gevinstrealiseringsrapportene viser til, kan komme i konflikt med befolkningens rett til trygghet, tillit, brukermedvirkning og kvalitet i helse- og omsorgstjenester slik de beskrives i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Forskning viser at den faktiske virkeligheten ikke tegner et så ensidig positivt bilde som rapportene fra nasjonalt velferdsteknologiprogram illustrerer. Stokke (2018) tar i sin artikkel for seg hvordan og hvorfor et tett samarbeid mellom aktørene som bruker velferdsteknologiske tjenester er en nødvendig forutsetning for at nytten av velferdsteknologi skal optimaliseres. Det understreker nødvendigheten av en tilpassing som er helsefaglig fundert organiseres i tett samarbeid mellom ansvarlig helsepersonell og den som skal motta et integrert helsetjenestetilbud i form av velferdsteknologiske hjelpemidler. Stokke mener at en må anvende brukererfaringer til å utforske hvordan bruken av velferdsteknologiske hjelpemidler kan justeres, følges opp og forbedres. Det bør også tas høyde for om de økonomiske beregningene som gjøres er tilstrekkelig nyansert, gjennomtenkt og differensiert. Det som oppleves som et godt hjelpemiddel for en bruker, kan oppleves som problematisk eller som en ulempe for en annen.



Hauvik og Eines (2019) skriver at kommunale velferdstjenester må implementere demografiske utfordringer med flere eldre og alvorlig syke hjemmeboende brukere, og etterlyser et større fokus på reell brukermedvirkning i form av individuell tilpasning. De stiller blant annet spørsmål ved det moralske; hvem har mest nytte av økt bruk av velferdsteknologi – er det brukere, pårørende, det offentlige, eller industrien som produserer produktene?

Studier viser at eldre ikke ønsker skjermbaserte medier som alternativ til å bruke telefon, og at dersom ansikt-til-ansikt tid erstattes av mer omfattende telefonbruk reduseres de eldres opplevelse av trygghet og livskvalitet (Kjerkol, Linset & Westeren, 2022). Flere eldre opplever skjermbaserte medier som kalde og upersonlige (Lüders & Brandtzæg, 2014). Eldre over 80 år er gruppen som bruker digitale verktøy for sosial kontakt minst, mens yngre eldre (60-69år) med høy utdanning, god helse, og som er i parforhold, er gruppen som bruker sosiale media mest (Molvik, 2019). Samtidig har flere yngre eldre nytte digitale hjelpemidler, og sosiale medier kan for noen være en fin måte å holde kontakten med familie og venner. En studie (Molvik, 2019) fant at det var stor forskjell i bruk av sosiale medier, og at gruppen med de yngre eldre i mye større grad enn de eldste eldre bruker sosiale medier. Flere eldre som ikke bruker sosiale medier oppgir at årsaken er manglende kunnskap, ikke manglende interesse (2019). Eriksen et al. (2022) fant at det vil kreve en overordnet innsats for å forebygge digital utenforskap for at kommunikasjonsteknologi skal kunne bidra til å forebygge sosial isolasjon. Særlig viktig er det at de som ikke har sosiale nettverk og gruppen eldre over 80 år følges opp for å hindre digitalt utenforskap. Dette forteller at det er de eldste eldre som har størst risiko for digitalt utenforskap og sosial ulikhet dersom velferdsteknologi er nøkkelen til livskvalitet, mestring og selvstendighet.

Velferdsteknologi kan være gode hjelpemidler i utøvelse av helse- og omsorgstjenester, men Steinseide, Potrebný, Ciliska & Graverholt (2022) fant flere studier som har undersøkt bruk av digitale verktøy som anvendes i helse- og omsorgstjenesten for å fange opp forverret helsetilstand på et tidlig tidspunkt. De fant få studier som har fokusert spesielt bruk av digitale verktøy i kommunale helsetjenester til eldre. Studien konkluderer med at det er et reelt behov for standardiserte verktøy som beslutningsstøtte i situasjoner med komplekse vurderinger. I studien konkluderes at det i for liten grad er utforsket hvorvidt verktøyet egner seg til bruk i helsetjenester til eldre utenfor sykehus.

I forskningen ser det ut til at holdningene og opplevelsene rundt bruk av velferdsteknologi er tosidig. Det synes uklart i hvor stor grad brukermedvirkning og involvering av pårørende er inkludert i implementeringen av velferdsteknologi. Det ser også ut til å være store forskjeller i hvordan og i hvilken skala de ulike kommunene fokuserer på opplæring av personale og brukere, før velferdsteknologiske hjelpemidler tas i bruk (Knarvik, Rotvold, Bjørvig & Bakkevoll 2018).

I Leve hele livet omtales velferdsteknologiske løsninger som viktige hjelpemidler i forbindelse med helsesvikt gjennom blant annet å gi de eldre mulighet til å bevare god livskvalitet, økt opplevelse av selvstendighet og mulighet til å kunne bo i eget hjem i siste fase av livet. Videre skrives det at framtidige helse - og omsorgstjenester forventes å tilrettelegge for at befolkningen ved sykdom og aldersrelatert helsesvikt skal kunne få et godt tilbud som primært skal sørge for å bevare helse lengre og tilrettelegge for at velferdsteknologi skal øke mulighetene for kvalitet og bærekraft i omsorgstjeneste som skal komme befolkning, helsetjeneste og samfunn til gode. Det vises til punkter hvor velferdsteknologi skal spille en rolle; trygghet og mestring, avstandsoppfølging, teknologi for å motvirke ensomhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 59-60).

I Leve hele livet omtales ensomhet som en trussel mot helse og livskvalitet, formulert som at:

Andelen av befolkningen som er enslige og bor alene er økende. Isolert sett er dette en tendens som kan peke i retning av mindre kontakt og fellesskap. Studier viser likevel at det nå er færre eldre som oppgir at de mangler en fortrolig venn og opplever seg som ensomme enn tidligere. Ensomhet er ikke mer utbredt blant eldre enn hos yngre, og de færreste opplever dette som et alvorlig problem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 81).

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på Eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. [...] Tilbakemeldinger fra dialogmøtene, brukerundersøkelser og annen kunnskap tyder på at dette er områder helse- og omsorgstjenestene ikke er best på. Mange eldre uttrykker at de i for liten grad får tilbud om varierte og tilpassende aktiviteter. Flere steder er ikke samarbeidet med frivillig sektor satt i system (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 79).

I Leve hele livet står at ensomhet kan føre til at eldre mister selvtillit og motivasjon til å delta i sosiale aktiviteter, og at mangel på variasjon i aktivitetstilbudet og transportmuligheter er utfordrende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 81-82). Utfordringer med ensomhet differensieres av sivilstatus ifølge formuleringer i Leve hele livet hvor det står at: «undersøkelser viser at det å bo sammen med noen, ha god helse og høy utdanning beskytter mot ensomhet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 82).

Lunde (2016) påpeker at ensomhet er et komplekst fenomen og en subjektiv opplevelse som vanskelig lar seg måle, og at for noen er å være ensom en periode selvvalgt -den frivillige ensomheten forekommer dog oftere hos personer med høy utdanning. Lunde viser til forskning som sier at tiltak og intervensjoner mot ensomhet har begrenset eller uklar effekt. For at intervensjonen skal ha effekt, er reell brukermedvirkning i utformingen av tilbudet og målretting mot en spesifikk gruppe avgjørende. Kompetente og erfarne ledere er også bidragsytende til om tiltaket vil fungere (Lunde, 2016). Eldre er ikke en homogen gruppe med like interesser og behov, for eksempel tar eldre med svekket psykisk helse i mindre grad i bruk omsorgstilbud utenfor hjemmet (Bøen, 2008). Depresjon hos eldre kan være tidlig tegn på kognitiv svikt og demensutvikling, og depresjonssymptomene kan fremskynde eller forverre en pågående demensutvikling (Thomas, 2013; Bennet & Thomas, 2014).

«Like viktig som økonomisk kapital kan det være å møte alderdommen med sosial kapital, og investere i familie, venner og sosialt nettverk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 73).

En rimelig god økonomi kan være en nødvendig forutsetning for sosial deltakelse. Sammenlignet med andre, har pensjonistene som gruppe, en forholdsvis lav inntekt, men fordi de gjerne har betalt ned sin gjeld, klarer de fleste seg likevel godt. Det er like fullt betydelig økonomisk ulikhet også blant norske seniorer. Fortsatt er det personer og grupper med lave inntekter og dårlig råd. Blant disse er aleneboende minstepensjonister og innvandrere. Pensjonister med dårlig råd har ellers tilgang til sosiale stønader på linje med andre, så som bostøtte, hjelpestønad og sosialhjelp. Av disse er bostøtte den viktigste, og gir for mange et vesentlig tilskudd ved høye boutgifter, f.eks. ved flytting til en ny senior- eller omsorgsbolig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 36).

Her erkjennes at det at sosioøkonomisk status innvirker på muligheten for sosial deltagelse, og det nevnes at noen pensjonister har dårligere råd enn andre. Det gjøres et språklig grep for å ufarliggjøre det faktum, med å skrive at det finnes stønadsordninger som bostøtte og hjelpestønad. Satsen på disse stønadsordningene er lave og skal dekke et minimum for livsopphold, og dersom man har behov for kommunal hjelp til praktisk bistand må det betales for jamfør forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Innunder praktisk bistand som krever egenandel går blant annet hjelp til å smøre og varme mat, dersom du ikke klarer det selv. Dersom du må ha hjelp til å bestille matvarer, går det innunder betalingspliktig praktisk bistand. Helse- og omsorgsdepartementet (2021) skriver at tjenester kommunene kan kreve betalt for er typiske hjemmehjelps- og husmorvikarstjenester, som for eksempel rengjøring, klesvask og matlaging. Kommunene kan i utgangspunktet selv velge nivået på egenandelene for praktisk bistand.

### **4.3 Uformell omsorg**

Begrepet uformell omsorg dekker både frivillig arbeid og omsorgsarbeid gjort av pårørende.

#### **4.3.1 Frivillighet:**

I Leve hele livet står det at «egenvurdert helsetilstand ser ut til å ha relativt stor innvirkning på de eldres aktiviteter. De som uttaler at helsa er utmerket eller god, bruker mest tid til frivillig arbeid og organisasjonsdeltakelse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 33).

I Leve hele livet presenteres begrepet «seniorressursen», og at den ressursen eldre representerer i større grad må tas i bruk gjennom ulike organisasjonsformer. Videre står at potensialet for ytterligere bidrag fra pensjonister er stort og at det totale bidraget nesten kan doubles mot 2030, men det er behov for mer målrettet rekruttering og tilrettelegging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12). Problemet med frivillighet presenteres som at flere eldre ønsker å delta i frivillig arbeid, men at eldre i for liten grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, og at det er problematisk at samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillig sektor ikke er satt i system (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 79).

Det kan forstås som at det her menes at manglende systematisering av frivillig sektor er årsaken til at mange eldre opplever mangler ved aktivitetstilbud. Det står i kontrast til de undersøkelser det vises til i sitatet under:

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området og når det gjelder hverdagsliv, mat og måltider, opplevelser og fellesskap, at dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 81).

