



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for samfunnsvitenskap

Den «rette» pasienten

En dokumentanalyse av digitaliseringens betydning for sosial ulikhet innenfor helse med fokus på medisinsk avstandsoppfølging

Henriette Lauvhaug Nybakke

Masteroppgave i sosiologi SOS-3900 November 2020

Hvis vi hadde justert forventningene ned til nivået i 1947, for ikke å snakke om 1927, ville vi ikke trenge halvparten av alle de fastlegene vi tror vi trenger nå, og i alle undersøkelser ville folk svart at de var overlykkelige og ubeskrivelig fornøyd med livet, bare fordi de har varmt og kaldt vann i springen.

- Full spredning, Nina Lykke (2019)

Sammendrag

I denne masteroppgaven har jeg tatt for meg temaene digitalisering og sosial ulikhet innenfor helse. Problemstillingen som har blitt besvart er: *Hvilken betydning kan økt digitalisering ha for sosial ulikhet innenfor helse?* Problemstillingen er snevret inn med å bruke medisinsk avstandsoppfølging som case. For å svare på problemstillingen er dokumentanalyse benyttet som metode. Utvalget av dokumenter består både av avisartikler, stortingsmeldinger og sluttrapporter. De teoretiske analyseverktøyene benyttet er Foucaults diskursanalyse, Bourdieus teori om sosiale rom samt hans begreper om habitus og kapital og teorien om den grunnleggende årsak (*fundamental cause theory*).

Under analysen er det blitt identifisert fenomener og mønstre som har ligget til grunn for dannelsen av de seks kategoriene: Den «rette» pasienten, den krevende forbrukerpasienten, den sosiale pasienten, den rurale og urbane pasienten, den språklige minoritetspasienten og de sårbare pasientene. Hovedfunnet som er gjort er at pasienten må oppfylle visse kriterier for å bli inkludert, og at det oppstår et skille mellom de pasientene som blir inkludert i utprøvingen og de som ikke blir det. Dette skillet baserer seg i hovedsak på kriteriene, men hvis kriteriene blir fjernet kan skillet opprettholdes av geografiske avstander, språklige barrierer og utdanningsforskjeller.

Det er også blitt identifisert tre sentrale diskurser i dokumentene, som er medias diskurs, forskernes og politikkenes diskurs. Hovedfunnet er at det i hovedsak var enighet mellom de forskjellige diskursene, samt en gjensidig påvirkning mellom dem. I den grad det er identifisert en kritisk tilnærming til gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging er det hos medias diskurs.

Forord

Endelig var denne masteroppgaven kommet til veis ende. Den har blitt produsert under spesielle tider, noe som gjør meg ekstra stolt over å ha fått dette til. Masteroppgaven har uten tvil vært en dannelsesreise. En reise jeg ikke hadde klart uten de enestående personene rundt meg.

Først og fremst vil jeg takke min helt fantastiske veileder, Kari Dyb. Tusen takk for at du har motivert og inspirert meg med ditt blide vesen. Tusen takk for alt du har lært meg i denne prosessen, det kommer jeg til å ta med meg resten av livet. Jeg ønsker samtidig å takke min biveileder, Sissel Eriksen. Dine kommentarer og tilbakemeldinger har vært gull verdt.

Til mine tidligere medstudenter på lektorstudiet, tusen takk for all støtte dere har gitt meg. Fem år virket som uendelig lang tid når vi hadde første forelesning i kvantitativ metode høsten 2015, men tiden gikk altfor fort. Tusen takk til mine nåværende medstudenter og lesesalkolleger. Det har vært en stressende tid med tidlige morgener og lange kvelder. Jeg er evig takknemlig for at det er nettopp dere jeg har hatt (for mye) kaffeslabberas med på pauserommet. En spesiell takk til strikkejengen som har gjort den siste tida ekstra artig. Dere vet hvem dere er.

Tusen takk til vennegjengen min i Tromsø, flottene damer skal man se lenge etter. Tusen takk for sene vinkvelder med gode samtaler. Jeg er så stolt over alt dere får til, og dere motiverer meg hver eneste dag. Gleder meg til å se hvor veiene våres går videre.

Jeg ønsker også å takke mine kjære kollegaer på ARK. Takk for lesesirkel-stunder, strikkekvelder, vinkvelder, og gode samtaler bak kassa på jobb. Hvis jeg har kollegaer som er halvparten så gode som dere resten av yrkeslivet mitt kan jeg prise meg heldig.

Hjertelig takk til familien min hjemme i Valdres, som ikke alltid har forstått hva jeg har holdt på med, men heiet meg videre likevel. Mamma og Stepappa, takk for at dere alltid er der for meg og at dere stiller opp. Pappa og Lene, takk for at dere har kommet med trøstende ord når jeg har ringt og vært frustrert over alt jeg ikke fikk til med masteren. Til de resirkulerte ungdommene i Fredrikstad (Bestefar og Sidsel), dere blir nok de første på digitalt eldreheim.

Kjære Moffa, jeg skulle ønske vi rakk en siste tur på hytta. Jeg tenker på deg hver dag. Håper du er stolt over hva jeg har fått til.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke min kjære samboer, Lars. Tusen takk for at du har gjort denne tida enklere for meg. Du har vært min viktigste støttespiller, og min viktigste samtalepartner. Nå kan vi endelig dra på Tromsøbadet.

Henriette

Universitetet i Tromsø, November 2020

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema og problemstilling.....	2
1.2	Begrunnelse og formål.....	3
1.2.1	Covid-19.....	4
1.3	Oppgavens oppbygging	5
2	Litteraturgjennomgang.....	7
2.1	Sosial ulikhet i helse i Norge og Norden.....	7
2.1.1	Kapitalbegrepet.....	9
2.2	Digitaliseringens påvirkning	10
2.2.1	Velferdsteknologi.....	11
2.2.2	Det digitale gapet.....	12
2.2.3	Digital kapital	13
2.2.4	E-helse literacy	14
3	Teori.....	16
3.1	Foucaults diskursanalyse.....	16
3.1.1	Makt og kunnskap	18
3.1.2	Kritikk.....	19
3.2	Bourdieu's sosiale rom.....	19
3.2.1	Kapital - og dens ulike former	21
3.2.2	Habitus	22
3.3	Teorien om den grunnleggende årsak.....	23
4	Metode.....	25
4.1	Valg av metode - dokumentanalyse.....	25
4.2	Diskursanalyse	26
4.2.1	Historisk bakteppe og teoretisk forankring.....	26
4.2.2	Metode, teori eller analytisk verktøy?	27
4.3	Datamaterialet.....	28
4.3.1	Datainnsamling.....	28
4.3.2	Kriterier og søkeord	29
4.4	Utvalget.....	30
4.4.1	Kildekritikk, validitet og reliabilitet	34
4.5	Analyseprosessen.....	35
5	Empiri og analyse	36
5.1	Den «rette» pasienten	38
5.1.1	Alle skal få.....	41
5.1.2	Ansvar for egen helse.....	42
5.1.3	Er den «rette» pasienten også den perfekte pasienten?.....	44
5.2	Den krevende forbrukerpasienten.....	46
5.2.1	Morgendagens eldre.....	46

5.2.2	Ungdom og digitalisering – hånd i hånd?	49
5.2.3	Opplæring og individuell tilpasning	51
5.3	<i>Den sosiale pasienten</i>	53
5.3.1	Ensomme eldre	53
5.3.2	Isolerte langtidssyke barn	55
5.4	<i>Den rurale og urbane pasienten</i>	58
5.4.1	Bygdas digitale infrastruktur	58
5.4.2	Bygdas digitale innbyggere	59
5.4.3	Byens diversitet og variasjon	61
5.5	<i>Den språklige minoritetspasienten</i>	63
5.6	<i>De sårbare pasientene</i>	70
5.7	<i>Sammendrag</i>	73
6	Diskurser og diskusjon	75
6.1	<i>De dominerende diskurser i det offentlige rom</i>	75
6.2	<i>Problematisering av den «rette» pasienten – hvem er ekskludert fra kategorien?</i>	78
6.2.1	Men, må det være likt for alle?	79
6.3	<i>Ulikhetens konsekvenser for gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging</i>	80
6.3.1	Men er det uløselig?	82
6.4	<i>Teoriens begrensinger og muligheter</i>	83
6.4.1	Hva med digitaliseringen?	84
7	Avslutning og konklusjon	85
7.1	<i>Veien videre</i>	87
8	Referanseliste	89
8.2	<i>Referanseliste for datamaterialet</i>	100
	Vedlegg 1	102

1 Innledning

Etterhvert som samfunnet endres, endres også våre utfordringer. Vi går i møte en eldrebølge, som består av at andelen eldre i befolkningen øker, der flertallet vil leve lengre (Wettergreen, Ekornrud & Abrahamsen, 2019). Flere og flere får kroniske sykdommer, samt at det er en økning i pasienter med psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018b). Samtidig slites det med å rekruttere nok helsepersonell, og det blir flere pasienter per ansatt. Dette legger press på helsetjenestene i Norge. Ifølge helseminister Bent Høie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), må vi arbeide for å møte helsesystemets utfordringer på best mulig måte. Blant annet må kompetansen hos helsepersonell planlegges og brukes bedre, utdanningene innenfor helsesektoren må endres etter behov, og det må tilegnes kunnskap om hvordan psykiske helsetjenester skal struktureres på best mulig måte. Dessuten må måten helsetjenesten drives på, og tilbyr behandling på, endres. Helt sentralt i møte med disse utfordringene står teknologien, som skal benyttes som et viktig verktøy i arbeidet mot fremtidens helsevesen.

Det satses stort på digitale løsninger i samfunnet. I Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* vektlegges det hvordan digitale løsninger skal kunne fornye, forbedre og forenkle den offentlige sektor, deriblant helsesektoren. Denne tankegangen ser vi igjen i digitaliseringsstrategien for offentlig sektor – *En digital offentlig sektor (2019-2025)* (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019), der det vektlegges hvordan vi skal endre måtene oppgaver løses ved hjelp av teknologi. Fokuset på digitaliseringen innenfor helsevesenet har økt betraktelig de siste 10 årene, og i 2016 ble Direktoratet for e-helse og Nasjonalt senter for e-helseforskning etablert. Samme år iverksettes diverse e-helse-tiltak, som e-resept og «bytte fastlege» på helsenorge.no. I den nasjonale e-helsestrategien uttrykkes nødvendigheten av å utnytte de mulighetene som ligger i digital teknologi på en bedre måte for å nå helsepolitiske mål. Videre uttrykkes det at *e-helse er en forutsetning for å løse store utfordringer i et fragmentert helse-Norge* (Direktoratet for e-helse, 2019).

Selv om det oppstår stadig nye problemer i samfunnet, er sosial ulikhet et vedvarende problem (Folkehelseinstituttet, 2018a). I St. Meld nr. 20 (2006-2007) står det at vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn, der de med best økonomi også har best helse, og at de helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Det står også at

regjeringen ville sette i verk en strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene. I *Sosial ulikhet i helse – en norsk kunnskapsoversikt* (Dahl, Bergsli, & A. van der Wel, 2014) påpekes det at den sosiale ulikheten i helse skyldes strukturell skjevfordeling av økonomiske og sosiale ressurser, utdanning og arbeid hos befolkningen. Sosioøkonomiske forhold, og dets påvirkning på helsestatus, støttes oppunder av Folkehelsepolitisk rapport 2017 (Helsedirektoratet, 2018) og Folkehelse rapporten – *helsetilstand i Norge 2018* (Folkehelseinstituttet, 2018b). I Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011) er formålet å bidra til en samfunnsutvikling som minimerer de sosiale helseforskjellene. Digitaliseringen av samfunnet, og spesielt helsevesenet, er et sentralt aspekt ved samfunnsutviklingen. Det er derfor interessant å se på sammenhenger mellom digitaliseringen og sosiale helseforskjeller.

1.1 Tema og problemstilling

Som en kan lese i avsnittene over er det en bryggende optimisme på hva teknologien kan løse innenfor helsevesenet, og at teknologi og digitale løsninger blir vektlagt i arbeidet med og utviklingen av fremtidens helsesystem. Samtidig understreket jeg en av problematikkene innenfor helse, nemlig sosial ulikhet. Temaene for denne masteroppgaven er derfor digitalisering og sosial ulikhet innenfor helse, og dermed også møtet og sammenhengen mellom de to temaene.

Hovedproblemstillingen i oppgaven er som følger:

Hvilken betydning kan økt digitalisering ha for sosial ulikhet innenfor helse?

For å besvare problemstillingen skal det særskilt fokuseres på medisinsk avstandsoppfølging. Det vektlegges en bred forståelse av hva medisinsk avstandsoppfølging er, og hva det kan være. Medisinsk avstandsoppfølging er ikke et entydig begrep, men den definisjonen som er blitt vektlagt er som følgende: *Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle stedene hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell* (Østrem, et al., 2017, s. 5). Dermed kan en rekke ulike digitale insentiver og verktøy innenfor helse tolkes som en type medisinsk avstandsoppfølging. Ut ifra dette fokuset er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke diskurser dominerer den offentlige samtalen om sammenhengen mellom sosial ulikhet og medisinsk avstandsoppfølging?
- På hvilken måte/hvordan kan sosial ulikhet påvirke gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging, og vise versa?
- Hvilke konsekvenser kan sosial ulikhet ha for den praktiske utføringen av medisinsk avstandsoppfølging?

Forskningsspørsmål to og tre kan ved første øyekast oppfattes som like. Likevel er det en distinksjon som gjør de svært ulike. Forskningsspørsmål to spør på et samfunnsnivå, imens forskningsspørsmål tre spør på et individnivå.

I likhet med medisinsk avstandsoppfølging, opereres det også med en bred og fleksibel forståelse av sosial ulikhet. Sosial ulikhet kan defineres som urettferdig fordeling av goder i samfunnet (Schieffloe, 2011, s. 241). Når det opereres med en slik bred forståelse er det viktig med et åpent sinn i hva som kan ansees som goder, samt hvilke faktorer som kan føre til ulik fordeling av goder. Dette er noe som vil bli gått dypere inn på i litteraturgjennomgangen. Helse defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2020) som en *tilstand av fullstendig fysisk, mentalt, og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og fysisk svekkelse*. Det er denne definisjonen oppgaven tar utgangspunkt i.

1.2 Begrunnelse og formål

Begrunnelsen for denne oppgaven er av en personlig, faglig og samfunnsmessig art. Personlig har helse og sykdom, og samfunnets måte å håndtere det på, interessert meg en god stund. Dette er en interesse som har blitt bekreftet når jeg har hatt fag innenfor temaet. Det var alltid sikkert at denne oppgaven ville omhandle helse, på en eller annen måte. Jeg, som mange andre, har opplevd sykdom i nær familie og hvordan det påvirker noe mer enn bare individets fysiske form. Hyppige sykehusopphold med lang og slitsom reisevei, langvarige innleggelse, frivillig karantene på grunn av dårlig immunforsvar etter visse behandlinger, også videre, kan forsterke den negative opplevelsen av å være syk. Både for individet og nær familie. Det kan bety mye for en pasient å kunne være delaktig i barnebarnets bursdagsfeiring, eller å slippe 3 timer i en taxi alene på vei til neste behandling. Jeg har et positivt syn på hva e-helse og teknologi kan medføre, spesielt for pasienten, men også for samfunnet som helhet. Likevel er

det viktig at vi konfronterer det som ikke fungerer. Ved å konfrontere mangler og problemer kan en også finne fram til løsninger.