I Leve hele livet-reformen står at: Frivillighet skal både gi økt tilfredshet med livet og økt mestringsfølelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 83).

Studier (Hansen & Slagvold, 2020) viser at de eldre som oppgir at de ønsker å delta i frivillig arbeid, ønsker å delta i på egne premisser og stå fritt til å bestemme tid og omfang av frivillig arbeid. Egne interesser og selvrealisering har blitt vel så viktig som å hjelpe andre og bidra til en god sak. Frivillig sektor der eldre skal ønske å delta, må derfor mestre å balansere eldre sine preferanser for fleksibilitet og hva eldre opplever som meningsfullt engasjement, med oppgaver organisasjonene kan tilby og deres behov for kontinuitet og forutsigbarhet (2020).

Frivillig arbeid kan være bidragende i å forsterke sosiale ulikheter i helse hos eldre (Hansen & Slagvold, 2020; Eimhjellen & Fladmoe, 2020). Hansen og Slagvold (2020) fant at helsegevinsten i å delta i frivillig arbeid vil være størst hos de eldre med mindre ressurser da det kan bidra til en større følelse av et meningsfullt liv og beskytte mot ensomhet. De ressurssterke eldre med større sosiale nettverk har derimot større sannsynlighet for å bli inkludert og invitert til frivillig arbeid.

I Leve hele livet-reformen står at: «En gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 83).

Christensen, Ervik & Lindén (2020) fant at retoriske grep om bruk av frivillighet i omsorgstjenesten påvirker hvordan befolkningen tenker om frivillig arbeid. Den norske befolkningen synes å være skeptiske til økonomi- og bærekraftargumenter for økt frivillighet, i motsetning til den gjennomgående positive vurderingen funnet i offentlige dokumenter og blant politikere (2020).

Demografiske endringer i seg selv tilsier at det i framtiden vil bli flere eldre som *kan* delta i frivillig arbeid (SSB, 2019). Flere studier har basert på spådd endring i eldre sin helse og kompetanse, og at eldre opprettholder sitt engasjement for frivillighet på lik linje med i dag, konkludert med at potensialet for ytterligere bidrag fra seniorer og pensjonister er stort

(Folkestad & Langhelle 2016; Haugen & Logstein, 2017). En annen studie (Hansen & Slagvold, 2020) viser derimot at selv om potensialet er stort, er det neppe så stort som tidligere studier har antatt. Halvparten av de eldre som deltar i frivillig arbeid, deltar under en time i uken. I hvor stor grad dette gir de eldre helsegevinst, og i hvilken grad det avlaster helse- og omsorgstjenesten og velferdsstaten er usikkert. Funnen fra studien stiller også spørsmål ved forholdet mellom holdninger uttrykt i intervjusammenheng, og faktiske intensjoner om å delta i frivillig arbeid. For omtrent halvparten av de som oppgir at de ønsker å delta i frivillig gjør helse- og livsstilsituasjoner at de trolig er forhindret i å delta, og det er dermed lite trolig at de vil delta i frivillig arbeid i framtiden (Hansen & Slagvold, 2020).

Eimhjellen & Fladmoe (2020) har undersøkt sammenhenger mellom frivillighet, klasse og sosial ulikhet i Norge. I undersøkelsen er indikatorer for sosial ulikhet som utdanningsretning, yrke, familiebakgrunn og sosialt nettverk inkludert. Det er undersøkt hvordan ulike former for ressurser; kulturelle, økonomiske, sosiale, er knyttet til sosial posisjon og klasse, og hvordan dette former frivillig arbeid i Norge. Undersøkelsen viser at de med mest ressurser deltar mest i frivillig arbeid, og primært i frivillig arbeid innenfor utdanningsinstitusjoner og internasjonale organisasjoner som høyt statuspreg. Personer med høy utdanning er i mindre grad representert i arbeidslivsorganisasjoner og innen tro og livssyn. Noen arbeidsoppgaver har høyere klassestatus og er mer elitepreget, og det kan tenkes at for noen er frivillig arbeid en måte å uttrykke egen sosial posisjon på. Undersøkelsen konkluderes med at like former for kapital henger sammen med ulike typer frivillige arbeidsoppgaver, og at omsorgsarbeid er sterkere knyttet til kulturell enn sosial og økonomisk kapital.

Frivillig arbeid må være nettopp frivillig, og skje på den frivilliges premisser (Rønning, 2010). Andfossen (2019) poengterer at et mangfold aktører deltar i frivillig omsorgsarbeid i Norge. De som gir uformell omsorg bidrar mest, og har en profil som skiller seg fra de andre gruppene frivillige. De som gir uformell omsorg gjør ikke det ikke gjennom en frivillig organisasjon, men som enkeltstående privatpersoner (2019). Enkeltmennesker som gjør ulønnet omsorgsarbeid for mennesker de er pårørende til, lar seg følgelig ikke organisere i samarbeid med næringsliv og organisasjoner.

### **4.3.2 Pårørende**

I Leve hele livet omtales pårørende på følgende måte: «pårørende er en uvurderlig ressurs, både for sine nærmeste og for helse- og omsorgstjenesten. Den er også en fornybar ressurs om

den blir tatt godt vare på» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 46). Ifølge Leve hele livet kan pårørende både utføre omsorgstjenester, men også som koordinator for sine nærmeste, og dette kan pårørende gjøre i mange år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 46).

I Leve hele livet erkjennes det at mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger, og at det derfor er viktig at pårørende får støtte og avlastning. Mer fleksible kommunale avlastningsopphold, informasjon og dialog ved hjelp av digitale verktøy, pårørendeskoler og samtalegrupper er forslag til tiltak i det som i eldreformen omtales som en helhetlig pårørendepolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 25). Videre står at «samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 10 og s. 46-47).

Pr i dag er den frivillige og i hovedsak familiebaserte uformelle omsorgen omtrent på størrelse med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Endringer i befolkningens alderssammensetning, familieforhold og bosetningsstruktur, beskrives som en av de mest krevende utfordringene vi står ovenfor i omsorgsfeltet. Samtidig omtales pårørende som en fornybar og uvurderlig ressurs, og at en av målene med eldreformen er at pårørende ikke skal bli utslitt – slik at de kan ha en jevn innsats for sine nærmeste, kombinert med yrkesaktivitet. Bidraget fra de pårørende beskrives som helt avgjørende.

«Individet er også selv en aktør i sin egen aldring, ofte i samspill med sine nærmeste, som normalt er en sosial støtte og en kilde til hjelp og omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s.34).

De fleste pårørende ønsker ikke å overta oppgavene til helse- og omsorgstjenesten. En uavhengig spørreundersøkelse utført av markedsanalysebyrået Kantar TNS (2019) viste at 75 prosent av den norske voksne befolkningen mener at pårørende har en viktig rolle i eldreomsorgen, men at de ikke skal erstatte fagfolk med nødvendig kompetanse. Dette understøttes av studier som viser at omsorgstjenester som utføres fra familie og pårørende i hovedsak er praktisk bistand (Lunde og Otterlei, 2020), og følgelig ikke kan erstatte helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten.

I Leve hele livet uttrykkes imidlertid at:

Familieomsorgskoeffisienten faller fra 9,3 i 2018 til 4,3 i 2050. Det kan gi et noe forenklet bilde av utviklingen framover, fordi det er flere utviklingstrekk enn alderssammensetning som har betydning for potensiell omsorgsyting i familien, fordi kulturelle endringer også påvirker omsorgsyting. I Norge har familieomsorgen vist seg å være stabil i omfang de siste 20-30 år. Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre, gitt visse vilkår for dette. Familien kan stille opp om de slipper å måttet a hele ansvaret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 42-43).

Dette står i kontrast til en undersøkelse av Blix, Stalsberg & Moholt (2021) som viser at familieomsorgskoeffisient og aldersbæreevne faller betydelig fra 2018 til 2040, altså at forholdstallet mellom de som kan yte omsorg og de som har behov for omsorgstjenester øker i avstand. Tallene fra undersøkelsen forteller at det vil være store forskjeller mellom by og bygd, og at myndighetens forventninger om oppretthold eller økt innsats fra pårørende og frivillige er basert på sviktende demografiske forutsetninger.

Minde og Brustad (2021) fant at under koronapandemien med stengte dagtilbud for eldre og redusert hjemmetjeneste fikk vi en pekepinn på hvordan framtiden kan bli med færre på jobb i helse- og omsorgstjenesten. Flere ansatte i helse- og omsorgstjenesten ble omdisponert til å jobbe med blant annet vaksinerings og smittevernarbeid. Det førte til at avlastningstilbud, koordinering og informasjonsarbeid ble satt på pause i flere norske kommuner. Det ga økt pårørendebelastning (2021).

Pårørende kan spille en stor rolle som pådrivere i tildelingsprosessen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Når sterke pårørende bidrar til at eldre lettere får tildelt helse- og omsorgstjenester eller institusjonsplass, vil det gå på bekostning av andre. Eldre uten pårørende blir ekstra sårbare (Heggstad & Førde, 2021; Tønnesen, Førde & Nortvedt, 2009). Denne problemstillingen utfordrer grunnprinsippet om at alle har lik tilgang til helse- og omsorgstjenester.

Et flertall av de som tar eller får pårønderollen er kvinner (Kantar TNS, 2019). Flere undersøkelser viser at eldre med kvinnelige pårørende får mindre hjelp helse- og omsorgstjenesten enn eldre med mannlige pårørende. Barn av pleietrengende foreldre har ofte problemer med å stå i full jobb, selv om foreldrene mottar hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Noen velger derfor å jobbe deltid, eller å slutte helt i jobben. I tilfeller hvor mor eller far bodde i institusjon, økte barnas arbeidsdeltagelse – størst var økningen hos døtre



(Gautun & Bratt, 2017). De fleste uformelle omsorgsoppgavene utføres av kvinnelige familiemedlemmer. (Daatland, Veenstra & Lima, 2009; Rønning, 2010). En må utføre ulønnet omsorgsarbeid i et halvt kalender år før man kan søke om å få pensjonsopptjening for det (NAV, 2021). En forventning til at pårørende skal ta ansvar for omsorgsarbeidet i pårørenderollen kan skape sosial ulikhet i helse. Det kan føre til at arbeidsføre pårørende må redusere eller slutte i lønnet arbeid (Gautun & Bratt, 2017), som tross omsorgsstønad gir lavere pensjonsopptjening. For noen pårørende blir belastningen så stor at de selv utvikler eller står i fare for å utvikle egne helseplager (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

#### **4.4 Det gode liv**

I innledningen til *Leve hele livet* skrives følgende om det gode liv:

De fleste eldre i Norge lever gode liv. De former egen hverdag. De er aktive og deltar i sosiale fellesskap. De får gode helse- og omsorgstjenester når det trengs. De bidrar med sine ressurser i jobb, for familie og venner eller i nærmiljøet, og det blir verdsatt. Alle eldre bør fortsatt ha disse gode hverdagene, også når helsa etter hvert kan svikte og det offentlige må trå til med et godt omsorgstilbud.

Ute i lokalsamfunnet finnes det mange gode løsninger som sikrer dette. Men mange av de gode løsningene blir tatt i bruk av for få kommuner og for tilfeldig. Derfor blir ikke tilbudet god nok og kvaliteten på tjenestene til eldre varierer for mye (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

I dette sitatet fra *Leve hele livet* fremheves at de fleste eldre lever gode liv, og det problemforståelsen framkommer at det finnes mange gode løsninger ute i kommunene som skal sikre god kvalitet på tjenestene til eldre, men at løsningene tas i bruk for lite og for tilfeldig. Videre står det at: «Med leve hele livet har en regjering for første gang samlet og systematisert arbeidet med noen av de kommunene som har funnet nye og bedre løsninger i tilbudet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7). Det kan forstås som at tilbudet allerede er tilstrekkelig, men at det bare må organiseres og systemiseres annerledes.

I *Leve hele livet* fremstilles eldre som aktiv og deltagende i jobb og i sosialt fellesskap. «Eldre bidrar med sine ressurser i jobb, for familie og venner eller i nærmiljøet, og det blir verdsatt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s.7). I *Leve hele livet* vises til at det er en sammenheng mellom sosioøkonomiske ressurser, sosial ulikhet og helse, og det står følgende:

lavinntekt og fattigdom kan ha negativ innflytelse på helsen fordi et rimelig nivå av levekår krever en viss inntekt. Økt inntekt gir statistisk sett bedre helse, men den positive effekten avtar gradvis med økende inntekt. Imidlertid vil eldre med større økonomisk handlingsrom kunne tilrettelegge bolig og nærmiljø, samt kjøpe seg tjenester som kan bidra til å øke deres funksjonsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 36).

I Leve hele livet brukes begrepet «det gode liv» og det står at det gode liv handler om å ha mulighet til å «forme egen hverdag», være aktiv og sosial, og motta gode helse- og omsorgstjenester hvis det er behov for det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

I de språklige formuleringene pekes det her på en relasjon mellom at eldre får bidra med sine ressurser og meningsinnholdet i *det gode liv*. *Det gode liv* kan forstås som et begrep som benyttes i Leve hele livet-reformen for å beskrive hvordan eldre allerede lever i dag, og at formålet med reformen er at eldre skal fortsette å leve gode liv. Gjennom språkbilder i Leve hele livet etableres her en form for sannhet og innhold til hva det gode liv er. Det konstrueres en versjon av det gode liv, og dette fremstilles som et ideal på det gode liv som de eldre skal leve opp til.

I Leve hele livet står det at:

framtidens eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold, og færre vil bo alene. Forskning og statistikk på Eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før- kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er i bedre stand til å håndtere utfordringer i hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 43).

Når eldre blir beskrevet som «den nye eldregenerasjonen» tas det i bruk et språklig grep som gir uttrykk for at det er en generasjon som har behov for andre tjenester enn det tidligere eldregenerasjoner. Dagens tjenestetilbud kan i denne framstillingen oppfattes som dårlig, og noe som velges bort.

En studie viser sammenhengen mellom redusert helsetilstand og redusert sosialt nettverk. Gjensidighetsprinsippet hvor begge aktørene bidrar like mye for å opprettholde relasjonen er en mulig forklaring. Eldre som opplever redusert helsetilstand kan ha større vanskeligheter

med å gjengjelde besøk eller tjenester, og det gjør det utfordrende å opprettholde relasjoner (Kirchhoff & Andersen, 2016).

«Like viktig som økonomisk kapital kan det være å møte alderdommen med sosial kapital, og investere i familie, venner og sosialt nettverk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 73)

Livsstil, levekår utenfor arbeidslivet og arbeidsmiljøforhold henger sammen (Borgan og Texmon, 2015). Ikke alle har anledning til å stå lengre i arbeid eller klare seg selv. Det er signifikante forskjeller i levealder mellom ulike yrker. Arbeidsmiljøfaktorer og risikoforhold som bruk av kjemikalier, utfordrende arbeidsturnus eller belastende fysisk arbeid kan gjenspeiles i de observerte forskjellene. Livstil knyttet til yrke og arbeidsplass er en viktig faktor. Det ses for eksempel en sammenheng mellom yrker hvor røyking er mest utbredt, yrkene som har flest skadelige påvirkninger for arbeideren, og yrker hvor arbeidere har lavest levealder. Det er en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og levealder, og disse forskjellene økte i perioden 1961–2009 (Steingrimsdóttir et al. 2012). Det er ikke tilfeldig hvem som blir rekruttert til de ulike yrkene, og risikoen for å bli utstøtt fra arbeidslivet på grunn av helsesvikt, er heller ikke lik i alle yrker. For eksempel er gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere 57 år og flere blir uføre (KLP, 2017), noe som ikke gir fullverdig pensjonsopptjening. En konsekvens av at eldre skal *stå lenger i arbeid* fordi det bidrar til et godt liv og at det derfor lønner seg å stå lenger jobb, er at de eldre som av ulike årsaker ikke klarer det, blir straffet økonomisk (Heggebø, 2020).

Demografiske endringer hvor flere blir eldre og får behov for helse- og omsorgstjenester, og med færre yrkesaktive til å finansiere det, gjør at samfunnet har behov for at eldre står lengre i arbeid og klarer seg selv i større grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 40-43). I lys av disse forholdene kan vi si at ved å tillegge det gode liv meningsinnhold som det blir gjort i Leve hele livet bidrar til å skape et ideal som er uoppnåelig for mange. Å «bidra med sine ressurser i jobb» knyttes i Leve hele livet-reformen til det gode liv. Hva det gode liv er for individet er en subjektiv opplevelse. Det kan endre seg gjennom livet, og det påvirkes av indre og ytre faktorer.

Studier av aldring på befolkningsnivå gjør det tydelig at levekår og aldring henger sammen. Det er store sosiale forskjeller i forventet levealder blant eldre. I grupper som har lengre utdanning og god økonomi, er levealderen høyere enn i grupper med lavere utdanning og dårligere økonomi. Dette gjelder både i Norge og i andre land [...] Norge

er et lite land med nokså homogen befolkning og en universell velferdsstat som bidrar til å utjevne sosiale forskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 32).

Det kan se ut til at det i Leve hele livet er brukt språklige grep for å normalisere utfordringene rundt sosial ulikhet ved å peke på at det også er en utfordring i andre land, og at i Norge er befolkningen nokså homogen. Formuleringer og framstillinger i Leve hele livet kan forstås som at forskjellene ikke er så store og at det ikke er så alvorlige utfordringer. Påstanden i Leve hele livet står i kontrast til det undersøkelser fra statistisk sentralbyrå viser (SSB, 2017; SSB 2021), nemlig at sosial ulikhet øker.

#### **4.5 Hva er det som ikke problematiseres i Leve hele livet?**

For å identifisere hvordan språklige grep i Leve hele livet konstruerer virkeligheter, er det viktig å se på hva som *ikke* representeres som problemer i dokumentet. Presentasjonen av problemet er en versjon av en virkelighet, som gitt et annet perspektiv eller fokus ville ha vært utformet annerledes. Ved å utfordre diskurser og undersøke hva som ligger bak problemformuleringer vil man finne alternative forståelsesmåter (Bacchi, 2009).

I Leve hele livet vektlegges å bygge reformen på eksempler fra dialogmøter hvor kommunale løsninger som ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungere i praksis. Leve hele livet har som formål å opptre som en inspirasjonskilde og en verktøykasse med utprøvde tiltak fra ulike kommer. Kommuner som omstiller seg i tråd med Leve hele livet prioriteres innenfor relevante eksisterende og eventuelt nye øremerkede ordninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I Statsbudsjettet for 2021 lå det føringer i tildeling av tilskudd der kommuner som omstiller seg i tråd med Leve hele livet blir prioritert (Helse- og omsorgsdepartementet).

En nærliggende slutning på basis av dette tilsier flere ting. Blant annet at kommuner som allerede har løsninger som fungerer, kan søke om øremerkede midler som forsterker deres tiltak. Det går på bekostning av kommunene som av ulike årsaker ikke har klart å få til det som i Leve hele livet anses som gode løsninger.

Norske kommuner har hovedansvaret for folkehelsearbeidet, og en vesentlig del av dette omhandler arbeid med å forebygge og utjevne sosiale ulikheter i helse. Det er store variasjoner i hvilke forutsetninger norske kommuner har for å ivareta dette ansvaret.

Demografiske endringer, fraflytting og sentralisering gir kommunene ulik tilgang til fagkompetanse og ressurser. Som en konsekvens av dette, nedprioriteres ofte forebyggingsarbeid (Otterstad, 2018).

På tross av stort fokus på forbedring av norsk helsetjeneste de siste ti år, viser forskning at helsetjenestene, spesielt til eldre i kommunene, har store mangler (Pedersen et al., 2008).

I samhandlingsreformen legges det til grunn at behovene for helsetjenester til eldre i stor grad ivaretas og løses i kommunehelsetjenesten. Da samhandlingsreformen (Meld. St. 47, 2008-2009) ble implementert i 2012, var hensikten å bedre koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenestene, og å sikre lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted og personlig økonomi. Samtidig var tanken at ressursene skulle utnyttes bedre ved at kommunene tar over ansvaret for en større del av tjenestene og ikke unødig belaster spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen (Meld. St 47, 2008-2009) er omdiskutert, blant annet er det kritisert at pasienter ble skrevet ut fra sykehus for tidlig, og at pasientene som skrives ut fra sykehus og til kommunene, har større hjelpebehov enn tidligere, uten at kommunene har økt sin kapasitet eller kompetanse tilstrekkelig, noe som gir økt risiko for re-innleggelse i sykehus (Foss, 2017; Rommetvedt og Nødland, 2019).

På bakgrunn av det politiske ønsket om at eldre med behov for helse-og omsorgstjenester skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, ble det undersøkt grad av skrøpelighet hos eldre, samt risiko for akuttinnleggelser og død. Studien foregikk over to år i en middelstor norsk kommune. Krogseth, Rostoft, Benth, Selbæk & Wyller (2021) peker på at til tross for at forskning, ny teknologi, og framskritt i behandlingstilstander som innebærer kvalitetsforbedring i form av større overlevelse, viser befolkningsundersøkelser at mange lever lengre med kronisk sykdom og følgetilstander som skaper økt behov for helsetjenester. I geriatrien brukes *skrøpelighet* for å beskrive tilstander som omfatter reduksjon i funksjonsnivå, som følge av kroniske sykdommer og legemiddelbruk, redusert mobilitet, kognitiv svekkelse, svekket ernæringsstatus og emosjonell funksjon samt redusert sosialt nettverk. Grad av skrøpelighet gir så en prognostisk informasjon om forventet behov for helsehjelp utover det man tidligere forbant med aldringsproblematikk som multisykkelighet og polyfarmasi. Forfatterne fant at hjemmeboende eldre som trenger hjemmesykepleie har høy forekomst av alvorlig skrøpelighet og stor risiko for innleggelse i sykehus og død. Funnene

understreker at disse pasientene har behov for koordinerte tjenester og en helhetlig tilnærming.