Sosial ulikhet har alltid vært et sentralt tema innenfor sosiologien, og ulikhetssosiologien har sterke tradisjonelle røtter. Teknologi, og hvilke konsekvenser den kan ha, har også fascinert en rekke sosiologer gjennom tidene. Oppgaven tar dermed for seg sentrale fagtradisjonelle tematikker. Når det gjelder samfunnsmessig interesse ønsker jeg å peke tilbake på bakgrunnen for oppgaven, som det ble redegjort for innledningsvis. Der kommer det tydelig fram hvordan forskning på digitalisering og sosial ulikhet innenfor helse er av interesse.

Formålet med oppgaven er å belyse betydningen digitaliseringen har på sosial ulikhet innenfor helse, med et fokus på Norge. Det er ikke et mål å komme fram til generaliserbare sannheter, men heller å se etter tendenser, mønstre og en dypere innsikt i sammenhengene. Et mål er at denne oppgaven potensielt kan brukes som en forstudie til senere forskning på temaet.

1.2.1 Covid-19

Under arbeidet med oppgaven oppstod Covid-19, og med det en rekke andre problemer som har gitt konsekvenser for samfunnet vi lever i. Da prosjektskissen ble levert høsten 2019 kunne ingen forutse en global pandemi. Covid-19 la en del føringer for denne oppgaven, på godt og vondt. Spesielt begrenset det de metodiske valgene, og hindret visse metodiske alternativer. Dokumentanalyse utpekte seg dermed som den beste metoden. Likevel førte det med seg noe gunstig for denne oppgaven, nemlig et økt fokus på digitalisering i hele samfunnet. Det ble sagt at flere år med digital utvikling skjedde på kun noen få måneder (Sykehuset innlandet, 2020; Tennøe, 2020; Karlsson, 2020; Kvernland-Berg & Haffeld, 2020).

Covid-19 vil ikke ha hovedfokuset i denne oppgaven, men det har hatt en innvirkning og det er derfor viktig å inkludere. Spesielt med tematikken i denne oppgaven, som med stor sannsynlighet har blitt påvirket av covid-19. Som nevnt over har digitale løsninger utviklet seg raskere enn tidlig. Samtidig har noen sett på og diskutert hvordan sosiale ulikheter potensielt kan forverre korona-situasjonen for enkelte. Det er også blitt diskutert hvordan koronapandemien kan forverre sosiale ulikheter (Hernæs, 2020). Hvordan koronapandemien har påvirket samfunnet vårt vet vi nok best i ettertid.

1.3 Oppgavens oppbygging

I dette delkapitlet ønsker jeg å redegjøre for oppgavens oppbygging og kapitler. Ettersom kapittel 1 er innledningen starter redegjøringen med oppgavens andre kapittel.

Oppgavens andre kapittel består av en litteraturgjennomgang. Litteraturgjennomgangen er todelt, og delt opp etter oppgavens to temaer. Første halvdel omhandler sosial ulikhet innenfor helse i Norge og Norden. Den tar også for seg forholdet imellom sosial ulikhet og helse, i den form at sosial ulikhet kan føre til dårlig helse og sykdom, men også at dårlig helse og sykdom kan føre til sosiale ulikheter. Andre halvdel vektlegger digitaliseringen, hovedsakelig i sammenheng med helse og sosial ulikhet. Her vil jeg redegjøre for sentrale begreper som digital kapital (Park, 2017) og e-helse literacy¹ (Norman & Skinner, 2006).

I tredje kapittel presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Innledningsvis forklares begrunnelsen for valg av teori, og hva de utvalgte teoriene potensielt kan forklare. Først redegjøres det for Foucaults (1999) diskursanalyse. Sentralt her står også hans forståelse av makt. Avslutningsvis inkluderes det kritiske kommentarer til hans teori. Videre redegjøres det for Bourdieus (1995; 2006; 2016)) teori om sosiale rom og sosiale felt, samt hans begreper kapital og habitus. Igjen vil det avslutningsvis inneholde kritikk av teorien, og en kort diskusjon om hvor egnet teorien er for det norske samfunn og en helsesektor som har mål å tilby lik tilgang og behandling for alle. Til slutt redegjøres det for en mer «middle-ranged»-teori, nemlig teorien om den grunnleggende årsak/*fundamental cause theory* av Link og Phelan (1995; 2005). Dette er en teori som er sentral innenfor ulikhet og helse.

Metodiske valg blir redegjort for i kapittel fire. Kapitlet starter med en forklaring av metodevalget, samt en kort forklaring av hva en dokumentanalyse er. Deretter redegjøres det for en mer praktisk forståelse av diskursanalysen, og en diskusjon av diskursanalysen som metode eller analyseverktøy. Videre redegjøres det for datainnsamling, og innenfor det: type datamaterialet, søkeord, inklusjon-og eksklusjonskriterier og utvelgelsesprosessen. Til slutt forklares den analytiske prosessen.

¹ Det eksisterer ingen dekkende norsk oversettelse av begrepet e-health literacy, derfor brukes e-helse literacy. Dette vil bli videre forklart i kapittel 2: Litteraturgjennomgang.

I oppgavens femte kapittel presenteres empiri og analyse. Å presentere empiriske og analytiske funn sammen er et valg basert på leservennlighet. Her er Foucaults diskursanalyse brukt mer implisitt, og påvirket analysens struktur. Teoriens om den grunnleggende årsak og Bourdieus teori om sosiale rom er brukt mer eksplisitt. Analyse- og empirikapitlet er delt inn i seks delkapittel, basert på de empiriske kategoriene som ble etablert i analyseprosessen. Altså følgende delkapittel: Den «rette» pasienten, forbrukerpasienten, den sosiale pasienten, den rurale og urbane pasienten, den språklige minoritetspasienten og den sårbare pasienten².

I sjette kapittel finner en oppgavens drøfting. Her vil analysen løftes opp til et mer overordnet nivå, og diskurser vil bli analysert og diskutert mer eksplisitt. Blikket vil vende tilbake til forskningsspørsmålene, og analysens funn vil drøftes i lys av disse forskningsspørsmålene.

Syvende, og siste, kapittel er oppgavens konklusjon og avslutning. Kapitlet vil også kort foreslå hvordan en kan gå fram videre med forskning på temaet, basert på funn som er gjort i denne oppgaven.

² Navnet på kategoriene kan gi assosiasjoner til Håland og Melby (2010) sine ulike pasienttyper, der de for eksempel har *den tydelige pasient* og *den sikre pasienten*. Utenom navngivelsen har deres kategorier lite til felles med kategoriene i denne oppgaven.

2 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for foreliggende litteratur og forskning om temaet. I litteraturgjennomgangen har jeg også valgt å vektlegge teoretiske perspektiver. Grunnen til dette er for å belyse hvilke teoretiske forklaringer som har vist seg fruktbare, hvilke teoretiske forklaringer som dominerer og hvilke teoretiske forklaringer som ikke stemmer overens med egne empiriske funn.

2.1 Sosial ulikhet i helse i Norge og Norden

Sosial ulikhet vedvarer i Norge når en ser på indikatorer som dødelighet, selvrapportert helse, og indikatorer på sosioøkonomisk status som utdanning, yrkesklasse og kjønn (Dahl, Bergsli, & A. van der Wel, 2014). Den norske strategien for å minske de sosiale ulikhetene i helse går ut på en langsiktig og helhetlig tilnærming, der fokuset ligger på den sosiale gradienten, og fremheving av de universelle løsningene. Dahl et.al (2014) benytter seg av perspektivet om sosiale helsedeterminanter (SDH) i sin analyse av sosiale helseforskjeller i Norge, som vektlegger de sosiale helsedeterminantene. Hva som kan ansees som sosiale helsedeterminanter avgjøres ut fra statistiske regelmessigheter. Ifølge SDH-perspektivet reflekterer økonomiske og sosiale forskjeller i helse de økonomiske og sosiale forskjellene i samfunnet som helhet. Dahl et.al (2014) benytter seg også av livsløpsperspektivet, som er nært knyttet sammen med SDH-perspektivet. Livsløpsperspektivet går ut på at en vektlegger biologiske forhold og tidlig oppvekst, og hvilken påvirkning dette har på individets helse senere i livet. En ser også på hvordan ulike stadier i livet påvirker helsen, for eksempel hvis individet tar utdanning som ung voksen. Livsløpsperspektivet fanger opp den livslange gjensidige påvirkningen mellom sosiale forhold og helse.

Perspektivet om sosiale helsedeterminanter var ifølge Dahl et.al (2014) ikke så fruktbart som antatt. Ulikheter innenfor helse var et fenomen de fant igjen i alle livsfaser, og i alle nivåer i det sosiale hierarkiet. Sosial ulikhet hadde derimot størst påvirkning på mennesker i det 'lave sjiktet'. Ulikhetene var også å finne hos begge kjønn. Dahl et.al (2014) konkluderer med at de viktigste determinantene for helse er å finne i tidlig oppvekst, og argumenterer dermed med at det vil ta tid å endre de sosiale helseforskjellene. I rapporten *Sosial ulikhet i helse: En Norsk kunnskapsoversikt* kommer det også fram et behov for forskning på hvordan helse i barndommen påvirker videre livsløpsjanser, samt forskning på helsetilstanden for utsatte

barn. De argumenterer også for at endringer i helsevaner og arbeidsmiljø er viktigere enn økonomiske faktorer. Arbeidsmiljøet kan føre til helsemessige belastninger, men også helsemessige forbedringer (Dahl, van der Wel, & Harsløf, 2010). Samtidig er helsen dårligst hos de som har falt utenfor arbeidsmarkedet (ibid.).

Innledningsvis ble det referert til flere folkehelse rapporter, og at de konkluderte med at sosioøkonomisk bakgrunn har høy innvirkning på de sosiale helseforskjellene. Det er interessant å gå mer i detalj på noen av funnene i rapportene. Ifølge Folkehelsepolitisk rapport 2017 (Helsedirektoratet, 2018) var det en økning i økonomiske forskjeller langs hele inntektsskalaen. Et annet interessant funn i Folkehelse rapporten 2018 – *Helsetilstanden i Norge* (Folkehelseinstituttet, 2018b) er hvordan de geografiske forskjellene speiler sosioøkonomiske forskjeller. I de ulike kommunene er det ulik demografi, det vil si at det er overtall av personer med høyere utdanning i noen kommuner, og et overtall av personer med lavere utdanning i andre kommuner. De geografiske forskjellene kommer til uttrykk ved forskjell i levealder, der det skiller 10-12 år i levealder mellom menn i kommuner med høyest og lavest levealder. For kvinner var forskjellen 8-10 år. En har også sett forskjeller i alkoholkonsum og overvekt (Borgan og Pedersen, 2009). I tillegg kan det «menneskeskapte miljøet», som skole eller arbeidsplass, bidra til å skape eller forsterke sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2018a).

En eldre rapport fra 2009 – *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester* (Finnvold, 2009) viser hvordan helsetjenesten fungerer for ulike sosiale grupper. Rapporten baserer seg riktig nok på kun en case-studie av foreldre til barn med astma, og kan dermed ikke ansees som noen universell sannhet. Likevel er konklusjonen klar: Helsetjenesten fungerer bedre for foreldre med høyere utdanning. Året før, 2008, kom en rapport som beskriver sammenhengen mellom helse og utdanning. Utdanning kan føre til ulike typer prosesser som bidrar til å produsere helse utover i det voksne livsløpet (Elstad, 2008). Utdanning blir dermed en årsak til helse. Prosessene er dog mye mer kompliserte og sammensatte enn at utdanning helt enkelt er en årsak til helse. Årsakene kan også gå andre veien, der graden av helse påvirker utdanningsnivå. Sammenhengen mellom helse og utdanning poengteres også i Folkehelse rapporten 2018 – *Helsetilstanden i Norge*. Felles for folkehelse rapportene, både de nyere og de eldre, er at sosioøkonomisk bakgrunn står sentralt.

Når en ser på utdanningsforskjeller ved dødelighet i Norge tyder det på at forskjellene øker (Folkehelseinstituttet, 2018b). Det er heller ingen markante forskjeller mellom Norge og

Norden og andre stater, med en helt annerledes utforming av velferdsstaten, når det gjelder helseforskjeller på lavere nivå (Dahl & van der Wel, 2015; Dahl, Bergsli, & A. van der Wel, 2014). Dette kalles for det nordiske paradokset (Mackenbach, 2017). En del av forklaringen kan være at nordiske land, inkludert Norge, ikke har fått bukt med de materielle ulikhetene. Ettersom nordiske land har mindre materiell ulikhet enn europeiske land i øst må det ligge flere årsaker bak ulikheten i dødelighet. Mackenbach (2017) forklarer at ved byggingen av velferdsstaten ble det skapt nye strukturer, som har ført til styrking av gamle årsaker til ulikhet, men som også har skapt nye årsaker. Stadig større antall tar høyere utdanning, som har ført til at gruppen med lav utdanning og manuelle jobber blir mer marginalisert. Selv om velferdsstaten har ført til bedre helse i populasjonen er det i hovedsak de med høyere utdanning som har fått fordelene. Forebyggende tiltak og behandlinger har størst effekt hos de med høyere utdanning. Høyt utdannede mennesker har lettere for å endre sin atferd hvis det har betydning for helsen (ibid.).

Ifølge Elstad (2012) kan nye kunnskapsmessige og medisinske fremskritt føre til økte ulikheter innenfor helse, samt nye ulikheter innenfor helse. Dette vil skje som en utilsiktet konsekvens av nye fremskritt. Årsaken til dette er at det blir flere ressurser som kan fordeles ulikt. Når det ikke fantes noen ressurser eller redskaper til å gripe inn rammet sykdom alle likt. I moderne tid har det derimot blitt funnet flere muligheter for å håndtere sykdom. Vi har også fått økt kunnskap om hvordan vi unngår å bli syke, eksempelvis at kosthold og stress påvirker risikoen for hjertesykdommer eller andre livsstilssykdommer. Når det finnes forskjellige typer behandlingsmuligheter for ulike typer sykdommer vil dermed fordelingen av ressurser påvirke. De med kunnskap, penger og gode kontakter vil kunne profitere bedre på ulike behandlingsmuligheter, ut ifra teorien om den grunnleggende årsak (denne teorien vil det bli redegjort for i teorikapitlet). Han poengterer dog at ressurser ikke alltid fører til bedre helse, men at mulighetene for bedre helse økes.