Lunde og Otterlei (2020) intervjuet ansatte i omsorgstjenesten i to norske kommuner om deres syn på tilstand og utfordringer ved hjemmebasert omsorgstjeneste til eldre. Det framgikk av undersøkelsen at nasjonale regelverk gir kommunene ansvar for å yte omfattende tjenester som kommunene ikke opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre. For å gjøre arbeidsoppgavene håndterlige gjøres det et omfattende avgrensingsarbeid hvor det defineres hvilke oppgaver som inngår i hjemmetjenestens ansvarsområde. I intervjuene framkom at informantene opplevde og erfarte at lovpålagte helsetjenester ble prioritert, mens praktiske hjemmehjelpsoppgaver som husarbeid ble nedprioritert med forventning om økt uformell omsorg fra pårørende. Det kom også fram at eldre som bor usentralt ikke kan forvente samme omfang av hjelp sammenlignet med de som bor sentralt, og at statlige myndigheters mål om likeverdighet i tjenestetilbud uavhengig av bosted, betraktes som urealistisk.

Helsepolitiske strategiplaner for eldreomsorgen har de siste årene vært å dreie tjenestene fra institusjon og sykehjem, til at flest mulig skal bli boende hjemme og mestre livet der de bor. «Med leve hele livet skal eldre få mulighet til å mestre eget liv der de bor» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

Aging in place er et begrep brukt om muligheten for å bli boende i eget hjem og lokalsamfunn så lenge som mulig. Blix og Hamran (2019) undersøkte hvordan de helsepolitiske ambisjonene var med tanke på lik tilgang til kvalitetssikrede helse- og omsorgstjenester og hvordan denne utfordringen blir ivaretatt i rurale områder i Norge. De fant at i områder med store geografiske avstander, ble helse- og omsorgstjenester i omsorgsboliger introdusert som et kompromiss når det var utfordrende å tilby tjenestene i folks hjem. Forfatterne påpekte at omsorgsboliger verken er hjem eller sykehjem. Forfatternes poeng er at muligheten for å bli boende i ditt lokalsamfunn hele livet, avhenger av hvor i landet du bor.

Otterstad (2004) fant at bruk av helse- og omsorgstjenester praktiseres ulikt i norske kommuner. Otterstad påpeker at ulikt forbruk ikke synes å skyldes ulikt behov hos helsetjenestemottakerne, men beror på enkeltkommuners ulike politiske vedtak, økonomiske insentiver og lokal ideologi hvilken type helsetjenester som prioriteres. Hvor du bor, påvirker med andre ord hvilken eldreomsorg du får. Helsetjenestene i de ulike kommunene har ulik

organisering og tilgjengelighet vil være påvirket av blant annet geografiske avstander og reisetid (2004). Organisering og systematisering av tiltak som fungerer i en tettbygd, stor kommune, får andre forutsetninger for gjennomføring i en befolkningsmessig liten kommune med store geografiske avstander.

Huseby og Paulsen (2009) så i sin undersøkelse at det er store forskjeller i forbruk blant eldre tjenestemottaker i ulike kommuner. Det er liten grunn til å anta at disse forskjellene skyldes ulike behov blant kommunenes eldre innbyggere, og undersøkelsen bekrefter tidligere forskning som viser at den store ulikheten i norske kommuners økonomi får store konsekvenser for tjenestetilbudet. Hvordan helse- og omsorgstjenesten organiseres, hvilke tjenester som tilbys og ventetid på tilgang til de ulike helsetjenestetilbudene varierer stort mellom ulike kommuner. Økonomi vil i framtiden sannsynligvis være den største utfordringen for de største kommunene, mens å beholde og rekruttere tilstrekkelig antall helsepersonell vil utgjøre de største problemene for de mindre kommunene. Det understrekes at det ikke er kvaliteten på helsetjenestene som gis som er hovedutfordringen. Derimot er det det som av ulike årsaker nedprioriteres og ikke blir gjort som er hovedproblemet. Mangelfulle helsetjenestetilbud peker stort sett tilbake på svikt i administrativ planlegging, prioritering, ressurstildeling og budsjetter.

I Gradientutfordringen (Helsedirektoratet, 2005) ble det pekt på økende bruk av egenandel for helsetjenester og medisiner, utbredelsen av private helsetjenester og helseforsikringer, som bidragsytende til sosial ulikhet i helse. Helsedirektoratet (2022) påpeker at en økning i helprivate allmennlegetjenester kan gå på bekostning av de mest sårbare pasientene som ikke har tilgang til eller mulighet til å betale for legehjelp.

Flere nordmenn er uten fastlege, og andelen fortsetter å øke. Helsedirektoratet (2022) skriver at Fastlegeordningen er ment å være en ordning som sikrer likeverdige tjenester til hele befolkningen, uavhengig av bosted. Å være uten fastlege er vanligere i mindre kommuner, og det er også der det er mest utfordrende å rekruttere og beholde fastleger. Særlig for mennesker med store og sammensatte behov og komplekse sykdomsbilder, kan hyppig bytte av fastlege oppleves belastende og redusere kvaliteten på oppfølgingen. Å ha samme fastlege over tid, gir bedre kvalitet på tjenesten også med tanke på henvisning til videre utredning og behandling i spesialisttjenesten.

## 5 Konstruksjonen av den nye eldregenerasjonen

Bacchi (2009) skriver at en diskurs kan skape besværligheter eller skade, *effekter*, som innskrenker forståelsen av et fenomen.

Ut fra min analyse av *Leve hele livet* kan man si at framskrivningen av den eldre befolkningen slik det gjøres i dokumentet, bidrar til å innskrenke forståelsen av mangfoldet i den eldre befolkningen gjennom å overeksponere beskrivelser av den aktive, vellykkede og selvstendige eldre.

«Aktiv aldring-strategien handler om at eldre skal stå lengre i arbeid, delta i samfunnsliv og kulturliv, involvere seg i frivillig virksomhet og omsorg, og selv forbli uavhengige og selvstendige så lenge som mulig» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 72).

Det gjøres i *Leve hele livet* poeng av at selvstendighet i eldre år i tillegg til å være en idealkonstruksjon av eldre, også framsettes i dokumentet som en bevisst politisk strategi:

«Aktiv aldring gjennom å ta ansvar for egen helse og klare seg selv, er både et ideal for den enkelte og en politisk strategi» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 83).

Når det i *Leve hele livet* sies at den nye eldregenerasjonen vil være mer ressurssterk enn tidligere generasjoner, ignoreres forskning som viser at det vil bli stadig flere eldre med behov for helse- og omsorgstjenester, og uttrykker bekymring for utvikling av et todelt helsevesen og sosial uro i Norge (Krogseth et al, 2021; Blix, Stalsberg & Moholt, 2021; Kvaal, 2021).

I *Leve hele livet* beskrives den nye eldregenerasjonen slik:

«De fleste eldre i Norge lever gode liv. De former egen hverdag. De er aktive og deltar i sosiale fellesskap» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

«Nye generasjoner eldre har andre ressurser enn tidligere generasjoner å møte alderdommen med, og må utfordres til å bruke em og planlegge og mestre egen tilværelse og ha et aktivt liv i fellesskap med andre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 46).

«Framtidas eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon bedre boforhold, og færre vil bo alene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 43).



Når den eldre befolkningen beskrives med slike språklige representasjoner, blir nødvendigvis de syke og skrøpelige eldre som ikke kan leve opp til et idealet usynliggjort eller gjort ikke-eksisterende i et styringsdokument som legger føringer og skaper handlingsrom for norsk eldreomsorg. Det kan forstås som det Bacchi (2009) beskriver som at effekter av en diskurs innskrenker forståelsen av et fenomen.

Fairclough (2003) sier at representasjon og ideologi som er bakt inn i en diskursiv praksis, ikke er så enkel å avsløre. Med det mener han at når forestillinger om et fenomen har blitt så vanlige at de framstår for folk flest som sannheter eller «common sense», inngår de i en ideologisk fremstilling av fenomenet, og gjør det utfordrende å tenke om fenomenet på andre måter. Kritisk tenking, eller «critical awareness» er viktig for å avsløre og se sammenhenger og å oppdage hvordan ideologiske mønstre, maktkamper og hegemoni oppstår (2003). Ved å etablere en forståelse om eldre som ressurssterk og velfungerende, fremheves sider som oppfattes og identifiseres som høy sosioøkonomisk status. I en slik forståelse legges listen høyt for hvem som kan innfri krav til vellykkethet og hva en normal alderdom er.

I *Leve hele livet* formuleres oppskrifter og eksempler på vellykket aldring og seniortilværelse som forutsetter god helse, økonomi, tilpasset bolig, sosialt nettverk og pårørende som kan bidra til å fremme god helse og livskvalitet. Denne representasjonen av eldre påvirker forståelse av hvem den eldre generasjonen er.

Ved å anvende begrep som *hverdagsmestring*, *den nye eldre generasjonen*, *seniorressurs*, *aktiv aldring* og *brukermedvirkning* forfektes idealer om at eldre skal ha ansvar for eget liv og helse. Den norske befolkningen oppfordres til å leve livet strukturert og planlegge i god tid for en trygg alderdom ved å skaffe seg tilpasset bolig, etablere gode sosiale nettverk, og gjennomføre anbefalte livsstilsendringer som fremmer god helse og funksjonsevne gjennom et aktivt liv. Engasjement i lokalmiljø, deltagelse i frivillig arbeid og å holde seg frisk og rask hele livet blir noen av målestokkene for hvordan det gode og vellykkede livet skal leves.

I den forståelsen som etableres av den eldre befolkningen gjennom beskrivelser i *Leve hele livet*, legges føringer som påvirker handlingsrommet til den eldre på måter som gjør det utfordrende å tenke om eller beskrive alternative måter å eldes på, på godt og vondt. Dette handlingsrommet påvirker sosial praksis og har betydning for hvordan den eldre forankrer sin verdi som medmenneske og samfunnsdeltager.

Gjennom fokusering på mestring og medansvar i en ekspressivt formulert strategi for bærekraftig eldreomsorg, kan initiativet forstås som en intensjon om å forskyve ansvaret for eldreomsorgen fra stat til enkeltindividet. Ansvar for helse og sykdom i en velferdsstat som skal «ta vare på oss», omgjøres ved språklige grep i Leve hele livet indirekte til et personlig ansvar for å ordne opp når helsen blir dårlig. I en strategi med idealbeskrivelser av den eldre befolkningen formulert som aktiv, ressurssterk og velfungerende vil mange ifølge forskning (Krogseth et al, 2021; Blix, Stalsberg & Moholt, 2021) falle gjennom. Individuelle egenskaper og den enkeltes egne ressurser blir avgjørende for hvilke omsorgstjenester de kan forvente i framtiden. Den nye eldregenerasjonen konstrueres som en ressurssterk gruppe som kan håndtere og ta ansvar for egen alderdom.

Representasjon og formuleringer om eldre i relasjon til medansvar og mestring ser ut til å følge en argumentasjon der eldre må ta større ansvar for eget liv gjennom å forebygge framtidige behov for helse- og omsorgstjenester. Å selv ta ansvar for egen helse blir beskrevet som forutsetning for hva en god og trygg alderdom og det gode liv er. Implisitt indikerer ordlyden at den eldre befolkningen må bidra mer enn de gjør, for sine medborgere og for samfunnet, men også for å ta ansvar for og forme egen alderdom. Eldre blir i Leve hele livet gjentagende beskrevet som ressurssterke og velfungerende, og når denne versjonen av eldre blir etablert som en normativ beskrivelse, vil de som ikke greier å leve opp til en slik idealbeskrivelsen kunne forstås som unntak og avvikende fra normen.