2.1.1 Kapitalbegrepet

Sosial kapital har vært et viktig begrep de siste 20 årene innenfor forskning på sosiale helseforskjeller på en global skala, både på individnivå og systemnivå (Ferlander, 2007). Forskning fra USA har funnet ut at sosial tillit er tett knyttet opp til dødelighet, og at sosial kapital på aggregert nivå påvirker helsen. I Russland er høyere sosial kapital knyttet til bedre selvrappert helse, og samme empiriske funn er gjort i Finland (Ferlander, 2007). Sosial

kapital henger sammen med bedre helseatferd (røyking og kosthold), og utbredelse av ulike type sykdommer som forkjølelse, HIV, depresjon og demens. Det kan også føre til økt emosjonell støtte etter sykdom, som etter et slag, som gir bedre overlevelsessjanser. Samtidig kan sykdom over tid isolere aktøren, og føre til dårligere sosial kapital over tid. En kritikk av forskningen på sosial kapital og helse er hvordan forskningen har forholdt seg til kausalitet.

Innenfor helseforskningen har det blitt bevist at tette, gode, uformelle sosiale nettverk, har en positiv effekt på helsen (Ferlander, 2007; Berkman & Glass, 2000; Wills & Ainette, 2012). Annen forskning fastslår at slike sosiale nettverk også kan ha en negativ effekt på folks helse, ettersom det kan føre med seg stress, konflikter, sjalusi og skuffelser. Når en lever under fattigdom, har en dårligere tilgang på ressurser, og sosiale nettverk blir ekstra viktig (Ferlander, 2007). Det blir som et tveegget sverd, der relasjonen kan være en hindring og en hjelp til bedre helse. Bindende sosial kapital kan øke individenes stressnivå, ettersom aktørene i fattige samfunn er pålagt forpliktelser overfor det sosiale nettverket. Sosiale nettverk kan føre til emosjonell støtte, men kan påvirke den som gir støtte negativt. Kvinner med store nettverk er ofte involvert i andres stress og emosjonelle problemer, og opplever dermed mer stress enn kvinner med mindre nettverk (eller menn). Sosial kapital kan føre til bedre helseatferd ettersom sterke sosiale nettverk har en stor påvirkning på aktørenes atferd, men det kan også føre dårligere helseatferd. Om påvirkningen er positiv eller negativ er avhengig av normene innad i det sosiale nettverket. I sterke sosiale nettverk der det er lite ekstern innflytelse og den interne påvirkningen er høy, blir det ofte fremmet dårlig helseatferd i form av rusmisbruk, dårlig kosthold, tobakk, alkohol og skadelig seksualaktivitet (Ferlander, 2007).

2.2 Digitaliseringens påvirkning

Det er lite diskusjon om at samfunnet i dag blir stadig mer digitalisert. Nettbrett innføres på barnetrinnet, selvangivelsen leveres på nett og bussbilletten kan kjøpes på en app. Spørsmålet er hvordan de teknologiske innovasjonene påvirker oss, og i denne oppgaven omhandler det spesielt hvordan digitalisering påvirker sosial ulikhet i helse. Så langt har litteraturgjennomgangen omhandlet sosiale helseforskjeller i Norge og Norden, og skal videre omhandle tidligere forskning på digitaliseringens påvirkning på sosiale helseforskjeller.

2.2.1 Velferdsteknologi

E-helse og telemedisin er et ungt fagfelt i stadig utvikling. Dette innebærer at vi opererer med løse definisjoner av begrepene, og at det stadig dukker opp nye begreper å forholde seg til. E-helse kan defineres som *bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å bedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren* (Direktoratet for e-helse, 2020). Velferdsteknologi kan bety teknologiske løsninger i form av assistanse eller støtte for personer med nedsatt funksjonsevne eller deres pårørende (Thygesen, 2019). Ifølge Thygesen (2019) er det konteksten som avgjør om teknologi er velferdsteknologi. Velferdsteknologien inngår i en helse-, omsorgs- og velferdstjenestekontekst, den foregår på avstand og målgruppen er primært tjenestemottakere (pasientene og deres pårørende). I Norge har det vært en stor satsing på velferdsteknologi, som en kunne se innledningsvis.

Medisinsk avstandsoppfølging kan forstås som en underkategori innenfor velferdsteknologien, som omhandler at teknologien muliggjør medisinsk oppfølging på avstand. Thygesen (2019, s. 32) benytter seg av begrepet telemonitorering, som innholdsmessig innebærer det samme som avstandsoppfølging. Det er valgt å ikke benytte begrepet *telemonitorering* i dette prosjektet, ettersom definisjon blir for snever. Ettersom den teknologiske utviklingen innenfor helse i er i stadig utvikling, fører det også til at det stadig oppstår nye begreper som overlapper hverandre.

Velferdsteknologi er forsøkt hos eldre i flere kommuner med forskjellige typer teknologi som skulle løse ulike typer problemer (Moe & Nilsen, 2014). Noen eldre opplevde at teknologien ikke oppfylte forventningene, mens andre opplevde at teknologien ga økt trygghet og bedre livskvalitet (ibid.). En viktig erfaring var at *tilpasset opplæring* skulle blitt vektlagt i større grad (ibid.). Den samme erfaringen gjaldt bruk av velferdsteknologi hos barn med ADHD og/eller autisme (Dale & Grut, 2015). I tillegg var erfaringen at jo mer avansert teknologien var, jo mer ustabil var den (ibid.). Dette gjaldt spesielt umoden teknologi, og løsninger som var satt sammen av komponenter fra ulike leverandører (ibid.). Nettbrett (kolsbrett) hos kolspasienter har ført til mer kontroll av egen sykdom hos brukerne, og gitt økt grad av trygghet og mestring (Bjørkquist, 2015). Nettbrett har også blitt brukt for å forebygge funksjonssvikt hos eldre, der resultatet var økt mestring av hverdagen (Aardalen, Moen, & Gjevjon, 2016).

Velferdsteknologi er et satsingsområde også utenom Norge, men hovedsakelig i vestlige land som Australia, Nord-Amerika og Vest-Europa. Likevel har forskningen, utviklingen og implementeringen av teknologi vært fragmentert på grunn av ulik organisering av

helsesystemer, samt forholdet til kommersielle aktører som har levert de teknologiske løsningene. Diagnosene som de teknologiske løsningene skal hjelpe med er i hovedsak livsstilsykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer og kols. Livsstilsykdommer har hatt en økning i vestlige land den siste tiden, og som har det gitt et økt press på helsevesenet. Samtidig har det vært en digital utvikling i velferdssamfunnet. Den digitale utviklingen har kommet lenger i de vestlige landene, sånn at implementeringen av velferdsteknologi faktisk kan være gjennomførbar (Thygesen, 2019).

2.2.2 Det digitale gapet

Visse sosiale grupper er mer utsatt for å falle helt utenfor nye digitale ordninger og løsninger, og har et potensial å bli enda mer marginalisert ettersom samfunnet blir stadig mer digitalisert. Det digitale gapet omhandler den ujevne distribusjonen av informasjonsteknologi, sånn som trådløst internett, PC-er og mobiltelefoner (Latulippe, Hamel, & Giroux, 2017). I Norge har det vært snakk om at det digitale gapet har blitt jevnet ut, men på globalt nivå er det fortsatt store forskjeller mellom geografiske områder, og folkegrupper med ulik sosioøkonomisk status (Abascal, Barbosa, Nicolle, & Zaphiris, 2015; Fairlie, 2014; Cruz-Jesus, Oliveira, & Bacao, 2012).

Statistisk sett ser en at det digitale gapet i Norge har blitt jevnet ut. Ifølge Davidrajuh (2010) kan den norske borger, allerede i 2010, omtales som en digital borger, selv om det fortsatt gjenstår spor av digitale ulikheter i henhold til inntekt og geografisk lokasjon. Davidrajuh (2010) konkluderer med at det ikke finnes digitale ulikhet basert på kjønn og etnisitet. At de digitale ulikhetene er geografiske, kan støttes oppunder av Sørensen og Liste (2011). I Norge omhandler de digitale skillene bruk, i større grad enn tilgang (Eimhjellen & Ljunggren, 2017). Mestring av teknologi er en viktig sosial ressurs (ibid.). De digitale ulikhetene kan representere de sosiale ulikhetene ellers, men de kan også utfordre eller skape nye sosiale ulikheter (ibid.). En undersøkelse gjort på norske barn i alderen 7-12 år på kjønnsforskjeller i bruk av media-teknologi kom fram til at det ikke var forskjell når det gjaldt tilgang til teknologien (Brandtzæg, 2005). Guttene brukte derimot media-teknologi mer enn jentene, og guttene hadde brukt det lenger i år i form av tv-spill og lignende. De brukte også media-teknologi hovedsakelig som underholdning eller på mer avanserte måter, imens jentene brukte teknologi som et verktøy for å samle inn informasjon eller for skolearbeid. Likevel har jenter i 7-klasse i norsk skole scoret høyere enn guttene på digital kompetanse, noe som ikke stemmer

overens med lignende undersøkelser gjort i andre land. Det skal samtidig sies at jenter gjør det generelt bedre enn gutter på de fleste tester i norsk skole (Hatlevik, Ottestad, & Throndsen, 2014).

Etnisitet, lav inntekt, lavt utdanningsnivå, alder, lavt literacy nivå, kjønn, ruralitet, hjemløshet, seksuellorientering og psykologisk nød er noen karakteristikk ved de som kan ha vanskeligheter for å adoptere digitale helseløsninger. Et digitalt hjelpemiddel for å hjelpe en gruppe, kan dermed blir vanskelig å bruke for en annen gruppe ettersom de har såpass ulike problemer som må håndteres (Latulippe, Hamel, & Giroux, 2017).

2.2.3 Digital kapital

En ny versjon av kapital-begrepet har blitt dannet i sammenheng med at samfunnet stadig blir mer digitalisert, nemlig digital kapital eller digital sosial kapital. Begrepet er en videreutvikling av Bourdieus begrep om sosial kapital (som er kort definert i dette kapitlet og som vil bli utdypet i teorikapitlet). Digital kapital påvirker hvordan aktører adopterer og benytter seg av digital teknologi, noe som skaper et skille i samfunnet mellom de som utnytter teknologi til sin fordel og de som ikke gjør det (Park, 2017). Hovedgrunnen til at noen besitter bedre digital kompetanse enn andre er, ifølge Park (2017), en kombinasjon av personlige, sosiale og kulturelle erfaringer. Tidligere erfaringer med teknologi gjør det lettere å benytte seg av ny teknologi (ibid.). Hvis en tidligere har benyttet seg av en iPhone er det lettere å bruke en iPad, ettersom *noe* virker kjent og en kan ta i bruk de tidligere erfaringene (ibid.). Ny teknologi er mindre skremmende hvis det ligner noe en har benyttet seg av tidligere, om det så er en fjernkontroll, ettersom det minsker de psykologiske barrierene som gjør det lettere å lære.

Personers holdninger til teknologi, og deres forståelse av eget kunnskapsnivå når det gjelder teknologi, kan hindre eller motivere bruk av ny teknologi (Park, 2017). Erfaring med en rekke *forskjellige* digitale teknologier bidro også til bruk av ny teknologi. Denne erfaringen gir en intuitiv kunnskap om hvordan ny teknologi kan benyttes, men også forståelse av språket og begrepene som eksisterer innad den digitale virkeligheten (ibid.). Park (2017) forteller om Roald som har hatt lite erfaring med digital teknologi, som i tillegg hadde lærevansker. Han forsto ikke hva en *link* eller et *vindu* var. Kombinasjon av få erfaringer og lærevansker gjorde at det tok lengre tid for Roald å tilegne seg *ny* digital kunnskap. Dette illustrerer også et viktig

poeng ved digital kapital: noen bruker lengre tid enn andre for å lære ny kunnskap, og tidligere erfaringer med digitale løsninger gjør at det tar kortere tid.

2.2.4 E-helse literacy

E-helse literacy kan defineres som menneskers evne til å finne, forstå og benytte seg av helseinformasjon fra elektroniske og teknologiske kilder, og bruke informasjonen til å bedre egen helse eller løse egne helseproblemer (Norman og Skinner, 2006). Ifølge Norman og Skinner (2006) består e-helse literacy av seks egenskaper: 1) tradisjonell literacy, 2) helse literacy, 3) informasjons-literacy, 4) vitenskapelig literacy, 5) media literacy og 6) datamaskin literacy. Utfordringen er å gi aktørene de verktøyene de trenger for å få maksimalt utnytte av e-helse teknologi (ibid.). Literacy er et begrep som ikke kan direkte oversettes til norsk uten å miste betydningen, men literacy kan defineres som evnen til å identifisere, forstå, skape og kommunisere ved hjelp av skriftlig materiale i ulike sammenhenger (Montoya, 2018).

E-helse literacy kan kobles til alder, men det er også en utfordring på tvers av alder. Norman og Skinner (2006) gjorde en undersøkelse på e-helse literacy hos unge voksne i Canada, der mesteparten har et høyt forbruk av teknologi. Resultatet var ingen statistisk sammenheng mellom e-helse literacy og bruk av informasjonsteknologi ellers i hverdagen. Alder predikerte heller ikke hvor godt individet ville score på e-helse skalaen. Ifølge Xie (2012) er det bevist at eldre voksne har dårligere e-helse literacy. En løsning på det er å forenkle medisinsk terminologi, eller en mer velfungerende måte, som er å undervise i teknologi (Xie, 2012). På den måten kan en også bryte ned helseskadelige myter som eksisterer blant den eldre gruppen i befolkningen. En undersøkelse gjort på bachelorstudenter i helse ved universitet i USA underbygger at kunnskap kan være viktigere enn alder når det gjelder e-helse literacy (Hanik & Stellefson, 2011). Resultatet av undersøkelsen var at det er manglende e-helse literacy hos studentene, men at det sto bedre til for de med lengre akademisk erfaring (ibid.).

Lav helse-literacy er en utfordring, og kan kobles til etnisitet, lav inntekt, alder, bosetting og utdanningsnivå (Mackert, Champlin, Holton, Muñoz, & Damásio, 2014; Mackert, Kahlor, Tyler, & Gustafson, 2009). En utfordring kan være språklige barrierer, der for eksempel innvandrere ikke har lært seg språket godt nok til å snakke om helse (West & Miller, 2006). E-helseinformasjon blir uforståelig når en ikke besitter de språklige verktøyene (Zanchetta & Poureslami, 2006; Cashen, Dykes, & Gerber, 2004). Innvandrere kan også være ukjente med

landets helsesystem, eller fremmede for hvordan de får tak i helserelevant informasjon (Zanchetta & Poureslami, 2006). Sosiodemografiske forhold, og erfaring med teknologi på et individuelt nivå, er viktig for e-helse literacy kompetanse (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). I innvandrergupper var søken etter, og tolkning av, helseinformasjon en aktivitet en gjorde ilag med de i sitt sosiale nettverk (ibid.).

Det er et potensiale for at implementering av e-helse verktøy kan bidra med å forbedre pasienters helse, men dets fulle potensiale kan kun realiseres når utviklingen baserer seg på brukernes literacy-nivå (Mackert, Champlin, Holton, Muñoz, & Damásio, 2014). Hvis det tilpasses utfra en forståelse av enkelte personers behov, kan det revolusjonere hvordan helseinformasjon blir formidlet til de med lav helse-literacy (ibid.). I tillegg er det en rekke faktorer som må på plass for at teknologiske løsninger skal bli akseptert og brukt av pasienter med ulike behov og diagnoser (Griebel, Sedlmayr, & Prokosch, 2013). Griebel et.al (2013) kom fram til at e-helse literacy og de fire kjernekonseptene ved 'Unified Theory of Acceptance and Use of Technology' (forventet ytelse, forventet innsats, sosial påvirkning og tilrettelagte forhold) var viktige for aksepteringen av digitalt utstyr. I tillegg kom de fram til ti andre faktorer som påvirket viljen til å bruke e-helse utstyr: 1) Angst, 2) tillit, 3) holdning til bruk av e-helse utstyr, 4) datamaskinenes effektivitet/hastighet, 5) oppfattet systemkvalitet, 6) søkestrategi, 7) brukers tilstand, 8) helsekunnskap, 9) internettavhengighet og 10) tilfredshet med medisinsk behandling (Griebel et.al, 2013).

Implementeringen av e-helseverktøy er avhengig av at pasienten har, eller oppnår, såpass høyt nivå av e-helse literacy at pasienten kan nyttiggjøre seg av verktøyene. For ulike sårbare grupper eksisterer det en rekke barrierer for å oppnå denne typen literacy (Werts & Hutton-Rogers, 2013). Amerikanske voksne har generelt lav literacy, imens helseinformasjon krever en høyere form for literacy. Samtidig som at helseinformasjon hovedsakelig er tekstbasert, imens media ellers i hovedsak er visuelt og auditivt (ibid.). Utdanning har en positiv påvirkning på personers evne til å tolke og benytte seg av helseinformasjon på nettet, og en ser sammenheng mellom god helse og høyere utdanning (Cashen, Dykes, & Gerber, 2004). Flere har tilgang til internett enn tidligere, men det er ikke ensbetydende med internett av god kvalitet, eller tilgang på og bruk av teknologiske gjenstander (Werts & Hutton-Rogers, 2013). I Australia er bruk av teknisk utstyr, ikke bare hos pasienter, en av de største barrierene for implementering av e-helse verktøy (Alkhaldi, Sahama, Huxley, & Gajanayake, 2014). Myndighetene i Australia må også promotere e-helse på en bedre måte gjennom opplæring av helsepersonell, standardisering av helsevesenet og gjennom helsepolitikk (ibid.).

3 Teori

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket oppgaven befinner seg i. På den ene siden handler denne oppgaven om teknologi, nyvinninger, fremskritt og det digitale samfunn. På den andre siden handler denne oppgaven om makt, forskjeller, ulikheter og differensierende mekanismer. Målet var å finne teoretiske analyseverktøy som kunne belyse begge disse sidene, samt koblingen mellom dem, på en fruktbar måte, og samtidig benytte teorier som henger sammen med metoden.

Teorikapitlet starter med Foucaults (1999) versjon av diskursanalysen, samt videreutviklingen av diskursanalysen, etterfulgt av Bourdieus (1995; 2006; 2016) teori om sosiale rom, og en redegjørelse av kapital og habitus. Kapitlet avsluttes med teorien om den grunnleggende årsak av Link og Phelan (1995; 2005). Diskusjon av teoriene og egne erfaringer med å bruke dem i empirisk analyse vil først presenteres i kapittel 6: Diskurser og diskusjon.

3.1 Foucaults diskursanalyse

Diskursanalysen er sosiologiens store arveobjekt fra Michel Foucault. Foucaults diskursanalyse kan deles opp i to deler, arkeologien og genealogien. Arkeologien innebærer hvilke utsagn som aksepteres som meningsfulle innenfor en gitt historisk epoke, imens genealogien omhandler hvordan fortidens fortolkninger påvirker nåtidens oppfatninger. En diskurs kan vagt defineres som bestemte måter å snakke om bestemte ting på innenfor bestemte domener (Aakvaag, 2008). Selv definerte Foucault en diskurs som følgende:

«(...)The term discourse can be defined as the group of statements that belong to a single system of formation: thus I shall be able to speak of clinical discourse, economic discourse, the discourse of natural history (...)» (Foucault, 1972, s. 107).

Innenfor en diskurs eksisterer det bestemte normer og koder for hva som kan sies, når det kan sies, hvem det kan sies til, også videre (Aakvaag, 2008). Målet med en diskursanalyse er dermed å utforske disse normene og kodene, for å finne ut hva som regulerer og kontrollerer diskursene. I sentrum av en diskursanalyse finner vi fokuset på makt og ideologi, og dermed også sannhet og kunnskap. Diskurser gjør at den fysiske verden får mening, og gir aktørene adgang til virkeligheten. Foucault baserer sin diskursanalyse på et sosialkonstruktivistisk premiss, som vil si at sannhet og kunnskap er en sosial konstruksjon og at det derfor ikke

eksisterer objektiv kunnskap. Aktørene skaper den sosiale verden, institusjonene og virkeligheten. Samtidig skaper denne skapte virkeligheten aktørene. På den måten er virkeligheten og aktørene i en evig skapelsesrunddans og en evig utvikling. Kunnskapen vår om verden er dessuten avhengig av den kulturelle og historiske tiden vi befinner oss i.

Diskurser er alltid historisk betinget, og ulike historiske epoker vil produsere forskjellige diskurser. Foucault (1999) påpeker en enkelt dominerende diskurs ved hver enkel historisk epoke, men i senere tid har det forekommet en slags enighet mellom diskursanalytikere at det kan eksistere mer enn en dominerende diskurs om gangen. Det understrekes at de samme begrepene kan tillegges ulik mening i de ulike historiske epokene. Selv om beskrivelsene av en diskurs kan ligne på beskrivelsene i en annen diskurs er ikke det entydig med at diskursene i faktum er *like*. En diskurs kan ikke overføres til en annen diskurs, selv om de beskrives nærliggende.

Ifølge Foucault (1996; 1999) produseres kunnskap gjennom diskurser alene. Det er diskurser som produserer, reproducerer, rekonstruerer og definerer vår kunnskap. En språklig beskrivelse er ikke bare en objektiv beskrivelse av en gjenstand, men en aktiv handling. Gjennom språket skaper vi virkeligheten. Vi kan ikke forstå virkeligheten uten et språk til å beskrive den. Endres beskrivelsen av virkeligheten, endres følgelig vår forståelse av den og dermed endres også selve virkeligheten. Samtidig finnes det uttalelser i det som ikke kan bli sagt. Diskursbegrepet skal muliggjøre en analyse av virkeligheten, ettersom vi har de språklige verktøyene til å gjennomføre det. Samtidig kan diskurser også komme til uttrykk gjennom det ikke-verbale, i institusjoner og atferd.

Hvordan Foucaults diskursanalyse skal brukes i praksis er ikke nødvendigvis helt entydig. Hall (2001) har laget en slags brukerveiledning på hvordan en kan benytte seg av Foucaults diskursteori som analyseverktøy. Han påpeker seks sentrale elementer ved Foucaults diskursanalyse: 1) En identifiserer utsagn som gir kunnskap om fenomenet en ønsker å undersøke. 2) En identifiserer normer og mønstre. En identifiserer også det som ansees som brudd på normene. 3) En identifiserer autoritetene som konstruerer sannhetene og legitimerer kunnskap. 4) En identifiserer institusjonelle praksiser. 5) Beskrivelser av de subjekter som personifiserer fenomenet i samsvar med hvordan kunnskap om fenomenet var konstruert i den spesifikke historiske epoken. 6) Erkjenne at dette ikke er statiske og universelle sannheter, og at det ved et senere tidspunkt i historien kan være andre diskurser som dominerer.

3.1.1 Makt og kunnskap

Som nevnt er makt et sentralt begrep innenfor Foucaults diskursanalyse. Ifølge Foucault (1980) er ikke makt et verktøy som bestemte personer besitter. Han oppfordrer til at vi endrer forestillingen om at makt kun er noe staten innehar. Derimot finnes makt overalt i samfunnet. Foucault (1999, s.204) sa at makt er *navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn*. Makt er noe som er delt imellom samfunnets ulike institusjoner. Foucaults maktbegrep er heller ikke kun negativt, ettersom makt også har positive “egenskaper”. Eksempelvis kan læreren ha makt over eleven, eller legen ha makt over pasienten, men dette er en type makt som gir i hovedsak positive konsekvenser. Makt kan være noe positivt ettersom det produserer diskurser, kunnskap og subjekter. Det er en del av en sosial prosess. Det er altså muliggjørende ettersom det skaper vår sosiale verden, men makten kan også være begrensende ettersom den også utelukker visse muligheter. Makt eksisterer ofte uten at vi er klar over det, og fremstår ofte som «fri vilje» eller «velvilje» (Foucault, 1994). Hos Foucault er makt noe som kun eksisterer i det *øyeblikket* noe utøves, skrives, sees eller høres.

Foucault (2010) sin forståelse av makt kan sterkt knyttes til *kunnskap*, og spesielt vår forståelse av kunnskap og sannhet. Den som besitter makten i en diskurs, har dermed makten til å definere hvilken kunnskap som er sannheten. Noe som gir sosiale konsekvenser. Makt og kunnskap er dessuten gjensidig avhengige av hverandre. Makt bidrar til kunnskap, samtidig som kunnskap legitimerer makten.

Innenfor det medisinske feltet har Foucault (2007) i all hovedsak fokusert på normalisering som maktutøvelse innenfor psykiatrien. Innenfor det medisinske felt, inkludert psykisk helsevern, klassifiseres og kategoriseres voksne mennesker etter bestemte retningslinjer (ICD-10). Om du oppfyller kriteriene for en diagnose, er du syk. Om du ikke oppfyller kriteriene er du frisk, og samtidig det normale. Den medisinske diskursen som omhandler psykiske lidelser, avgjør hva som er normen innenfor mental helse. En effekt og konsekvens av diskurser, også de medisinske diskurser, er normalisering. Diskursene avgjør hva som er normen og normalen. Dette kan også sees i sammenheng med *disiplinærmakten*. Disiplinærmakten er den makten som har innflytelse på normene i samfunnet vårt, ettersom den regulerer samfunnet i henhold til gjeldene normer samtidig som den synliggjør det unormale.

Utsagn som blir uttalt muntlig eller skriftlig er et *materielt uttrykk for makt*. Aktøren velger de tanker som er såpass viktige at de må skrives ned, og dermed hvilket budskap som skal sendes ut inn i verden, og ut til leseren.

3.1.2 Kritikk

Diskursanalysen har fått en del kritikk. For det første oppstår det et problem med diskursanalysens relasjon til sannhet. For ifølge diskursanalysen har hver diskurs sin sannhet, men ifølge Aakvaag (2008) opphører begrepet å ha den mening vi tillegger det ettersom sannhet har den egenskap at den er gyldig på tvers av diskurser. Sannhet skal fange opp den begreps- og teoriuavhengige virkeligheten, og uten et bilde av sannhet vil alle diskurser og språkspill forfalle. Særsilt den vitenskapelige, som så kjent baserer seg på søken etter sannhet. Aakvaag kritiserer Foucaults diskursanalyse videre, og det med at diskursrelativisme er selvmotsigende. For hvis diskursrelativismen er sann, som innebærer at alle sannheter er diskursinterne, så finnes det ingen diskursoverskridende sannheter. Et siste poeng av Aakvaag (2008) er at Foucaults diskursanalyse forutsetter at diskurser eksisterer og fungerer relativt uavhengig av alle ikke diskursive forhold og at de ikke diskursive forholdene er bestemt av diskurser. Svakheten ved dette poenget er ifølge Aakvaag (2008) at det tildekker hvordan diskurser alltid er situert i praksis.

Foucault kritiseres også for å ikke ha utviklet en entydig metodologi for diskursanalysen. Dette er en kritikk flere har kommet til motsvar på, og som også skal diskuteres nærmere i metodekapitlet. Var hensikten å utarbeide en strikt metodologi, med sine rammer og regler, som måtte følges til punkt og prikke? Hammer (gjengitt av Skrede, 2018) påpeker at Foucaults diskursanalyse er et *analyseverktøy*, og aldri har hatt ambisjonen om å være noe annet. Han kritiserer samtidig sosiologiens behov ved å omgjøre det til en strikt metode. Jeg skal gå nærmere inn på hvordan diskursanalysen er benyttet i denne masteroppgaven i kapittel 4 om metode.

3.2 Bourdieus sosiale rom

Bourdieu anses som en konfliktteoretiker, der hans sosiologiske prosjekt gikk ut på å avdekke ulike former for makt i samfunnet. Siden 80-tallet har Bourdieu vært en av de dominerende teoretikerne innenfor ulikhetsfeltet. Sentralt i hans arbeid står verket *Distinksjonen: En sosiologisk kritikk av dømmekraften* (1995), som er en analyse av franskmenns klasse, kultur

og smaksforskjeller. Samtidig er verket en analyse av sosial ulikhet i Frankrike, som har gitt grunnlag for videre studier av ulikhet i Frankrike (Flemmen, 2017). Begrepene *felt*, *sosiale rom*, *kapital* og *habitus* benyttes på stadig nye måter, og gjennomgår en stadig videreutvikling. Der Bourdieus teorier diskuteres kan det varieres mellom «felt» og «rom», som om dette er samme begrepet, noe som gir en diffus oppfatning av hva som er hva. For ordens skyld skal det poengteres at i denne oppgaven defineres *sosiale felt* (champ) som en del av det sosiale rom, og det sosiale *rom* som samfunnet som helhet.

Det sosiale rommet er vanligvis geografisk avgrenset av nasjonalstaten. Det sosiale rommet er en form for struktur, og kan leses av som et skjema der en kan se de *historisk konstituerte og ervervede kategoriene som organiserer samfunnsforståelsen til alle personer som hører til dette samfunnet eller dette sosiale rommet* (Bourdieu, 1995, s. 222). Ifølge Bourdieu (2006) er det sosiale rommet en abstrakt representasjon, noe som blir bevist av det faktum at rommet framstilles i form av nettopp et skjema. I Bourdieu sitt teoretiske arbeid blir forskjellige klasser og grupper plassert som posisjoner i det sosiale rom. Det sosiale rommet er konstruert på grunnlag av ulike former for kapital, som også er grunnlaget for den sosiale differensieringen i samfunnet. Posisjonene i det sosiale rommet er et produkt av fordelingen av ulike typer kapital (økonomisk, kulturell, sosial). og maktrelasjoner. Teorien viser at samme posisjon, eller posisjoner som er like hverandre, vil inneha samme volum kapital og samme form for kapitalsammensetning. I tillegg viser teorien at aktørene som er i disse posisjonene over tid vil tilegne likheter i tenkning og handling, som vil si likheter i *habitus* (vil utdypes senere i kapitlet).

Det sosiale rom er ikke et fysisk rom, men alle distinksjonene som er å finne i det sosiale rom kan en også finne i det fysiske rom (Bourdieu, 2018). Hver aktør karakteriseres mer eller mindre av det stedet de bor permanent, og av den relative posisjonen lokasjonen okkuperer i relasjon til lokasjonen til andre aktører. Det karakteriseres også av den fysiske plassen aktøren på lovlig vis besitter som eiendom, som hus, leilighet også videre. Geografisk plassering blir et uttrykk for plasseringen i samfunnets hierarki. Fordelingen av goder og ressurser i det fysiske rom har en tendens til å stemme overens med fordelingen av goder i det sosiale rom. Eksempler på geografiske områder med aktører som befinner seg høyt oppe i det sosiale rom er Fifth Avenue og the Gold Coast. Imens aktører som ikke innehar en høy posisjon samles i samme område, som for eksempel i ghetto-områder i USA.