I realiteten er det slik at mange opplever mange endring i helsetilstand i forbindelse med aldring, noe som kan påvirke livskvaliteten. Undersøkelser viser at de fleste eldre nordmenn oppgir at de er tilfredse med livet, men mange opplever tap i forbindelse med økt alder og å ikke ha gode nok mestringsressurser, overskudd og tiltakslyst (FHI, 2018; FHI, 2011). Opplevelse av livskvalitet påvirkes av grad av helseproblem og funksjonsnedsettelse, og vil dermed ha innvirkning på hvordan på alderdommen utarter seg. Hvordan mennesker opplever livskvalitet avhenger også av personlighet, tilgang på ressurser som god økonomi, pårørende og sosial og emosjonell støtte, og tilgang til praktisk hjelp. Sosioøkonomiske ressurser vil også være utslagsgivende for hvor livskvalitetsbelastende helseplagene er.

Naturlige aldersforandringer medfører større fysiologiske og kognitive endringer som ikke nødvendigvis fører til sykdom, men kan føre til økt sårbarhet sykdom. Debutalder for sykdommer er omtrent den samme i dag som tidligere, noe som innebærer at flere leveår derfor kan bety flere år med sykdom og behov for helse- og omsorgstjenester (FHI, 2018).

Karakteristisk for normale aldersforandringene er reduserte reserver og økt sårbarhet, og eldre vil derfor i må møte med sykdom ha færre motstandsressurser og kompensasjonsmekanismer enn yngre mennesker. Det at befolkningen blir eldre betyr ikke nødvendigvis et lengre liv med god helse (FHI, 2018), men mange lever med lenger med kronisk sykdom og alvorlig helsesvikt. En gjennomgang av internasjonal aldringsforskning (Chatterji, Byles & Cutler, 2014) viste at det ikke foreligger entydige svar på hvordan helsen forventes å bli i de «ekstra» leveårene. Statistisk sett ses en nedgang i mildere former for funksjonsnedsettelse hos eldre, men også høyere forekomst av mer alvorligere helsetilstander. Modig et al (2016) påpeker at selv om eldre i dag lever lengre med en eller flere kroniske sykdommer, er det stor variasjon med tanke på hvilken grad sykdom og dens konsekvenser påvirker hverdagslivet til hver enkelt.

Siden den eldre befolkningen i Norge ikke er en homogen gruppe, innebærer det ulike utfordringer knyttet til å ha ansvar for egen helse basert individuelle forutsetninger. Langballe & Strand (2015) fant at i de fleste studier om helse og sosiale forhold hos eldre har selvrapporing vært anvendt for å innhente data. De eldste og sykeste deltar sjeldnere i befolkningsundersøkelser, og er dermed ikke representativt inkludert i de forskjellige studiene og statistikken. Det kan derfor stilles spørsmål ved om kunnskapen vi har om selvopplevd helsetilstanden hos framtidens eldre først og fremst er betegnende for de friskeste av de eldre, og bildet som skapes av den nye eldregenerasjonen vil da ekskludere en gruppe eldre med behov for hjelp. Hamran & Moe (2012) fant at en rekke behov hos eldre kan være underkommunisert, oversett, eller regnes som en uløselig del av livet selv. For yngre brukere med behov for helse- og omsorgstjenester er det implisitte målet av livet skal være likt andre funksjonsfriske mennesker på samme alder sine liv, mens det for eldre brukere ikke blir gitt lignende sammenligningsgrunnlag. Eldre brukere er også mindre kjent med sine rettigheter og stiller færre krav og ber sjeldnere om hjelp ved helsesvikt.

Allerede i 1995 presiserte Link og Phelan at høyere utdanning og god økonomi er ressurser som kan ha stor betydning for god eller dårlig helse. Dette forklarer de med at status som følge av høyere utdanning posisjonerer individet i samfunnet (1995). Høyere utdanning gir tilgang til bedre forutsetninger for høyere helsekompetanse. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) definerer Helsekompetanse som «en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder også beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (2019). Det vil si at eldre med høyere

utdanning og høy lønn i større grad kan gjøre nytte av råd om helse og livsstil og i større grad har økonomi til å iverksette tiltak som igjen kan veksles inn i helsegevinst.

Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse og oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og oftere innleggelse i sykehus. For grupper lavt utdanningsnivå, høy alder, og kronisk sykdom kan lav helsekompetanse være en stor utfordring (2019).

Dette illustreres hos Finbråten, Pettersen og Guttersrud (2020) i en stor undersøkelse av den voksne norske befolkningens helsekompetanse, der de fant at en av tre mangler sentrale kunnskaper og ferdigheter om helse. Det vil si at en av tre strever med å finne, forstå, kritisk vurdere og benytte seg av generell helseinformasjon. Når det kommer til forståelse av egen helse og sykdom kan lav helsekompetanse føre med seg uheldige konsekvenser som feil bruk av medisiner, misforståelser rundt helse- og kostholdsrad, eller vanskeligheter med å følge opp timeavtaler. Når mennesker med lav helsekompetanse ikke klarer å leve opp til krav om ansvar for egen helse, får de større risiko for sykdom og vanskeligheter med å orientere seg i helse- og omsorgstilbud.

På bakgrunn av Link og Phelans (1995) Fundamental cause-teori er det grunnlag for å si at medisinsk utvikling og økte muligheter for forebygging og behandling av sykdom, krever helsekompetanse, som er ulikt fordelt i befolkningen. Ulikheten illustreres ved enkeltmennesker i ulik grad har mulighet til å kontrollere sin egen helse gjennom å oppsøke og kjøpe helsetjenester og ta i bruk helsefremmende teknologier. Det skapes ulikhet ved at noen i større grad enn andre har mulighet til å kontrollere egen helse gjennom å oppsøke og kjøpe helsetjenester og ta i bruk medisinske framskritt. Med det følger at gevinst knyttet til forebygging i større grad forfordeler personer som gjennom kunnskap og økonomiske ressurser er i stand til å nyttiggjøre seg tilgjengelige tilbud.

Så langt kan det slutes at at muligheten til å forme sitt eget gode liv, påvirkes av tilgang på ressurser som økonomi, makt, kunnskap, prestisje og nettverk. Den nye eldregenerasjonen vil gitt statistiske beregninger og framskrivinger bestå av *flere* som har høyere utdanning og høy inntekt, men det er imidlertid ikke ensbetydende med at den nye eldregenerasjonen vil være en homogen gruppe uten variasjon i ressursfordeling. Eldregenerasjonen samlet vil kanskje ha flere ressurser, men ressursfordelingen kan potensielt føre til økt sosial ulikhet i helse. Dette stemmer overens med Link og Phelans teori om at de med mest ressurser vil klare seg bedre enn de med mindre ressurser (1995).

Økonomisk, sosialt og praktisk er pensjonering blant de avgjørende hendelsene som har betydning for alderdom og som medføre sosial ulikhet. Midtsundstad (2020) diskuterer i en artikkel økt yrkesdeltakelse blant eldre, seniorpolitikk og pensjonsreformen. Det vises til at flere jobber lenger som en følge av pensjonsreformen, men av ulike grunner. Økt yrkesdeltakelse blant eldre har primært skjedd i manuelle yrker. Med andre ord blant dem som allerede står lengst i arbeid, fordi de starter å jobbe tidlig, har kortest forventet levetid, og har et mer belastende arbeid. Økningen blant akademikere har vært minimal. Det til tross for kortere arbeidskarriere i utgangspunktet, fordi de har studert i flere år før de begynte i jobb, lengre forventet levetid, og mindre belastende arbeid enn personer med manuelle yrker (2020). Grøtting og Lillebø (2019) fant at pensjonsreformer som sikter på forlenget arbeidsliv og utsatt pensjonering kan ha det de kalte «sosialt vridende konsekvenser,» ved at helseeffekter av pensjonering varierer etter sosioøkonomisk status.

Forskning viser et mer nyansert bilde enn konstruerte normalitetsbeskrivelsene av eldre i *Leve hele livet*. Det språklige bildet brukt i *Leve hele livet* om hva en vellykket aldring er, kan oppleves normsettende og indirekte virke diskriminerende og initiere til opplevelse av mislykkethet og tilkortkommenhet for de som ikke innfrir kravene til *aktiv aldring*.

Link og Phelans (2010) bruker Goffmans stigmabegrep inn i en diskurs om stereotypisering og differensiering av mennesker. Når man i *Leve hele livet* går ut fra at den eldre befolkningen er aktiv og ressurssterk, vil egenskaper hos sårbare personer i form av helsesvekkelser kunne forstås som avvik fra normalen, og bli «merkelapper» knyttet til ulikhet i sosial status. Stigmatisering i Link og Phelans (2010) forstand en sosial-psykologisk respons mot individer som har egenskaper som er devaluert i en bestemt sosial kontekst, og deretter opplever sosial distansering og ekskludering (2010). Redusert helse og redusert livskvalitet kan gjøre terskelen for å selv oppsøke sosiale eller fysiske aktivitetstilbud, delta i frivillighet og på andre måter ivareta helse. Gjensidighetsprinsippet hvor begge aktørene bidrar like mye for å opprettholde relasjonen er en mulig forklaring. Eldre som opplever redusert helsetilstand kan ha større vanskeligheter med å gjengjelde besøk eller tjenester, og det gjør det utfordrende å opprettholde relasjoner (Kirchhoff & Andersen, 2016). Diskurs som fremmer den nye eldregenerasjonen som utelukkende ressurssterk og velfungerende kan føre til at personer på grunn av skam for å ikke nå opp til idealkonstruksjonen unngår å oppsøke sosiale interaksjoner i frykt for å oppleve stigmatisering. Link og Phelan (2010) sier at stigmatisering reflekterer en maktulikhet som tillater negativ stereotypifisering og diskriminering, og kan resultere i grupper av «oss» og «dem».

Skrede (2018) med henvisning til Foucault sier at det er makt i måten fenomener omtales på. Maktposisjonen Leve hele livet har, gir politikken bak Leve hele livet mulighet til å generere meningsinnhold i fenomenet eldre gjennom valgt språkbruk. Engebretsen & Heggen (2012) viser til Foucault som understreker at maktstrukturene i vår tid er mindre synlig enn i tider hvor utøvelse av suverenitetsmakt gjennom offentlig avstraffelse, tvang og sanksjoner var virkemidler for å kontrollere folket. I dag er makten ofte skjult i hverdagspraksiser, og det krever analyse og utforsking for å avdekke makten. Denne mer indirekte formen for makt omtaler Foucault som disiplinering, hvor intensjonen er å administrere folket til lydighet. Kategorisering av befolkningen gjennom å beskrive, sammenligne, sortere og rangere ut fra ulike parametere i relasjon til en norm er et virkemiddel i disiplineringen. Normalitet som kontrast til avvik og det unormale er eksempel på slike kategorier (2012, s. 20-22).