Felt (champ) er begrepet Bourdieu (1995) bruker for å inkludere samfunnets strukturer i den sosiologiske analyse, og er et mikrokosmos i det sosiale rommet. Hvert felt er et eget system innenfor det sosiale rommet, som er strukturert av posisjoner og de ulike aktørene strider om å inneha de forskjellige posisjonene. Hvert enkelt felt har sine helt egne interne spilleregler og sine egne spill. Hvilken innsats det blir spilt om er også unikt for hvert enkelt felt, og kan ikke reduseres til den innsatsen det blir spilt om i andre felt. Som aktører beveger vi oss stadig mellom ulike sosiale felt, som kan være arbeidsplassen, teatret, fotballklubben også videre. I denne oppgaven skal vi se nærmere på helsefeltet, og hvilke spilleregler og kapitaltyper som står sterkt der i sammenheng med digitalisering.

3.2.1 Kapital - og dens ulike former

Bourdieu sitt kapitalbegrep er en sentral del av hans teori. Kapital er akkumulert arbeid i materialisert eller kroppsliggjort form, og når aktører tilegner seg dette muliggjør det sosial status (*sosial energi*) i form av arbeid (Bourdieu, 2006; 1995). Ifølge Bourdieu (2006; 1995) er kapital noe som er innskrevet i objektive og subjektive strukturer, men det er også et underliggende prinsipp i samfunnet. Betydningen av at kapital eksisterer i samfunnet er at samfunnets spill ikke er et sjansespill. Kapital tar tid å akkumulere, og når først oppnådd, har den et potensial til å produsere eller reprodusere seg i identisk eller utvidet form. Det vil si at fordelingen av ulike typer kapital setter rammer for hva som er mulig og umulig, representerer de nåværende strukturene og de begrensingene strukturene byr på i tiden. Bourdieu (2006; 1995) sier selv at en ikke kan redegjøre for disse strukturene og dets virkninger uten å reintrodusere kapital i alle dens ulike former, og derfor skal jeg videre redegjøre for kapitalens ulike former samt benytte meg av de følgende kapitaltypene som analytiske verktøy videre i oppgaven.

Økonomisk kapital er den kapitaltypen som er hovedinteressen innenfor det kapitalistiske samfunn. Økonomisk kapital er direkte overførbart til pengeverdi og kommer institusjonelt til uttrykk ved eiendomsrettigheter. Ifølge Bourdieu (2006; 1995) er den økonomiske kapital roten til de andre kapitaltypene, om så bare roten til deres virkninger og konsekvenser. Dette kommer tydelig fram i at de andre kapitaltypene er konverterbare til økonomisk kapital.

Kulturell kapital kan i visse situasjoner konverteres til økonomisk kapital og kan institusjonaliseres i form av utdanning. Bourdieu (2006; 1995) forteller at kulturell kapital

eksisterer i tre former. Den kroppsliggjorte tilstand som er varige disposisjoner i kropp og sinn. Den objektiverte tilstand i form av kulturelle goder, som bøker og malerier, men også immateriell form som teorikritikk. Den institusjonaliserte tilstand innebærer evnen til å overføre originale egenskaper til kulturell kapital, sånn som kapital kommer til uttrykk i utdanningsinstitusjoner. Personer er ofte ikke klar over tilegnelsen og utviklingen av personlig kulturell kapital, med mindre det er en bevisst tilegnelse av kapitalformen.

Sosial kapital består av sosiale forpliktelser eller sosiale forbindelser som kan konverteres til økonomisk kapital, og som institusjonaliseres i form av ærestitler eller symbolsk kapital. Symbolsk kapital er kapital i hvilken som helst form så lenge den er forstått symbolsk av aktørene. Ressursene en får ut av å være del av et sosialt nettverk, eller med andre ord en gruppe, som innehar en kollektivt eid kapital som er en fordel for hvert enkelt medlem av gruppen. Slike grupper kan eksistere gjennom gjensidig bytterelasjon, der det er materielle eller symbolske bytter som opprettholder relasjonene. De sosiale nettverkene kan også opprettholdes og garanteres gjennom felles navn, og et slikt nettverk kan være et lag, en familie, eller et politisk parti (Bourdieu, 2006). Eksempelvis fikk jeg min første sommerjobb på grunn av mine foreldres sosiale relasjoner.

3.2.2 Habitus

Bourdieu sitt begrep *habitus* omhandler kroppens underliggende praksiser, som avgjør og regulerer hvordan vi handler, påvirker hva vi tenker, og hvem vi er. En kan se på habitus som et system av disposisjoner, som består av permanente og langvarige måter å være, handle og tenke (Bourdieu, 2016). Habitus er instinktivt i ryggmargen vår, og gjør at vi kan handle uten å tenke oss om. Dette er kjernen i vår identitet, og dermed en inkorporert nødvendighet (Bourdieu, 2006). En endring i oss betyr en endring i habitus. En slik endring kommer derimot ikke fra tankens kraft, ettersom habitus er stabil, varig og forutsigbar. Vår habitus er situasjonsbestemt, som gjør at vi i stor grad tilpasser oss de ulike situasjonene vi befinner oss i, ettersom kroppen ubevisst vet hva som skal gjøres. Hvis vi virker forandret kan det være fordi situasjonen krever det, mens habitus og vår indre kjerne forblir uendret. Habitus muliggjør vår deltakelse i sosiale situasjoner, ettersom det er de grunnleggende ferdighetene og disposisjonene i oss som muliggjør vår portrettering som kompetente sosiale aktører.

Men hva former vår habitus? Habitus formes i løpet av oppveksten vår, der vi tar inn over oss og sosialiseres inn i omgivelsene våre. De normene, kodene, og forventningene vi omgis av kroppsliggjøres. Dette fører til at vår sosiale bakgrunn påvirker oss, og dermed også vår identitet og habitus. Habitus er klassespesifikk, og begrensende. Vi blir født og oppvokst inn i en posisjon i det sosiale rom, og dermed også i de ulike sosiale felt. Konsekvensen av dette er at vi fungerer bedre i noen sosiale situasjoner, og dårligere i andre. Habitus strekker seg utenfor grensene for det som er direkte tillært (Bourdieu, 2006). Bourdieu (2016) understreker hvordan habitus til en aktør, eller til en gruppe i nærliggende posisjoner i det sosiale rom, er systematisk. Alle elementene til aktørens atferd har noe til felles, på samme måte som at en kunstner har en viss stil som gjør at en gjenkjenner kunstnerens verk. Det er likevel ikke logisk systematisk, men heller praktisk systematisk. På mange måter kan en si at habitus ligner beskrivelsen av personlighet (*character*), men habitus er et «unaturlig» produkt av sosiale forhold der habitus til en aktør ligner/er lik habitusen til en annen aktør som har vært utsatt for de samme sosiale forholdene. Eksempelvis kan studenter fra samme plass på bygda ha nærliggende habitus.

3.3 Teorien om den grunnleggende årsak

Teorien om den grunnleggende årsak, eller *fundamental-cause-theory*, går ut på at det finnes en grunnleggende årsak for sosiale helseforskjeller. Teorien kom som en reaksjon på den dominerende tilnærmingen, som var å fokusere på risikofaktorer og individuelle årsaksforklaringer (Link & Phelan, 2005). Ifølge Link og Phelan (1995) har risikofaktorene for sykdom endret seg, men årsaken bak risikofaktorene har forblitt den samme. Siden 1800-tallet har det blitt lagt merke til at de med høyere sosioøkonomisk status levd lengre enn de med lav sosioøkonomisk status (Link, Northridge, Phelan, & Ganz, 2001). Ved forskning på dette fant de ut at det var en korrelasjon mellom helse og mangelfull ernæring, problematiske arbeidsforhold, og dårlig sanitærforhold (Link & Phelan, 2005). På 1800-tallet bidro lav sosioøkonomisk status til dårligere hygiene, imens det i senere tid har ført til dårlige livsstilsvalg (Link & Phelan, 1995). Lav sosioøkonomisk status har dermed vært en vedvarende årsak til dårlig helse, på tross av endringer av mellomliggende mekanismer, risikofaktorer og sykdommer (Link & Phelan, 1995; Phelan, Link, & Tehranifar, 2010).

Link og Phelan (1995) viser til forskjellige årsaker for at lav sosioøkonomisk status, eller andre grunnleggende årsaker, vedvarende og relativt konsekvent fører til sykdom. En

essensiell årsak er tilgang til ressurser som gjør at en kan unngå risiko, eller tilgang til ressurser som minimerer konsekvensene hvis en har blitt syk (ibid.). Ressursene, på samme måte som kapital (jf. tidligere avsnitt om kapital), kan ta ulike former. Link og Phelan (1995) har en bred forståelse av ressurser, og definerer ressurser som penger, kunnskap, makt, prestisje, og interpersonelle ressurser som sosiale nettverk. Slike ressurser er viktige av to grunner: 1) Direkte påvirkning på personers helseatferd, som kunnskap, tilgang, og økonomi til å forbedre egen helseatferd. 2) Gir adgang til sosiale nettverk, nabolag, yrker også videre, som bidra til en kollektiv helseatferd. Kjønn, etnisitet og rase kan også inkluderes som potensielle grunnleggende årsaker ettersom de er nært knyttet opp mot de tidligere nevnte ressursene. I senere tid understreker de at sosioøkonomisk status kun er et eksempel på en grunnleggende årsak, og at teorien også kan benyttes for å forklare påvirkningen stigma, sosial kapital og rasisme har på helse.

En annen betingelse er at det skal være endring over tid i form av sykdommer og diagnoser, risikoen for å få sykdommene, kunnskap om risikofaktorene eller effekten av behandlingen av sykdom (Link & Phelan, 1995). Grunnleggende årsaker oppstår i dynamiske systemer der diagnoser, risikofaktorer, kunnskap om risikofaktorer og behandlinger av sykdom er i stadig endring (ibid.) Grunnen til dette er at ressurser, som penger, kunnskap og makt, er overførbare fra en situasjon til en annen (ibid.) Dermed vil de som er best posisjonert i samfunnet med flest ressurser klare seg best, uavhengig av hvordan sykdommer og risikofaktorer endrer seg (Link & Phelan, 1995). Ifølge Link og Phelan (1995) ville ikke den grunnleggende årsak eksistert i statiske samfunn der det aldri kommer frem nye sykdommer, nye risikofaktorer eller nye behandlinger av sykdom.

4 Metode

I denne delen av oppgaven skal jeg redegjøre for og begrunne mitt metodiske valg. Jeg skal vise hvordan innsamlingen av dokumenter har foregått, samt hvordan datamaterialet har blitt kodet og analysert.

Ettersom diskursanalyse er en relativ kompleks og avansert metode, med en rekke ulike versjoner, har jeg valgt å redegjøre kort for hva en diskursanalyse er. Dette er for at leseren skal ha en forståelse for hvilket perspektiv som er lagt til grunn i gjennomføringen av denne analysen.

4.1 Valg av metode - dokumentanalyse

Valget av dokumentanalyse ble gjort på grunn av en rekke ulike årsaker. Den aller viktigste årsaken var de praktiske, ettersom det var vanskelig å få tilgang til feltet. For det første er helse, teknologi og sosial ulikhet sensitive tema som kan bety at ikke alle ønsker å snakke om det, eller ei at de burde snakke om det. For å gjøre det kreves det en viss metodisk aktsomhet, som en gjerne ikke har utviklet på masternivå. Samtidig er jeg klar over at det forskes en del på medisinsk avstandsoppfølging og andre type helserelevante teknologier (uten nødvendigvis å fokusere på sosial ulikhet). Dette kan føre til at det blir forsket for mye på enkelte personer, og at det blant annet kan påvirke deres sykdomsopplevelse. Koronakrisen ble også en avgjørende faktor for valget av metode. Når samfunnet er i kriseberedskap der en ikke skal være i kontakt med hverandre, begrenser det selvsagt de metodiske valgene. Spesielt ettersom eventuelle aktuelle informanter ville vært i risikozonen, eller i samfunnskritiske posisjoner som helsepersonell. Dokumentanalyse ble ikke kun valgt fordi alt annet ikke gikk, men også på grunn av dokumentanalysens potensielle evne til å gi svar på problemstillingen.

Diskursanalyse er spesielt velegnet til å analysere sosiale ulikheter. Skrede (2017) begrunner dette ved at språket produserer og reproducerer sosiale forhold, og dermed er språket også viktig i reproduksjonen av sosiale ulikheter. Prior (2003) forteller at dokumenter inneholder ulike måter å benytte språk på, og at de forskjellene har virkninger i samfunnet. Målet med diskursanalysen er blant annet å avdekke og analysere denne reproduksjonen (Skrede, 2017). En diskursanalyse kan utøves på en rekke ulike måter, og må ikke nødvendigvis være i form av en dokumentanalyse. Diskursanalyse som metode eller analyseverktøy kan blant annet benyttes på intervju og feltarbeid. Diskursanalysen er likevel spesielt velegnet i kombinasjon

med, eller i form av en dokumentanalyse. Diskusjonen omkring diskursanalyse som metode eller analyseverktøy skal tas opp senere i kapitlet.

4.2 Diskursanalyse

I den mer metodologiske versjonen av diskursanalysen baserer jeg meg hovedsakelig på Bratberg (2017) sin versjon. Diskurs omhandler det som blir sagt innenfor en bestemt kontekst, men også hva en kan og ikke kan si innenfor en viss kontekst eller fellesskap. Det kognitive og normative fellesskapet kommer til uttrykk gjennom språket. Diskurser definerer mening for oss, er en ressurs til hvordan vi skal forholde oss til verden, og kan tydeliggjøre verdier og premisser for hvordan vi forstår verden rundt oss. Dette kan analyseres empirisk i teksten, men det vi faktisk er ute etter i analysen er innsikt i de meningene og forestillingene teksten representerer og opprettholder. Ifølge Bratberg (2017) burde diskurs forstås som struktur som gir teksten mening, og som setter felles rammer for avsender og mottaker, og som dermed gir et normativt grunnlag for handling. En legger vekt på det *kollektive og språklige i meningsdannelser* (Bratberg, 2017, s.36). Språklig praksis er i konstant forandring, og ettersom diskurser formes av språklig praksis er også forholdet mellom delene i en diskurs i konstant forandring. Selv om diskursen setter rammene for perspektiv og argumentasjon er det ingen forutsetning for at det finnes en logisk sammenheng mellom de ulike delene av en diskurs.

En diskursanalyse er dermed en analyse av språkbruken innad en kontekst. Fokuset i analysen er hvordan ideer og begreper, som produseres innad i denne konteksten, forstår og former den samfunnsmessige virkeligheten (Bratberg, 2017). Formålet med diskursanalysen er å analysere de kognitive og normative rammene som gir retning til politikken på et bestemt politikkområde (Mathisen, 1997, gjengitt av Bratberg, 2017). En ønsker å avdekke de kollektive virkelighetsoppfatningene som styrer konkret politikutforming.