Kommuner som gjennomfører tiltak i tråd med Leve hele livet, prioriteres med økte tilskudd som gir bedre mulighet er bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En slik ordning favoriserer de kommunene som allerede har fordeler, og det vil følgelig gå på bekostning av andre kommuner som har dårligere tilbud. The inverse Care Law (Hart, 1971) ble publisert i 1971 og Hart argumenterte for at tilgjengeligheten av god medisinsk behandling har en tendens til å variere omvendt med behovet hos befolkningen som trenger helsetjenester. Med andre ord at i områder hvor mennesker med lav sosioøkonomisk status og dårligere helse bor, er det også dårligere helsetjenestetilbud. Hart påpekte at dette var gjeldende hovedsakelig der markedskrefter påvirker tilgjengelighet for helsetjenester av god kvalitet.

Lian og Westin (2009) mener at mye tyder på at tanken om likhet i tilgang på helsetjenester gjennom behovsstyrt fordeling blir svekket til fordel for lønnsomhetsbetraktninger. Dette er et helsepolitisk ansvar. Van der Wel, Dahl & Bergsli (2016) understreker at dersom sosial ulikhet i helse skal reduseres, krever det at helsepolitikken som føres jobber mot å motvirke ulikheter og for urettferdige muligheter for å lykkes. Det kreves strukturelle grep for å gjøre noe med de grunnleggende årsakene. Rattsø og Sørensen (2009) skriver at det ikke er tildelt flere midler til eldreomsorgen de siste årene. Forklaringen for økte utgifter ligger i befolkningsvekst med økt levealder og flere eldre som trenger hjelp, mens eldreomsorgen ifølge undersøkelsen ikke har blitt prioritert i kommunale budsjetter siden 1990-tallet. Ergo er det mindre penger som skal fordeles på et større antall eldre.

Haukelien (2021) viser til hvordan eldreomsorgen pekt ut som det sentrale problemet for det samme bærekraft- og kapasitetsproblemet til velferdsstaten ikke er noe nytt, men at

endringene har skjedd gradvis men samtidig ofte og i rykk og napp avhengig av rådende politisk ideologi og samfunnsøkonomiske vurderinger og prioriteringer. Hun poengterer at ideen om at det er nødvendig å redusere utgifter til eldreomsorgen for å redde statens bærekraft, samtidig som at eldre har klare rettigheter til og behov for stadig mer ressurskrevende omsorg ettersom flere oppnår høyere alder, representerer et moralsk dilemma i samfunnet generelt, og oppleves konkret i utførelsen av kommunale helse- og omsorgstjenester (2021) Haukeliens poeng gjenspeiles i forskningen fra kommunene som vist til tidligere, understøttes av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og problematiseres av den grunn av helsepersonell som har direkte pasientansvar og opplever sprik mellom pasientens behov, tilgjengelig kunnskap og politikk, og økonomiske prioriteringer (Lunde og Otterlei, 2020). Jenhaug (2018) fant at velferdsstatens ønske om samproduksjon som harmoniserer forholdet mellom tjenesten og pårørende, og ikke nødvendigvis var til fordel for pårørende og brukere av helse- og omsorgstjenestene.

Framstillingen av eldre som aktive, selvstendig og ressurssterke uavhengig av alder og helsetilstand framstår i *Leve hele livet* som en bevisst strategi for å møte velferdsstatens politiske og økonomiske utfordringer. Min gjennomgang av forskning viser at en såpass graverende generalisering av den eldre befolkningen som homogen, er en fallgrube som potensielt kan medføre systematisk sosial ulikhet i helse. «Stillheten» i Bacchis (2009) forstand, slik den framstår i *Leve hele livet*, henspiller på en underkommunisering av den store gruppen syke og sårbare eldre med behov for helse- og omsorgstjenester. Idealiseringsen av den eldre befolkningen som ressurssterk og velfungerende, vil indirekte medføre diskriminerende og stigmatiserende prosesser individuelt og i samfunnet ved at eldre som ikke er like ressurssterke regnes med som «uverdige» samfunnsmedlemmer. En bevisst idealkonstruering av eldre for å møte problemer i velferdsstaten i et politisk strategidokument vil ha betydning ved at denne kategoriseringen utelukker syke og sårbare eldre fra samfunnsdiskursen, og fører til at de får mindre omsorg og hjelp enn de har behov for.

## 6 Oppsummering og avsluttende refleksjoner

Bacchi (2009) sier at det vil alltid være elementer av konstruksjon i en diskursanalyse. Det vil si at diskursene jeg belyser her, ville vært annerledes om andre argumenter ble brukt og lagt til grunn.

Leve hele livet er et politisk styringsdokument som har fokus på eldreomsorg. Når man leser et politisk dokument vil forholdet mellom hvordan tekster produseres og fortolkes i sosiale praksis avsløre en diskursiv praksis (Skrede, 2018). En diskursanalyse er opptatt av å avdekke sosiale føringer og maktforhold, og det maktkritiske perspektivet i diskursanalysen innebærer at det stille spørsmål ved den diskursive praksis.

I denne studien er det undersøkt hvordan språklige grep i Leve hele livet posisjonerer den eldre befolkningen sett i lys av teori og kunnskap om sosial ulikhet i helse. Funn i undersøkelsen understøtter forskning som problematiserer forhold av betydning for hvordan sosial ulikhet i helse skapes, vedlikeholdes og vedvarer, og innebærer etiske, moralske, politiske og økonomiske utfordringer i den norske velferdsstaten.

Aldring kan forstås medisinsk og fysiologisk ut fra kronologisk alder, men det henger også sammen med hvordan samfunn og sosiale roller er organisert. Forandringer i livsstil, bedre behandlingsmåter og bedre helsevesen kan påvirke det fysiologiske forbundet med aldring. Sosiale helseforskjeller har ikke blitt redusert i takt med generelle forbedringer i folkehelsen (Øversveen og Rydland, 2021). Sosial ulikhet i helse vedvarer (SSB 2017; SSB 2021). Denne studien belyser hvordan politisk retorikk og anvendt diskurs om eldre i Leve hele livet kan være bidragsytende i opprettholdelsen av sosial ulikhet i helse.

Representasjonen av eldre i Leve hele livet bidrar gjennom språklige grep, bruk av metaforer og bilder, til å etablere en sannhet og mening om hvem eldre er og hvilke behov og ressurser den eldre befolkningen besitter. Språkbruk i Leve hele livet gjør noe i kraft av å være et politisk dokument, og er derfor en betydelig maktfaktor som bør løftes fram i en diskurs om alderdom og livsbetingelser.

Det diskursive fokuset på mestring og medansvar kan tilsløre det som i realiteten er videreføring av etablerte maktforhold gjennom det Foucault omtaler som disiplinering (Engebretsen og Heggen, 2012), og i størst grad er utformet for å tjene politiske økonomiske



bærekraftsmål, og har i mindre grad fokus på den eldre befolkningens faktiske interesser og behov.

I Leve hele livet er det formulert at målsettingen er å forbedre de eldre sin situasjon, blant annet gjennom å la eldre ta i bruk sine ressurser i større grad. Språklige grep i Leve hele livet tilegner den eldre befolkningen egenskaper og konstruerer en versjon av eldre som det knyttes forventninger til. Funn og analyse knyttet til hvordan Leve hele livet gjennom språkbruk viser at det etablerer subjektposisjonen eldre som «den nye eldregenerasjonen» med ressurser og helse til å planlegge og tilrettelegge for egen alderdom. I. Fra analysen av Leve hele livet peker funn på at det er skapt en rekonstruksjon av eldre, som er tilpasset utfordringer i samfunnet som politikerne må løse. Diskursanalysen av Leve hele livet viser at anvendt politisk retorikk og diskursiv praksis forskyver ansvaret fra staten og til den eldre selv, og med det kan legge grunnlag for sosial ulikhet i helse hos denne gruppen.

Leve hele livet kan forstås som og beskrives konkret som et strategidokument for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i framtiden. Demografiske endringer vil legge økt press på velferdsstaten og helse- og omsorgstjenesten er et faktum, statistiske framskrivninger og befolkningsundersøkelser støtter opp om dette synet (KS, 2017;SSB 2019) Det legges gjennom språklige grep i Leve hele livet opp til å etablere holdningsendring i befolkningen, hvor tjenester tidligere gitt av helse- og omsorgstjenesten i framtiden skal løses med mer større ansvarsfordeling der offentlige tjenestetilbud i økende grad skal suppleres privat omsorg.

Krokstad (2013) poengterer at velferdsstatens fellesskapsløsninger må være raskt tilgjengelig og av så god kvalitet at flertallet i befolkningen ser seg tjent med å velge offentlige helsetjenesteløsninger. Det er vesentlig at befolkningen som helhet opplever kvaliteten som så viktig og nødvendig at de støtter opp om velferdsstatens og sier seg villig til å være med på å finansiere det via skatteseddelen. Alternativet er et urettferdig, todelt helsevesen hvor de som har penger til det kan kjøpe gode helsetjenester. Økt privatisering av helsevesenet med kjøp og salg av helsetjenester forvitrer verdigrunnlaget til den tillitsbaserte velferdsstaten. Dersom en nedbygging av velferdsstaten legitimeres og muliggjøres ved å si at morgendagens eldre i hovedsak vil klare seg selv, og få eldre vil ha behov for hjelp i framtiden, vil trolig Hart (1971) igjen få rett i sin teori om at de som trenger mest hjelp får minst.

Forskning (Christensen og Fluge, 2016; Jenhaug, 2018; Haukelien, 2021) viser en tendens hvor ansvaret i økende grad flyttes over fra samfunn til individ. Det ses stadig flere alternative forklaringer og innfallsvinkler til velferdsstatens rolle, ansvar og funksjon skal forvaltes. Helse- og omsorgstjenester som tradisjonelt sett skal ivareta gamle og syke, inkorporerer markedskrefter som kan vitne om en ideologisk dreining mot profitt og markedsliberalisme .

Funn fra denne studien peker i samme retning. Den eldre befolkningen framstilles som selvstendig og selvhjulpne, og på den måten legitimeres at velferdsstatens ansvar reduseres. Leve hele livet kan forstås som bidrag som kan føre til et paradigmeskifte i forståelse av den norske velferdsstatens betydning. Velferdsstaten omfordelingspolitikk var opprinnelig ment som forsikring om rettferdig fordeling av goder og plikter, med omsorgsfokus for de svake.

Alderdommen er for mange en tid for ettertanke og refleksjon, og gjennom et liv har eldre mennesker tilegnet seg kunnskap samfunnet i større grad bør etterspørre. For å forstå et menneske sier fenomenologien at man må ta utgangspunkt i den enkelte brukers livsverden. Grunnleggeren av begrepet livsverden, Edmund Husserl (1954) mente at forståelse av en persons livsverden var et like nødvendig og sentralt perspektiv som den vitenskapelige avgrensningen som naturvitenskapen representerer. Det levde livet er et menneskes opplevelser og erfaringer som er med på å forme dets oppfatning av verden rundt og det oppfatning av seg selv som en del av samfunnet. Noen eldre har ønske og behov for råd, støtte i hjelp for vurderinger, prioriteringer og gjøremål i livsløpet, mens andre vil velge helt selv. Det bør i større grad oppfordres til verdighet og respekt for at et eldre menneske evner å ha egne ønsker for hva det gode liv innebærer.