4.2.1 Historisk bakteppe og teoretisk forankring

Selv om jeg har redegjort for diskursanalysen i teorikapitlet skal jeg likevel gi et kort sammendrag av det historiske bakteppet og den teoretiske forankringen. Diskursanalysen har tråder tilbake til lingvistikk, litteraturvitenskap, antropologi og idèhistorie. I diskursanalysen jakter en på mening, noe samfunnsvitenskapen har til felles med de estetiske fagene. Selv om

en del detaljer er ulike, er det også flere fellestrekk mellom de estetiske analysene og den samfunnsvitenskapelige analyse. En kan se på kunsten og hvilken idéer den representerer, og dermed trekke tråder til hvilke ideologier som dominerer i samfunnet for øvrig. Den store forskjellen kan tenkes at en i samfunnsvitenskapen også ønsker finne ut av handlingene (Bratberg, 2017).

Diskursene skapes ut fra kollektive meningsdannelser og samfunnsmessig kontekst. Diskursanalysen er forankret i et kritisk perspektiv på disse meningsdannelser, og tar utgangspunkt i at de ikke er objektive. Her er Foucault sentral, og er en av diskursanalysens foregangsmenn. Han så blant annet på galskap, og hvordan definisjonen har endret seg gjennom historien. Definisjonen endret seg ikke på grunn av medisinske fremskritt, men heller hva som ble ansett som brudd på det normale. Normalitetens grenser ble gitt av det kollektive, og de kollektive grensene ble endret over tid – ikke bare for galskap. De sosiale konstruksjonene endres, og de dominerende kunnskapsregimene som har hatt hegemoni i hver sin historiske periode. Og det er nettopp her makt-begrepet kommer inn, for den diskursen som har hegemoni har også makten (Bratberg, 2017).

Det historiske bakteppet og den teoretiske forankringen er viktig for å forstå hva diskursanalyse er. Likevel er det ingen tydelig sammenheng mellom den teoretiske forankringen og den empiriske anvendelsen. I tillegg har det blitt videreutviklet en rekke ulike varianter av diskursanalysen, som har gjort diskursanalysens landskap vanskelig å orientere seg i. Det betyr ikke at det ikke er utviklet noen typer retningslinjer eller kommet fram noen gode råd, som har vært hjelpelig til den praktiske utføringen av det empiriske arbeidet (Bratberg, 2017).

4.2.2 Metode, teori eller analytisk verktøy?

Som nevnt i teorikapitlet ble Foucault kritisert for å ikke ha utviklet en metodologi for diskursanalysen. Diskursanalysen har tilsynelatende blitt akseptert som en kvalitativ metode innenfor samfunnsforskningen, der den har blitt videreutviklet fra Foucaults grunnlag til en rekke ulike versjoner med sine egne regler og rammer. Samtidig anerkjennes det at diskursanalysen har en teoretisk tilknytning som legger føringer også for analysen. Diskursanalysen «bestemmer»/legger føringer for det teoretiske grunnlaget, hvordan

datamaterialet skal samles inn, og selve analysen. Foucaults mål med diskursanalysen var tilsynelatende aldri å lage verken en metode eller en teori, men å lage et analyseverktøy.

Selv om Foucault kan kritiseres for å ha lagt til grunn få føringer i bruk av hans diskursanalyse, så kommer det også med positive konsekvenser for de som skal benytte seg av den. Det gir rom for akademisk og kunstnerisk frihet, og gjør at diskursanalysen blir et svært fleksibelt verktøy i forståelsen av virkeligheten rundt oss.

4.3 Datamaterialet

Datamaterialet består av både offentlige statlige dokumenter og avisartikler, noe som har ført til en todelt innsamlingsprosess. Stegene for å finne relevante statlige dokumenter har vært noe annerledes enn å finne relevante avisartikler. Målet ved å benytte seg av både offentlige dokument og avisartikler er å finne eventuelle forskjeller og likheter mellom folkets mening og statlig implementering, samt at det kan gi en mer utfyllende og helhetlig analyse. Ifølge Prior (2003) kan et dokument være så mangt, blant annet taler, videoer, sammensatt tekst, også videre. Det viktigste er at dokumentet ikke skal være generert av forskeren selv. Det betyr derimot ikke at *anything goes*. Ulike dokumenter besitter forskjellige egenskaper, som vil si at selv om alt kan være et dokument, så innehar ikke nødvendigvis det dokumentet de egenskapene som trengs for å besvare problemstillingen.

4.3.1 Datainnsamling

Under innsamlingen av avisartiklene benyttet jeg meg av databasen Atekst(retriever), som er Skandinavias største database for nyhetsartikler. Det ble ikke lagt inn noen begrensinger på hvilke aviser som skulle inkluderes. Når det gjaldt tidsbegrensing ble det valgt ut de fem siste årene, og datoene som ble valgt var 01.06.2015-01.06.2020. I Atekst sorteres resultatene etter relevans, en funksjon som ble benyttet. Tankegangen som ligger til grunn for det valget er at de mest relevante og viktigste artiklene, ikke nødvendigvis er de vanskeligste å finne.

Innsamlingen av statlige offentlige dokumenter foregikk uten et slikt verktøy, men heller med snøballmetoden. Snøballmetoden går ut på en at en følger referansene fra en tekst til den neste. Regjeringen og helsedirektoratet sine nettsider ble brukt som søkemotorer. De offentlige dokumentene ble valgt ut ifra en type snøballmetode der jeg ble sendt videre

mellom både dokumenter, og til temanettsider. Sluttrapportene jeg endte opp med er valgt ut fra helsedirektoratet sin temaside om e-helse. De fire sluttrapportene er fra fire ulike prosjekter, som alle er tilknyttet Helsedirektoratet. Kommunene som er valgt ut til disse prosjektene har vært involvert i utprøving og utvikling av avstandsoppfølging tidligere. Sluttrapportene er fra 2018, og dermed de nyeste rapportene om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Dette er med unntak av Velferdsteknologi i Sentrum (VIS), som er fra 2015. Det er grunnlag for å anta at det er de nyeste resultatene som har størst påvirkning på videre avgjørelser. Det har ikke vært en prioritet å få tak i alle mulige relevante offentlige dokumenter, men heller de som er mest relevante. I sluttrapportene ble det henvisning til Meld. St. 29 (2012-2013), meldingen ble derfor oppfattet som et nøkkeldokument. Senere har Meld. St. 7 (2019-2020) kommet, som ble funnet ved søking på regjeringens nettsider. Viktige offentlige dokumenter skal ikke være vanskelige å finne, og derfor har det heller ikke vært en avansert søkeprosess.

Alle dokumentene, uavhengig av sjanger, er hentet fra offentlig tilgjengelige nettsider.

4.3.2 Kriterier og søkeord

Å finne gode søkeord er en kunst, og har vært en sirkulær prosess. I avisartikler anvendes sjeldent faglige begreper for å beskrive et fenomen. Ettersom e-helseteknologi er såpass nytt har det heller ikke dukket opp allmenne begreper som "alle" benytter seg av. Mange har lekt seg med å lage nyord for å beskrive akkurat den konkrete saken. Det har derfor vært utfordrende å velge ut søkeord som fanger opp så mange relevante avisartikler som mulig. Jeg startet ut med et knippe søkeord, som jeg selv har sett i avisene. I starten undersøkte jeg hvilke søkeord som hadde flest treff, deretter forsøkte jeg ulike søkeord kombinert. Denne prosessen var mer utforskende enn systematisk. Underveis dukket det opp begreper jeg ikke hadde kjennskap til, som ledet til inspirasjon for nye søkeord.

Før innsamlingen startet var det visse forhåndsbestemte utvalgs-kriterier som lå til grunn. Følgende kriterier gjaldt både de offentlige dokumentene og avisartiklene. Dokumentene skulle være fra perioden 2015-2020. Grunnen til dette var at vi ønsket dokumenter så nært opptil nåtiden som mulig. Teknologien har endret seg mye på noen få år, og det har også vårt forhold til teknologi. Et eldre datamateriale ville muligens vært misvisende i henhold til funn. Å benytte en tidsperiode som avgrensing er også et enkelt kriterium å forholde seg til.

Deretter skulle materialet være fra Norge. Fokuset i denne oppgaven er hvordan implementeringen av digitale helsetjenester, spesielt medisinsk avstandsoppfølging, påvirker sosial ulikhet i Norge. Jeg kunne potensielt benyttet meg av dokumenter fra andre sammenlignbare land og helsesystem, men kriteriet skulle også bidra til å begrense materialet.

Det var spesielt vanskelig å finne gode søkeord som kunne dekke alle ulike aspekter og forekomster av sosial ulikhet, uten å begrense funnene eller hindre andre versjoner av ulikhet enn de som forventes. Søkeordene er vedlagt som vedlegg 1.

4.4 Utvalget

Etter en systematisk søken etter dokumenter endte jeg opp med følgende dokumenter.

Tabell 1 - Avisartikler:

Tittel:	Avis:	Dato
Slik blir framtidens legesjekk	Oppland Arbeiderblad	26.05.20
Dårlig nett skaper trøbbel på Bokerød	Halden Arbeiderblad	15.05.20
Tid for digitale helserettigheter	Computerworld	13.05.16
Den "nye" gutten i klasserommet	Budstikka	28.09.19
Roboten Ebot går på disco for Emilie	Aftenposten	26.12.18
Digitalisering kan gi økt ulikhet	Fagbladet	09.12.19
Folkebibliotek, folkehelse og aldring	Tidsskrift for aldring og helse	02.12.19
Pasientenes helsetjeneste - uansett	Agderposten	13.07.19
Kunstig intelligens er ikke nok	Agenda Magasin	19.01.19
Urfolk har dårligere helse enn andre	Ekstra	27.04.16

Færre pasienter er bare en del av løsningen på fastlegekrisen	Dagens medisin	07.11.19
Frykter dårligere eldreomsorg	Verdens Gang (VG)	21.06.18
Medisinsk hjemmeovervåkning uten dokumentert effekt	Journalen	29.04.19
Forskning på teknologi og diabetes – en lang historie	Diabetesfag	01.02.19
Nei til profitt på velferd	Østlands-posten	24.07.19
Når nettet ikke er bra nok	Namdalsavisa	01.11.17
Koronaen setter fart på digital pasientbehandling	Trønder-avisa	20.05.20
Vi nektes mulighet til å ta vare på egen helse - åpent brev til ordføreren i Lyngdal	Lyngdalsavisa	14.02.19
Ta kontroll over diabetes 2	Dagbladet	16.10.17

For mer detaljert informasjon se egen referanseliste for datamaterialet (s,100).

Avisartiklene blir hovedsakelig omtalt med samlebetegnelsen **avisartiklene**. Ved sitater vil det henvises til artiklenes tittel.

Tabell 2 - Offentlige dokumenter:

Tittel:	Dokumenttype:	Annen informasjon:
Velferdsteknologi i Sentrum (VIS) (2015)	Sluttrapport	Geografisk område: Oslo: St.Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene og Grünerløkka. I kildehenvisningen til helsedirektoratet omtales den som en sluttrapport, men i selve rapporten står det at

		den er en delleveranse. Det er likevel valgt å kalle rapporten for en sluttrapport.
God Helse Hjemme (2018)	Sluttrapport	Geografisk område: Stavanger
Mestry (2018)	Sluttrapport	Geografisk område: Sarpsborg
HelsaMi+ (2018)	Sluttrapport	Geografisk område: Trondheim, Klæbu, Malvik, Melhus og Midtre Gauldal.
Avstandsoppfølging av pasienter med kroniske sykdommer (2018)	«Samlerapport»	
Meld. St. 29 (2012 – 2013) – <i>Morgendagens omsorg</i>	Melding til Stortinget	Meldt av regjeringen Stoltenberg II. Ble innstilt.
Meld. St. 7 (2019-2020) – <i>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023</i>	Melding til Stortinget	Meldt av regjeringen Solberg. Ble innstilt.

For mer detaljert informasjon se egen referanseliste for datamaterialet (s, 100).

Sluttrapportene (med unntak av Velferdsteknologi i Sentrum) vil henvises til med samlebetegnelsen **sluttrapportene**. Meldingene til Stortinget vil også henvises til med samlebetegnelsen **meldingene til Stortinget**. Der det gjelder en spesifikk sluttrapport eller melding vil dette uttrykkes eksplisitt.

Som en kan se i tabellene over består utvalget av et varierende sett dokumenter, både leserinnlegg, reportasjer, faglige innlegg, rapporter, og meldinger til Stortinget. Grunnlaget for dette er kort nevnt tidligere, men utdypes her.

Meldingene til Stortinget er utvalgt for å representere statens opinion, og hvordan de stiller seg til avstandsoppfølging og ulikhet. En melding til Stortinget er enten *en rapport til Stortinget som er gjort på et spesielt felt, eller drøfting av fremtidig politikk* (Stortinget, 2019). Dette gjøres når regjeringen ønsker å legge fram saker for Stortinget uten forslag om

vedtak. Meldingen blir lagt fram for statsråd før den sendes til Stortinget (ibid.). Dermed vil en melding til Stortinget, til en viss grad, representere den politiske opinion. I det minste den politiske opinion hos regjeringen som har presentert meldingen til Stortinget. Som en kan se i tabell 2 representerer datamaterialet to forskjellige regjeringer: Stoltenberg II og Solberg.

Begrunnelsen for å inkludere avisartikler var for å fange opp erfaringer eller ytringer fra et bruker/befolkningsperspektiv, eller erfaringer og ytringer med andre perspektiver enn i rapportene. Årsaken til at avisartikler fra ulike typer aviser er inkludert er å få fram ytringer fra aktører i ulike deler av landet. Problemstillingen spør etter digitaliseringens betydning for helse. Som det ble vist i litteraturgjennomgangen er det funnet helseforskjeller mellom kommunene i Norge. Ved å inkludere avisartikler fra lokale og nasjonale aviser, vil en kunne fange opp ulike perspektiv på digitaliseringens betydning for ulikhet innenfor helse. Selv om dokumentene tilsynelatende er svært forskjellige, er de likevel svært like tematisk. På denne måten får en gått mer i dybden på temaene.

Sluttrapportene representerer forskning, og hvordan avstandsoppfølging har fungert i praksis. Gjennom sluttrapportene får en se forskernes syn på avstandsoppfølging. En får også et innblikk i pasientene og helsepersonalets syn på avstandsoppfølging. Dog gjennom forskernes filtrering og perspektiv. Prosjektene har vært på oppdrag fra Helsedirektoratet, men det er likevel ekspertenes stemmer som kommer til uttrykk. Til sammen representerer og dekker materialet både folkets, statens og ekspertenes stemmer i det offentlige rom.

Det finnes dog ikke et datamateriale som ikke kan kritiseres, og dette datamaterialet er intet unntak. I kvalitative dokumentanalyser er et mål å gå i dybden av materialet. Ved et bredt og stort datamateriale kan denne dybden risikeres.

Et kriterium var at dokumentene skulle være fra de siste fem årene, for å få et så oppdatert bilde som mulig. I utvalget er det likevel et unntak, nemlig Meld. St. 29, som er fra 2013. I dette tilfellet er det blitt gjort et bevisst valg om å se bort i fra årstallet. Denne avgjørelsen baserer seg på egenskapene til teksten. Meld. St. 29 (2012-2013) er en nøkkeltekst, som vil si at det er en tekst det gjentakende blir referert til i de andre dokumentene.

4.4.1 Kildekritikk, validitet og reliabilitet

Når en benytter seg av avisartikler som datamateriale, særskilt intervju og reportasjer, er det en risiko for at vi analyserer medias fremstilling istedenfor folkets mening (Skrede, 2018). For det første kan en intervjusituasjon påvirke aktørens meninger, og hva hen ønsker å ytre ansikt til ansikt (ibid.). For det andre vil den endelige artikkelen være utenfor aktørens kontroll, og kan i stor grad vike fra det som blir sagt (ibid.). Dette er noe jeg har måtte vært bevisst under arbeidet med masteroppgaven, men også noe leseren må ha i sitt bakhode under lesingen. Skrede (2018) argumenterer for at leserinnlegg kan være en god løsning på dette validitetsproblemet, men understreker samtidig at en redaktør velger hva som havner i avisen og ikke. Likevel vil jeg argumentere for at et bredt utvalg av avisartikler fra nasjonale og lokale aviser med stor grad av geografisk spredning kan representere et brukernært perspektiv. En vet ikke hva de ulike redaktørene har valgt ut, eller på hvilket grunnlag. I mitt datamateriale er det ulike typer avisartikler, deriblant intervju og leserinnlegg, samt de offentlige dokumentene. Ifølge Denzin (2009, s. 301 gjengitt av Skrede, 2018) vil så mange ulike kilder som mulig øke validiteten.

Diskursanalyse baserer seg i stor grad på tolkning, noe som begrenser reliabiliteten når det gjelder etterprøvbarehet (Bratberg, 2017). Etterprøvbarehet er likevel en omstridt term innad i samfunnsvitenskap, ettersom sosiale fenomener ikke kan være statiske og uendrede over tid (Skrede, 2018). Dokumenter kommer i fast form, noe som gjør at en ikke har behov for å reproducere datamaterialet slik som i intervju eller observasjon. En kan dermed argumentere for at dokumentanalyse er mer reliabel enn annen kvalitativ forskning. Selv om en ikke nødvendigvis er enige i konklusjonen eller tolkningen, så kan den i en dokumentanalyse etterprøves (ibid.).

Rapportene som er samlet inn er hentet fra helsedepartementet sine nettsider, og kan ansees som en form for offentlige dokumenter. Offentlige dokumenter (meldingene til Stortinget) er skapt og produsert under «naturlige» forhold, altså at de ikke er generert av en forsker. Sluttrapportene (se tabell 2) er derimot produsert av forskere, for det formålet å oppsummere ulike prosjekt og rapportere inn resultatene. Selv om en ved dokumentanalyse unngår problemer som intervju effekter eller observasjonseffekter, eller annen problematikk, må en ta høyde for at disse problemene kan ha oppstått i deres forskningsprosjekt.

Det er også viktig under en dokumentanalyse at forskeren stiller seg kritisk til egen posisjon og fortolkninger. Forskerens posisjon påvirker hvilke briller en har på seg under fortolkningen, som kan føre til feiltolkning. Forskerens fortolkning er en viktig del av all kvalitativ metode. Vektleggingen av subjektiv fortolkning i forskningsprosessen har ført til kritikk, ettersom dette ikke er forenlig med det objektive forskeridealet. Fullstendig objektivitet er verken et mål eller oppnåelig i kvalitativ metode. Likevel er det viktig å være transparent, slik at leseren kan få innsikt i og forståelse for hvordan alle metodiske og analytiske prosesser har foregått. Denne masteroppgaven er intet unntak fra forskerens påvirkning på fortolkningen.

4.5 Analyseprosessen

Som hjelpemiddel under analysen har jeg benyttet meg av dataprogrammet Nvivo. Selv om datamaterialet ikke har vært av en særskilt stor størrelse, så har det vært bemerkelsesverdig mye enklere å kode med et dataprogram enn for hånd. Før selve analysearbeidet startet, hadde jeg noen tanker om hva funnene kom til å bli. Dette er tanker som er blitt formet av foreliggende teori og tidligere forskning, og som kan bidra til å gjenkjenne temaer og mønstre. Samtidig kan disse tankene føre til at en kun ser det en er forberedt på å se. Første steg i analysen var derfor å lese gjennom datamaterialet uten å tenke på de teoretiske perspektivene eller hva vi vet fra før. Foreliggende kunnskap vil uansett farge funn og tankemønstre hos forskeren, men det ble forsøkt å skyve dette i bakgrunn. Første steget i analysen foregikk for hånd med markeringstusj, og vektla kun de empiriske funnene som var av interesse. Neste steg var en mer systematisk leting etter temaer, sammenhenger og mønstre. Det var dette steget som ble gjort i Nvivo. Deretter ble dette nærmere kategorisert.

Analysekapitlet er sortert etter kategoriene, og strukturert i den rekkefølgen som gir den ryddigste framstillingen av analysefunnene.

5 Empiri og analyse

Dette kapitlet består av både empiri og analyse. Kapitlet er strukturert etter de ulike empiriske kategoriene som ble funnet i datamaterialet. Samtidig er kategoriene et resultat av min teoretiske forståelse og et analytisk arbeid. Kategoriene som er etablert gjennom arbeidet med datamaterialet er som følgende: Den «rette» pasienten, forbrukerpasienten, den sosiale pasienten, den rurale og urbane pasienten, den språklige minoritetspasienten og den sårbare pasienten. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og vil naturligvis overlappe i beskrivelser og innhold.

De identifiserte kategoriene har blitt til under det praktiske arbeidet med empirien.

Hovedkriteriet var at funnene skulle ha tematisk sammenheng med ulikhet og helse. I første omgang ble det identifisert faktorer som påvirket avstandsoppfølging i ulik grad.

Tilsynelatende var variablene geografi, alder, økonomi, digitale kunnskaper og utdanning og språk. Videre ble det identifisert utfordringer som ensomhet og mangel på sosiale nettverk, dårlig digitalt nettverk, og teknologiske utfordringer. Dette var fenomener som gikk igjen i datamaterialet. En kunne se sammenhengen, men det var vanskelig å tydeliggjøre hva fellesnevneren var. Men så kom eureka-øyeblikket. En brikke falt på plass, og jeg så fellesnevneren klart. Fellesnevneren var at datamaterialet beskrev ulike pasienttyper. Dermed ble beskrivelsene rendyrket, og basert på beskrivelsene av pasienttypene i datamaterialene, ble kategoriene dannet.

Videre har jeg gjennom analysearbeidet også identifisert tre ulike diskurser. Den politiske diskurs som blir representert gjennom meldingen til Stortinget. Forskningsdiskursen blir representert gjennom sluttrapportene. Og medias diskurs. Som det ble diskutert i metodekapitlet filtrerer media (inkludert aviser) hvilken stemmer som blir hørt. Derfor har jeg valgt å kalle det for medias diskurs, som blir representert gjennom diverse avisartikler. De ulike diskursene opererer sammenfallende, men også i konflikt med hverandre. En analyse av diskursene vil bli presentert i kapittel 6: Diskurser og diskusjon, men det oppfordres til å lese empirien og analysen med denne informasjonen i bakhodet.

Diskursanalysen kommer ikke alltid fram like eksplisitt i analysen, men den har vært med å forme måten analysen har foregått på. Foucault nevner flere ganger at diskursanalysen ikke er en teori, men en analyse som skal styre blikket mot fenomener og sammenhengene mellom disse fenomenene (Øye, Sørensen, & Martinsen, 2018). Fenomenene i dette tilfellet vil være

sosial ulikhet og medisinsk avstandsoppfølging. Diskurser kan ifølge Foucault ikke sammenlignes på den måten at noens sannhet er mer riktig enn andres sannhet. Han sier også at beskrivelsene i en diskurs ikke kan overføres til en annen diskurs. En kan derfor anta at Foucault mener at diskurser ikke skal sammenlignes. Ettersom dette ikke er en diskursanalyse i sin reneste form, tillates det overtramp som sammenligninger av diskurser samt en mer kritisk tilnærming. I tillegg har Foucault selv endret sin definisjon av diskurs i sitt forfatterskap, med begrunnelsen av at han har utvidet meningen med ordet diskurs (Frederiksen & Beedholm, 2018). Ettersom Foucault sin diskursanalyse er såpass vid, i konstant endring, og kan tolkes på forskjellige måter, mener jeg at den kan tilpasses denne analysen.

5.1 Den «rette» pasienten

Selve navngivelsen av kategorien *Den «rette» pasienten* er inspirert av sitatet nedenfor, som kommer fra et åpent brev til ordføreren i Lyngdal hentet fra Lyngdalsavisa. Kategorien baserer seg ellers i hovedsak på de ulike sluttrapportene, og hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgingen av deltakere til prosjektene. Sluttrapportene benytter ikke selv begrepet *den «rette» pasienten*. Men det er implisitt forstått at pasientene som velges ut må være riktig for avstandsoppfølging. Alle skal få være med, men pasienten som blir inkludert i prosjektene må oppfylle spesifikke kriterier. Kriteriene hos de ulike prosjektene ligner hverandre, selv om formuleringene er delvis ulike. I noen av rapportene uttrykkes kriteriene mer detaljert og eksplisitt, imens i andre kommer de fram mer implisitt. Hva er det som skiller den «rette» pasienten, som blir inkludert i utprøvingen, fra pasienter som oppfyller alle kriteriene, men som ikke blir inkludert?

“Vi har opplevd at det har vært vanskelig å “finne rett pasient” som fikk være med i prosjektet, til tross for flere KOLS pasienter som kunne få “blitt godkjent” av prosjektet”.

(Vi nektes mulighet til å ta vare på egen helse – åpent brev til ordføreren i Lyngdal)

I sitatet dannes det en interessant distinksjon mellom *den «rette» pasienten* og kols-pasienter som kunne blitt godkjent til prosjektet. Det kan tolkes sånn at det omhandler pasienter som oppfyller alle kriteriene, men som likevel ikke får være med i utprøvingen. Vedkommende som har uttalt seg i leserbrevet som det siteres fra er lederen for LHL (landsforeningen for hjerte-og lungesyke) Farsund og Lyngdal, og snakker på deres vegne i sitt leserbrev. Sitatet representerer derimot ikke LHL Farsund og Lyngdal, men lederen (LHL) siterer rådmannen i Lyngdal kommune. Sitatet er altså svaret lederen (LHL) fikk fra kommunen når de etterspurte svar på hvorfor innbyggere i Lyngdal kommune ikke fikk muligheten til å delta i prosjektet TELMA, ettersom innbyggere i alle de andre Listerkommunene fikk muligheten. Videre sitater fra svaret fra rådmannen i kommunen viser at årsaken til at innbyggerne ikke får muligheten til å delta er at kommunen ikke har inngått en samarbeidsavtale med telemedisinsk sentral. Årsaken til dette er at pasienter fra Lyngdal har hatt lite kommunale tjenester, samt at kommunen opplevde dårlig kommunikasjon fra TELMA når det gjaldt pasienter som ble inkludert i prosjektet. Altså har det blitt inkludert pasienter fra kommunen i prosjektet. Lederen (LHL) uttrykker videre hvorfor dette ikke skal være et problem, og alle de positive konsekvensene for både pasienter og kommunene ved å inngå en slik samarbeidsavtale med telemedisinsk sentral. Konsekvensen ved å ikke delta gjør at pasienter i Lyngdal ikke får de samme rettighetene som pasienter i andre nærliggende kommuner, noe

som kan skape geografiske ulikheter. Lederen (LHL) uttrykker også hvordan inklusjonskriteriene ikke skal komplisere å finne den rette pasienten.

I sluttrapporten til prosjektet HelsaMi+ (2018) blir det redegjort for inklusjons- og eksklusjonskriteriene til prosjektene. Hos HelsaMi+ (2018) blir kriteriene delt opp i tre kategorier: generiske inklusjonskriterier, sykdomsspesifikke kriterier, og generiske eksklusjonskriterier. De generiske inklusjonskriteriene innebærer at pasienten er samtykkekompetent, optimalisert medikamentert av spesialist eller fastlege, behersker teknologien som brukes, motivert for å delta, over 18 år, hjemmeboende i en av kommunene, behersker bruk av egenbehandlingsplan, kan ha andre kommunale tjenester og har Wifi eller 4G dekning. De generiske eksklusjonskriteriene går på sykdomsbilde, og om det er hensiktsmessig med behandling hjemme. Eller at pasienten mangler motivasjon, lider av kognitiv svikt eller annet som kan hindre gjennomføringen av tjenesten. Et annet eksklusjonskriterium var forventet levetid. Pasienter med forventet levetid på under seks måneder ble ekskludert fra utprøvingen. De sykdomsspesifikke inklusjonskriteriene omhandler det diagnostiske, og går kort ut på at pasienten må være diagnostisert med kols og/eller hjertesvikt eller hjerte og/eller lungeproblemer.

Sluttrapporten til God Helse Hjemme (2018) har redegjort for to målgrupper for avstandsoppfølging, men ikke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Den ene målgruppen innebærer personer med diagnosen kols som bor i Stavanger kommune, og som ønsker å ta i bruk digitale verktøy. Den andre målgruppen innebærer personer som bor i Stavanger kommune, og som har behov for å endre levevaner for å forebygge utvikling eller forverring av sykdom, og som kan benytte digitale verktøy i oppfølgingen. Tjenesten tilpasses etter behov og pasienten bruker egen teknologisk enhet. Dette gjelder for begge målgruppene.

Den «rette» pasienten må beherske teknologien som tas i bruk. Samtidig kommer det fram at pasientene får opplæring til å benytte seg av teknologien. Det kan tolkes slik at pasientene ble valgt ut basert på deres potensiale til å lære seg ny teknologi. Pasienten må altså ha god nok digital kapital for å være med i utprøvingen. Tidligere erfaring med teknologi, uansett hva slags, er viktig for videre læring og bruk (Park, 2017). Teknologi har ifølge Park (2017) et eget begrepsapparat, noe også medisin og helse har (Xie, 2012; Zanchetta & Poureslami, 2006; Cashen, Dykes, & Gerber, 2004). Det blir et mindre gap mellom nåværende kunnskaper, og nye kunnskaper. Tidligere forskning viser at bruk av e-helseverktøy er avhengig av at brukeren har høyt nok e-helse literacy nivå til å bruke verktøyene.

Ut ifra inklusjon- og eksklusjonskriteriene i prosjektene kan det tenkes til at pasientene har lignende habituser. For det første skal pasientene inneha potensialet til å benytte seg av teknologi, som krever et visst nivå av digital kapital. Digital kapital blir blant annet påvirket av tidligere erfaringer med teknologi, som bruk av fjernkontroll eller smarttelefon (Park, 2017). For det andre må pasientene inneha et visst kognitivt nivå som gjør at de kan nytte seg av verktøy som egenbehandlingsplaner. For det tredje må pasientene være diagnostisert med kols og/eller hjerteproblemer. Kols og hjerteproblemer er diagnoser som blir knyttet tett opp til livsstilen (Pedersen & Thonstad, 2008). En kan også se en sammenheng mellom inklusjonskriteriene og de ulike formene for kapital, noe som er logisk ettersom habitus er en slags konsekvens av personens kapitalsammensetning.