Rekonstruksjonen av den eldre befolkningen, alderdom og hva det skal innebære ser ut til å være tilpasset det velferdsstaten i dag har å tilby av tjenester. Velferdsstatens opprinnelige rolle og betydning nedbygges, og ansvaret for å ivareta god helse og tilrettelegg for god alderdom skyves i økende grad over på den eldre selv. Diskursen om hvordan velferdsstaten skal møte den eldre befolkningens rettigheter og behov, svekkes av diskursen om eldres ressurser, medansvar, mestring og selvstendighet.

Det historiske tilbakeblikket på velferdsstaten i innledningen av denne oppgaven, viste hvordan det ble gjort et skille mellom «verdige» og «uverdige» fattige. Idealiseringen av den eldre befolkningen som ressurssterk og velfungerende, vil indirekte medføre diskriminerende og stigmatiserende prosesser individuelt og i samfunnet ved at eldre som ikke er like

ressurssterke regnes med som «uverdige» samfunnsmedlemmer. Kategorisering av befolkningen gjennom å beskrive, sammenligne, sortere og rangere ut fra ulike parametere i relasjon til en norm slik det gjøres i *Leve hele livet*, kan forstås som makt skjult i hverdagspraksis. Normalitet som kontrast til avvik og det unormale kan skape splittelser og en «oss og dem»-tankegang ingen er tjent med.

Intensjonen med å belyse denne tendensen i lys av teori om sosial ulikhet i helse, er å vise hvordan bevisstgjøring rundt retorikk, språk og beskrivelser av den eldre befolkningen brukt i politiske styringsdokumenter kan få oss til å stoppe opp og stille spørsmål ved utviklingen, og kanskje kan det bidra til å skape et mer rettferdig samfunn å bli gammel i.

## Referanseliste

Aakvaag, G. C. (2012) *Moderne sosiologisk teori* (3.opplag). Abstrakt forlag

Andfossen, N. B. (2019) Ulike typer frivillige i omsorgstjenesten – samstemt innsats eller mangfold til besvær? *Tidsskrift for velferdsforskning* Vol. 22 utg. 1, s. 25-42

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-02>

Bacchi, C. 2009. *Analysing policy: What's the problem represented to be?* Frenchs Forest, NSW: Pearson Education.

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., et al.

(2015). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy

ageing. *Lancet*, 387(10033), s. 2145–2154 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)

Bennett, S. & Thomas, A. J. (2014) Depression og dementia: cause, consequence or

coincidence? *Maturitas* (79) – s. 90-184 <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.009>

Blix, B. H. (2018) Reform eller ansvarsfraskrivelse? *Nordlys* (2018) Nordnorsk debatt.

<https://www.nordnorskdebatt.no/eldreomsorg/helse-og-omsorg/solberg-regjeringen/leve-hele-livet-en-reform-eller-en-ansvarsfraskrivelse/o/5-124-43050>

Blix, B. H. & Hamran, T. (2019). Assisted living in rural areas: aging in blurred landscapes.

*Qualitative Research in Medicine & Healthcare* 3, s. 47-57

<https://doi.org/10.4081/qrmh.2019.7826>

Blix, B.H., Stalsberg H., Moholt, J-M (2021) Demografisk utvikling og potensialet for

uformell omsorg i Norge *Tidsskrift for omsorgsforskning* Årgang 7, nr 1-2021, s. 1-14

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>

Borgan J.K. & Texmon, I. (2015) *Levealder og uttak av tidligpensjon etter yrker* Rapporter

2015/39, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/240081?ts=14fd08b4400>

Bjønnes, A. M., Midtbø, T., Størset, H. & Ulven, C. H. (2021) Befolkningens digitale

kompetanse og deltagelse. Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte *Kompetanse*

Norge 2021

[https://www.kompetansenorge.no/contentassets/7ff3779ea51b49ab81cc5fdbb769aa61/befolkningens\\_digitale\\_kompetanse\\_og\\_deltakelse.pdf](https://www.kompetansenorge.no/contentassets/7ff3779ea51b49ab81cc5fdbb769aa61/befolkningens_digitale_kompetanse_og_deltakelse.pdf)

Bugnum, B., Forseth, U., og Kvande, E. (2015). *Internasjonalisering og den norske modellen*. I: B. Bugnum, U. Forseth, E. Kvande (Red.) Den norske modellen. Internasjonalisering som utfordring og vitalisering (s. 13-36). Fagbokforlaget

Bøckmann, K. & Kjellevold A. (2015) Pårørende i helse- og omsorgstjenesten – en klinisk og juridisk innføring, 2. utgave. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* nr. 12-2015 s. 376-377  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-04-15>

Bøen, H (2008) *Hvem er brukerne av eldrecenterene?: en sammenligning av hjemboende over 65 år som er brukere av eldrecenterne med dem som ikke er brukere i to bydeler i Oslo*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Chatterji, S., Byles J., Cutler D. et al (2014) Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *The Lancet 2014* (vol 385) s. 563-575,  
DOI: [10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)

Dahl, E., Bergsli H., & van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus – fakultet for samfunnsfag  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/738>

Daatland, S. O., Veenstra M. & Lima, I. A. Å. (2009) *Studien av livsløp. Helse, familie og omsorg over livsløpet: resultater fra LOGG og NorLAG*. Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring. <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsprosjekter/norlag>

Daatland, S.O. og Otnes, B. (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen: Utviklingslinjene I*: S.O. Daatland (Red.), Boliggjøring av eldreomsorgen. Oslo: NOVA, rapport 16/2014.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6439/Boliggjoring-av-eldreomsorgen-R16-14-red.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Christensen, K. & Fluge, S. (2016) Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik – om utviklingen av retorikken om individuelt ansvar *Tidsskrift for velferdsforskning* Årgang 19, nr 3-2016 s. 261-277 <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>

- Christensen, D., Ervik, R. & Lindén, T. S. (2020) Befolkningens holdninger til økt bruk av ubetalte frivillige i eldreomsorgen: Resultater fra et surveyeksperiment *Tidsskrift for omsorgsforskning Vol 6, Utg 1*, s. 1-16 <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-06>
- Eimhjellen, I. & Fladmoe, A. (2020) *Frivillighet, klasse og sosial ulikhet. Norsk frivillighet i et klasseperspektiv* Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Rapport 2020:1 <https://www.regjeringen.no/contentassets/c0d3bdf358334e089fbb16f38083b970/frivillighet-klasse-og-sosial-ulikhet---norsk-frivillighet-i-et-klasseperspektiv.pdf>
- Elstad, J. I. (2000) *Social inequalities in health og their explanations* Nova rapport 9-2000 Norwegian Social Research <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5140>
- Elstad, J. I. (2012) *Den grunnleggende årsaken til sosial ulikhet i helse I: Helsesosiologi – analyser av helse, sykdom og behandling* (2012) A. Tjora, (Red). Gyldendal norsk forlag AS
- Elstad, J. I. (2018) Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway *Scandinavian Journal of Public Health* 46(1), s. 74-82 <https://doi.org/10.1177/140344817705998>
- Elstad, J. I. & Reiertsen, O. (2018) Sykehusinnleggelser de tre siste leveårene *Tidsskriftet Den norske legeforening* 2018 <https://10.4045/tidsskr.17.0605>
- Engebretsen, E. & Heggen, K. (red.) (2012) *Makt på nye måter* Universitetsforlaget
- Eriksen, T.K., (2019) *Borskjemt og forsømt* Høgskolen Innlandet: Fakultet for helse- og sosialvitenskap
- Fairclough, N. (2003) *Analysing discourse. Textual analysis for social research* Routledge
- Folkehelseloven (2011) Lov om folkehelsearbeid <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folkehelseinstituttet (2018) *Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge* (oppdatert 07-2021) <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

Folkestad, B. & Langhelle, H. (2016). *Potensialet for økt frivillig deltakelse i Norge*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

[https://www.samfunnsforskning.no/sivilsamfunn/publikasjoner/notater/notat\\_01\\_2016\\_v3.pdf](https://www.samfunnsforskning.no/sivilsamfunn/publikasjoner/notater/notat_01_2016_v3.pdf)

Foucault, M. (1971). *L'Ordre du discours*. Gallimard.

Foss, K.P for Riksrevisjonen (2015-2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* Dokument 3:5

Url:<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>

Gautun, H. & Bratt, C. (2017) Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children. *European Journal of Aging* nr. 17 -2017 s. 66-155 <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0403-2>

Gjersøe, H. M., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012) *Kontraktfestet velferd I: E. Engebretsen & K. Heggen (Red.) Makt på nye måter* Universitetsforlaget

Grøtting, M. W., & Lillebø O. S. (2019) Health effects of retirement: evidence from survey and register data *Journal of Population Economics* <https://doi.org/10.1007/s00148-019-00742-9>

Hamran, T. & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – Ulike behov eller forskjellsbehandling*. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nummer 3.

Hansen, T. & Slagsvold, B. (2020) Refleksiv frivillighet i en norsk kontekst – om eldres deltakelse, motivasjon og potensiale *Tidsskrift for velferdsforskning* 03-2020 s. 4-19 <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2020-01-01>

Haugen, M. S. & Logstein, B. (2017) *Frivillighetens plass i distriktskommuners eldreomsorg. En forprosjektrapport* Norsk senter for bygdeforskning <https://ruralis.no/wp-content/uploads/2017/05/15899d28b5e765.pdf>

Haukelien, H. (2021) Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 2021 (34), s. 179-195 <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2021-03-04-06>

Hauvik, S. & Eines, T. K. (2019) Slik kan ny teknologi gi økt trygghet i hjemmet *Sykepleien* 2019 DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.76626](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76626)

Hart, J. T. (1971) The inverse care law *The Lancet* vol. 297 s. 405-412  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

Heggestad A. K. T. & Førde R. (2021) Pårørendes roller i tildeling av langtidsplass på sykehjem *Sykepleien Forskning 2021-16* DOI:  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.83882>

Heggebø, K (2020) Kva er arbeid – egentlig? *Tidsskrift for samfunnsforskning* vol. 61, s. 38-45 <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2020-01-04>

Helsedirektoratet (2017) *Andre gevinstrealiseringsrapport Nasjonalt velferdsteknologiprogram*  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>

Helsedirektoratet (2018) *Sosial ulikhet i helse*  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse>

Helsedirektoratet (2019) *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helsedirektoratet (2021) Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-av-ernaring-hos-beboere-pa-sykehjem>

Helsedirektoratet (2022) *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2022-2024*  
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>



Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Omsorg 2020*

[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2021) Egenbetaling for kommunale tjenester i og utenfor institusjon <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/egenbetaling-i-og-utenfor-institusjon/id434597/>

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell mv.* (Lov-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Huseby B. M. & Paulsen B. (2009) *Eldreomsorgen i Norge helt utilstrekkelig eller best i verden?*. SINTEF A11522. Oslo: SINTEF Helsetjenesteforskning; 2009.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, W. T. & Rasmussen, E. B. (2018) *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (3. oppl.) Universitetsforlaget

Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.

Kinge, J. M., Steingrimsdóttir, O. A., Moe, J. O., Skirbekk, V., Næss, O. & Strand, B. H. (2015) Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age Aging 2014 (nr 44)*, s. 1040-1045 <https://doi.org/10.1093/ageing/afv128>

Kirchhoff, J. W. & Andersen, K. L. (2016) *Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien* Sykepleien Forskning nr 10-2015 DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.56001>

Kjerkol I., Linset K. & Westernen K. (2020) *Virkninger av COVID-19 på tjenestetilbud, kommunikasjon og livssituasjon for eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i Stjørdal kommune*. FOU-rapport nr. 64. Bodø: Nord universitet  
fra: <https://hdl.handle.net/11250/2683050>

Knarvik U, Rotvold G-H, Bjørvig S, Bakkevold P-A (2018) *Kunnskapsoppsummering om velferdsteknologi, 2017-12*. Rapport fra Nasjonalt senter for e-helseforskning.  
[https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport\\_2017-12\\_Kunnskapsoppsummering-Velferdsteknologi.pdf](https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2017-12_Kunnskapsoppsummering-Velferdsteknologi.pdf)

Krogseth, M., Rostoft, S., Benth, J. S., Selbæk, G. & Wyller, T. B. (2021) Skrøpeligheit blant elder pasienter med hjemmesykepleie *Tidsskriftet den norske legeforening 2021* (nr 4) doi: 10.4045/tidsskr.20.0688

Krokstad, S. (2013) Fallgruver for helsetjenesten *Tidsskriftet den norske legeforening* <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0616>

Kvaal, B. (2021) Frykter todelte helsevesen og sosial uro *Tidsskrift for omsorgsforskning vol.7 utg. 1* <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-06>

Langballe, E. M. & Strand, B. H. (2015) Vil framtidens eldre være friskere? *Tidsskriftet den norske legeforening* <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1598>

Larsen H. (2008) Det diskursive dialektikk. En analyse av offentlige samtaler om kunst og kultur *Sosiologisk årbok* nr 3-4, s. 63-84

Lian, O. S. & Westin, S. (2009). Bidrar helsetjenesten til sosiale ulikheter i helse?. I: S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1. Utg., s. 315-333). Gyldendal akademisk

Link, B. G. & Phelan, J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease *Journal of health and social behavior* nr 35 s. 80-94

Livgard, E. F. (2019) Kantar TNS Helsepolitiske barometer 2019 <https://kantar.no/rapporter/kantar-tns-helsepolitisk-barometer-2018/>

Lüders M. & Brandtzæg P. B. (2014) ‘My children tell me it’s so simple’: a mixed-methods approach to understand older non-users’ perceptions of Social Networking Sites. *New Media & Society*. nr 24,

Lüders M. & Brandtzæg P. B. (2016) Når alt sosialt blir flyktig – En kvalitativ studie av hvordan elder opplever sosiale medier *Norsk medietidsskrift* vol. 23, utg. 2, s. 2-18. <https://doi.org/10.18261/issn.0805-9535-2016-02-04>

Lunde, L-H. (2016) Lever vi i ensomhetens tidsalder? Om ensomhet blant eldre. *Scandinavian Psychologist*, nr.3, utg.4 . <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e4>

Lunde, V. B & Otterlei, B. J (2020) *Tjenester til hjemmeboende eldre- tilstand og utfordringer* s. 151-170. I: *Velferdstjenestens vilkår – Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (2020) Anvik, C. H., Sandvik, T. J., Breimo, P. J. & Henriksen, Ø. (Red.). Universitetsforlaget DOI: <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-9>

Mackenbach J. P., Stirbu, I., Roskan A-L., Schaap, M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., and the EU working group on socioeconomic inequalities in Health (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries *New England Journal of Medicine* 2008 (358) DOI: 10.1056/NEJMsa0707519

Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhof, F., Geurt, J. J. and the EU Working group on socioeconomic inequalities in Health (1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe *The Lancet* 1997 (vol.349), s. 1655-1659 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1)

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* 3. utgave Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St. 16 (2011-2015) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>

Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar* Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1>

Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?ch=1>

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Midsundstad, T. (2020) Traff vi blink? Refleksjoner rundt pensjonsformen, økt yrkesdeltakelse og seniorpolitikk *Nordisk velferdsforskning 2020-5 nr. 2*, s. 140-145  
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2020-02-07>

Minde, G. T. & Brustad, A-K. (2021) Pandemien har økt omsorgsbyrden for mange pårørende til eldre *Sykepleien 2021* DOI:10.4220/Sykepleiens.2021.84325

Modig K., Virtanen S., Ahlbom A. & Agahi N. (2016) Stable or improved health status in the population 65 years and older in Stockholm, Sweden - an 8-year follow-up of self-reported health items. *Scand J Public Health. 2016;44(5)* s. 480-9.

Moe, J. O., Steingrimsdottir, O. A., Strand, B. H., & Næss, Ø. (2012). Trends in remaining life expectancy at retirement age (65 years) by educational level in Norway 1961-2009. *Nor J Epidemiol*, 22(2), s. 85-94, <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1553>

Molvik I. (2019) *Eldre og sosiale medier. Hva kjennetegner eldre som bruker sosiale medier? Sosiale medier og ensomhet blant eldre* [masteroppgave]. Gjøvik: Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap NTNU <http://hdl.handle.net/11250/2613316>

Mowé, M. (2002) Behandling av undernæring hos eldre pasienter *Tidsskriftet den norske legeforening 2002-12* <https://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter>

NAV (2021) *Pensjonsopptening for omsorgsarbeid (omsorgsopptening)*  
<https://www.nav.no/no/person/pensjon/nynorsk/pensjonsopptening-for-omsorgsarbeid-omsorgsopptening#chapter-2>

Neumann, I. B. (2021) *Innføring i dikursanalyse. Mening, materialitet, makt*. 2. utgave  
Bergen: Fagbokforlaget

Otterstad, H. K. (2004) Det typiske for norsk eldreomsorg, er ulikhet *Sykepleien*  
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0012>

Otterstad H. K. (2018) Kommunesammenslåinger fører til nedprioritering av forebyggende helsetjenester. *Utposten 2018; 1*. [https://www.utposten.no/journal/2018/1/utposten-1-2018b-1387/Kommunesammensl%C3%A5inger\\_f%C3%B8rer\\_til\\_nedprioritering\\_av\\_forebyggende\\_helsearbeid](https://www.utposten.no/journal/2018/1/utposten-1-2018b-1387/Kommunesammensl%C3%A5inger_f%C3%B8rer_til_nedprioritering_av_forebyggende_helsearbeid)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Peek, S.T.M., Luijkx, K.G., Rijnaard, M.D., Nieboer, M.E., Van der Voort, C.S., Aarts, S., Van Hoof, J., Vrijhoef, H.J.M. & Wouters E.J.M. (2015). Older Adult's Reason for Using Technology while Aging in Place. *Gerontology*, 6, 226-237. DOI:10.1159/000430949

Phelan, J., Link, B. G. & Tehranifar, P. (2010) Social conditions as Fundamental Cause of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications *Journal of Health and Social Behavior* (51), s. 28-40

Phillips, L. J. (2010). *Diskursanalyse*. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (s. 263–286) Hans Reitzel Forlag.

Rattsø, J. & Sørensen, R. (2009): Gråhåret makt og kommunale budsjetter: De eldre må stole på seg selv. Bokkapittel i J. Sagli (red): "Det nære demokratiet . lokalvalg og lokal deltakelse", Abstrakt forlag.

Rommetvedt, H. & Nødland, S. I. (2020) Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning* vol 3./2020, s. 1-17. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-05>

Rydland, H.T. (2020) Monitoring the social gradient: Inequalities in use of blood pressure monitors in the HUNT study. *Technology in society*, 63, 101336

Ruyter, K.W. red. (2010) *Forskningsetikk – Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* 3. opplag Oslo: Gyldendal akademisk

Rønning, E. (2010) *Dobbeltarbeidende seniorer: ulønnet omsorgsarbeid*. Samfunnspeilet nr 23 s 2-6.

Salomonsen, T. (2020) Alle snakker om bærekraft, men ingen snakker om hva det betyr. Universitetsavisa <https://www.universitetsavisa.no/alle-snakker-om-baerekraft-men-ingen-snakker-om-hva-det-betyr/113877>

Sandvin, J. T., Vike, H. & Anvik, C. H. (2020) *Den norske og nordiske velferdsmodellen – kjennetegn og utfordringer* Velferdstjenestens vilkår – Nasjonal politikk og lokale erfaringer <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-3>

Schøitz, A. (2019) Omsorgsgens røtter – et historisk blikk *Tidsskrift for omsorgsforskning* s. 1-16 <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-01>

Skrede, J. (2018) *Kritisk diskursanalyse* Cappelen Damm

Slette-meås, D., Mainsah, H. & Berg, L. (2018) *Eldres digitale hverdag En landsdekkende undersøkelse om tilgang, mestring og utfordringer i informasjonssamfunnet* Oppdragsrapport nr. 18 Forbruksforskningsinstituttet SIFO

Statistisk sentralbyrå (2017) *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester* <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester>

Statistisk sentralbyrå, SSB analyse (2019) *Færre født og flere eldre gir sterke aldring* (2019/15) <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/faerre-fodte-og-flere-eldre-gir-sterkere-aldring>

Statistisk sentral byrå (2021) *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester -2* [https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/\\_attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23\\_web.pdf](https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/_attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf)

Steinseide, E. G., Potrebny, T., Ciliska, D. & Graverholt, B. (2022) Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt *Sykepleien forskning, 2022 (nr 17)* DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.88361

Steingrimsdottir, A. O., Næss, Ø., Moe, J. O. Grøholt, E-K., Thelle, D. S. Strand, B. H. Bævre, K. (2012) Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009 *European Journal Epidemiol* <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9663-0>

Stokke R (2018) Older people Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study *J Med Internet Res*. 2018 Oct; 20 (10). DOI: [10.2196/10054](https://doi.org/10.2196/10054)

St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* Helsedepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>

St. meld. Nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Thomas, A. (2013) *Depression in older people* I: Denning, T., Thomas, A. red Oxford Textbook of Old Age Psychiatry 2.utg. Oxford: Oxford University Press 544-69.

Thomassen, M (2015) *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk

Tjora, A. (2019) *Viten skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling* Cappelen Damm akademisk

Townsend, P. & Davidson, N. (1982) *Inequalities in health: the Black Rapport* Penguin

Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P. (2009) *Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home-based services*. Policy, Politics & Nursing Practice. 2009;10(4):276–84.

Vabø, M. & Vabo, S. (Red.) (2014) *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.

Vabø, M (2018) Omsorgsarbeid i et hverdagslivperspektiv *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 03/2018 (Volum 4) s. 276-286 DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-10>

Vike, H. (2011) *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet 2.* opplag. Akribe

Øversveen, E. & Rydland, H. T. (2020) *Sosial ulikhet i helse. En samfunnsvitenskapelig innføring* Fagbokforlaget

WHO (2006) *Constitution of the World Health Organization*

<https://www.who.int/publications/m/item/constitution-of-the-world-health-organization>

Winther, J. M. & Philips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode* Roskilde universitetsforlag