I tillegg til de overnevnte kriteriene må pasientene bo i en kommune som deltar i et av prosjektene. En kan tenke seg til at pasientens boplass påvirker habitus, eller at en har valgt boplass ut ifra habitus. Bosted påvirker hvem pasienten er, men samtidig har pasientens identitet innflytelse på hvor personen velger å bosette seg. Samtidig kan det eksistere ulike geografiske rom innad i en kommune. Innbyggerne i en kommune kan være svært heterogene. Likevel kan hjemkommunen ha innvirkning på hvilke muligheter en har som pasient.

Et annet gjentakende kriterium er at pasienten skal være motivert, samt at pasienten ønsker å ta i bruk digitale verktøy. Ifølge Park (2017) er individenes holdning til teknologi viktig for motivasjon av bruk av ny teknologi. Det kommer fram i sluttrapporten til GodHelseHjemme at det var flere potensielle brukere som ble tilbudt å bli med på prosjektet. Personene takket nei, og bruk av ny teknologi ble utpekt som en hovedårsak. Det kan også være andre årsaker som gjør at pasientene vegrer seg i å ta teknologi i bruk under sin behandling, som helsekunnskap eller tilfredshet med den medisinske behandlingen (Griebel, Sedlmayr, & Prokosch, 2013). Her har pasientene selv tatt vurderingen om de faktisk er *den «rette» pasienten*.

Men hvordan blir *den «rette» pasienten* valgt ut? Ut ifra sluttrapportene blir prosjektene «tipset» om pasienter som passer til kriteriene av fastleger eller annet helsepersonell. Det kan tenkes at aktørenes sosiale nettverk, dermed deres sosiale kapital, kan ha en innvirkning på om de får tilbudet om prosjektet. Fastlegen kan ikke nødvendigvis anses som en del av deres sosiale nettverk, men sosial og kulturell kapital kan likevel være viktig i møtet med legen. Ifølge Øversveen (2019) kan sosiale og kulturelle ferdigheter ha stor betydning i pasientens evne til å «overtale» at de er en kvalifisert person som fortjener kostbar teknologi.

Sitatet innledningsvis viser også hvordan ideen om *den «rette» pasienten* ikke nødvendigvis er akseptert i det offentlige rom. *Den «rette» pasienten* innebærer mer enn kun å oppfylle de konkrete kriteriene, noe som blir møtt med motstand. Leserinnlegget fra lederen for LHL Farsund og Lyngdal viser at inklusjonskriteriene ikke er hovedproblemet, ettersom det er mange som faller innenfor. Det som derimot ble utpekt som problematisk var at kommunen ikke hadde innledet en samarbeidsavtale med telemedisinsk sentral, som fører til at «kvalifiserte» pasienter ikke blir inkludert og ikke får muligheten til å teste ut avstandsoppfølging. I den grad lederen (LHL) representerer pasientene i Lyngdal kommune så uttrykkes det et behov etter å få være med og å bli inkludert.

5.1.1 Alle skal få

Prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015) skiller seg ut på flere områder fra de andre prosjektene. I VIS (2015) sin sluttrapport blir det ikke redegjort for inklusjonskriteriene eller hvordan de 75 inkluderte brukerne er valgt ut. 12 av disse ble valgt ut for kvalitative intervju. Det blir heller ikke redegjort for hvordan denne gruppen er valgt ut. De 12 brukerne består av fem menn og syv kvinner mellom 30-97 år, med svært varierende diagnoser. Diagnosene består av: alkoholoverforbruk, paranoid schizofreni, kognitiv svikt, angst, kols, psykisk utviklingshemming, Alzheimer, dårlig hørsel og nedsatt funksjonsevne. Kols er inkludert her også, som i de tidligere nevnte prosjektene, men i tillegg er det en rekke andre diagnoser som krever helt annen oppfølging. Diagnosene går stikk i strid med kriteriene og målgruppene til de andre prosjektene, der det blir stilt krav til pasientenes kognitive nivå.

Et kriterium hos de andre prosjektene er at pasienten skal være kognitivt oppegående. Bruk av helseteknologi krever visse kognitive, sensoriske og motoriske ferdigheter, som gjør at ikke alle sykdommer fungerer med teknologien som benyttes under den medisinske avstandsoppfølgingen. Hva er det som skiller teknologien i VIS (2015) fra de andre prosjektene, som gjør at de kan tilby grupper med helt ulike kognitive egenskaper avstandsoppfølging? Og er det nødvendigvis teknologien som gjør at VIS (2015) kan inkludere andre typer pasienter, enn de andre prosjektene?

Gruppen som blir intervjuet i VIS (2015) har i tillegg til ulike typer diagnoser, også varierende livssituasjoner. Enkelte har ingen/lite kontakt med venner og familie, imens andre er så og si aldri alene. Enkelte pasienter har et hjem preget av økonomisk stabilitet, imens

andre bor mer beskjedent og uorganisert. Det er stor variasjon hos brukerne når det gjelder deres kapital. Brukerne har ulike nivåer av sosial og økonomisk kapital. Selv om det ikke blir uttrykt eksplisitt, så legger kriteriene i de andre prosjektene føringer for hva slags nivå av sosial, økonomisk og kulturell kapital som kreves.

Selv om «alle skal med» er unntaket i prosjektene, er det normen i meldingene til Stortinget. Framtidens helsevesen skal favne alle, og produsere goder alle skal få tilgang til uavhengig av sosial bakgrunn. Det kommer tydelig fram i *Nasjonal helse-og sykehusplan* (Meld. St. 7 (2019-2020)) at alle skal få være med på den digitale helsebølgen. I planen uttrykkes det hvordan digitale system gjør hverdagen enklere og tryggere, og at et mål er å innføre flere digitale innbyggertjenester.

5.1.2 Ansvar for egen helse

«Brukerne er vanlige folk som deg og meg, og hvor mye ansvar tar vi egentlig for egen helse?» Kvinne, Hjelpepleier (VIS, 2015).

I rapportene og meldingene til Stortinget er det et gjentakende fokus på ansvar for egen helse, brukernes mestring og mestringsfølelse og pasientens selvhjelp. Dette er et sentralt aspekt hos *den «rette» pasienten*, ikke bare innenfor prosjektene, men også i meldingene til Stortinget.

Et kriterium hos prosjektene er at pasientene skal mestre egenbehandlingsplanen sin. En egenbehandlingsplan er en oversikt som deles mellom pasient og helsepersonell (sykepleier, lege, fysioterapeuter), og brukes særskilt for kols-pasienter. Egenbehandlingsplanen kan brukes av pasienter uten at de er en del av prosjektet. Pasienter som bruker egenbehandlingsplanen må ha god kognitiv funksjon og en adekvat forståelse for symptomer og sykdom. Etersom et kriterium er at pasientene som velges ut til prosjektet skal mestre egenbehandlingsplanen, vil det implisitt si at pasientene har de førnevnte egenskapene. Det vil også si at bruk av en slik egenbehandlingsplan krever at pasienten tar ansvar for egen helse.

At en skal ta ansvar for egen helse kan ansees som en etablert sannhet, men sitatet viser også at denne sannheten blir motsagt. I sitatet er det en hjelpepleier som stiller seg spørrende til hvor mye ansvar vi egentlig tar for egen helse, og det kan tolkes dithen at hun synes det stilles for høye krav til hvor mye ansvar brukerne skal ta for egen helse. I meldingen til Stortinget (2012-2013), *Morgendagens omsorg*, uttrykkes det at folk skal få hjelp til å ta ansvar for egen helse, og at det er viktig for framtidens helsevesen at det gjøres.

At ansvaret for egen helse overføres i større grad over på brukerne, og befolkningen generelt, kan potensielt føre til større ulikheter. Hvis det er et krav at pasienten skal inneha en rekke kunnskaper og egenskaper for å få et visst behandlingsopplegg vil det nødvendigvis ekskludere en gruppe som ikke innehar kunnskapen eller egenskapene. Et formål ved medisinsk avstandsoppfølging er at det skal forhindre reinnleggelse av pasienten. En kan tenke seg til at pasienter som ikke får tilgang til de teknologiske tjenestene blir hyppigere innlagt. Noe som kan gi ringvirkninger i deres liv. Hyppigere innleggelser kan komplisere studier og arbeid, og det kan gå utover sosiale nettverk. Noe som igjen kan føre en reduksjon i både økonomisk kapital og sosial kapital.

«Effekten av innsikt i egen helsesituasjon er individuell og avhenger blant annet av sykdomsforløp og helsetilstand. Det er ikke gitt at alle opplever det positivt å stadig få bevis på at helse er dårlig.» (Medisinsk hjemmeovervåkning uten dokumentert effekt).

En konsekvens av medisinsk avstandsoppfølging er innsikt i egen helse. Når en selv må ta målinger som sendes videre til helsepersonell, følger det også med en viss oversikt over helsesituasjonen. Pasientene blir selv aktive og ansvarlige for egen helse. Detaljerte kunnskaper om deres helsesituasjon, som tidligere kun var ansvaret til ekspertene, blir nå deres ansvar. Sluttrapportene viser derimot at flertallet av brukerne har opplevd det som svært positivt å få bedre innsikt i egen helse. Pasientene føler selv at de har bedre forståelse og kontroll over egen helsesituasjon, men samtidig representerer disse pasientene en viss gruppe pasienter. I avisartiklene uttrykkes det at noen pasienter ønsker å få hjelp til å kunne ta økt ansvar for egen helse.

Et annet formål ved medisinsk avstandsoppfølging er at en skal kunne oppdage forverringar tidlig, og dermed forebygge forverringene. Dermed kan pasienter som ikke har tilgang på tjenestene potensielt forverres til den grad at det har svært alvorlige konsekvenser, som for eksempel dødsfall som kunne blitt forhindret. Den sosiale ulikheten i Norge kommer til uttrykk ved ulikheter i utdanningsforskjeller ved dødelighet. Med tanke på at kriteriene vektlegger kognitive ferdigheter og sykdomsforståelse, kan det innebære at de pasientene som blir inkludert også har et visst utdanningsnivå. Avstandsoppfølging kan potensielt forverre ulikheten i dødsrater.

På den andre siden kommer det fram at hvis pasienter som har kapasitet tar mer ansvar for egen helse, og får hjelp til det, kan det frigjøre ressurser til de som sårest trenger helsevesenet. Ulik behandling kan dermed føre til en minskning av ulikhetene, ettersom det blir mer

tilpasset de enkeltes behov. Spørsmålet blir da om medisinsk avstandsoppfølging kun er noe som skal tilbys de få som kan benytte seg av det, og ikke alle i befolkningen.

Brukermedvirkning står sentralt i meldingene til Stortinget. Brukermedvirkning er langt fra et nytt begrep innenfor norsk helsevesen. Ifølge Johansen og Solbjør (2012, s. 309) har begrepet sitt opphav i ulike diskurser om forholdet mellom helsevesenet og brukere eller pasienter av dette «vesenet». Brukermedvirkning kan sees i sammenheng med «ansvar for egen helse». På den ene siden kan det ansvaret brukermedvirkning medfører bety økt makt til pasientene, og sikring av pasienters rettigheter i møtet med helsevesenet (ibid.). På den andre siden kan et slikt ansvar ha negative konsekvenser for de pasientene som ikke har kapasitet til å ta ansvar for egen helse. Det kan potensielt øke forskjellene mellom de som kan fungere deltakende i sin sykehistorie, og de som ikke kan det.

5.1.3 Er den «rette» pasienten også den perfekte pasienten?

En kvalitet hos *den «rette» pasienten* er god nok dekning til at teknologien, og dermed også oppfølgingen, kan fungere optimalt. Det var derimot tilfeller der teknologien ikke fungerte, eller at dekningen forsvant. Noen pasienter rapporterte at det ga konsekvenser for deres trygghetsfølelse og deres tillit til teknologien. Griebel et.al (2013) påpeker at forventet ytelse er et viktig aspekt for akseptering av digitalt utstyr. Tillit og oppfattet systemkvalitet er også viktige aspekter for at teknologien skal aksepteres hos pasientene.

Et annet kriterium var at pasienten hadde motivasjon, mestrer eller har kapasitet til å lære seg de digitale hjelpemidlene som blir tatt i bruk. I løpet av opplæringen kom det fram at ikke alle pasientene hadde like lett for å adoptere den nye teknologien inn i sin hverdag. Norman og Skinner (2006) konkluderte med at det ikke var en statistisk sammenheng mellom e-helse literacy og bruk av informasjonsteknologi ellers i hverdagen. Selv om en har erfaring med bruk av teknologi, kan det være komplisert å lære ny teknologi som skal brukes i en helsesammenheng. I tillegg til å lære seg nye måter å håndtere teknologien på, må en også lære seg nye termer.

Den perfekte pasienten kan en se spor av i *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)), der det er bilde av en smilende dame som holder en iPad. *Den «rette» pasienten* er pasienten som er riktig for prosjektene, og beskriver de pasientene som blir valgt

ut for å teste medisinsk avstandsoppfølging og de teknologiske løsningene det må innebære.
Den perfekte pasienten blir derimot helsevesenets idealtipe.

5.2 Den krevende forbrukerpasienten

Den krevende forbrukerpasienten er pasienten, eller brukeren, som vet hva hen har krav på. Vedkommende er en «kunde» hos helsevesenet og forventer kvalitet på «varen» som blir tilbudt. *Den krevende forbrukerpasienten* har en annen helseatferd enn tidligere generasjoner, som konsekvens av høyere utdanning, bedre boforhold og bedre økonomi. Kategorien baserer seg i hovedsak på beskrivelsen av framtidens pasient, spesielt de eldre, i meldingen til Stortinget *Morgendagens omsorg*. I Meld. St. 29 (2012-2013) benyttes ordet «krevende» for å beskrive framtidens pasienter, med vekt på framtidens eldre. Det er dog viktig å understreke at dette er en pasientgruppe i framvekst som samfunnet forbereder seg på, og som dermed ikke eksisterer enda. *Forbrukerpasienten* er også indirekte inspirert av teoretiske beskrivelser og samtidsdiagnoser der personer handler som forbrukere hos ulike offentlige systemer. Den krevende *forbrukerpasienten* blir beskrevet i meldingen til Stortinget *Morgendagens omsorg* (Meld. St. (2012-2013)), der det også blir tatt opp hva vi skal gjøre for å håndtere et helsevesen bestående av et overtall av krevende forbrukerpasienter.

I dette delkapitlet vil ungdom og eldre stå sentralt, dermed ønsker jeg å avklare hvordan ungdom og eldre defineres. Ettersom det ikke er av betydning *hvem* som er ungdom eller eldre har jeg benyttet meg av datamaterialets definisjon. Dermed benyttes ungdom og eldre på den måten dokumentene selv har benyttet det.

5.2.1 Morgendagens eldre

«Den nye seniorgenerasjonen vil være stor og ha bedre utdanning, bedre helse, lengre levealder, bedre boforhold, bedre økonomi og mer ressurser til å møte alderdommen med enn tidligere eldre generasjoner.» (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Som beskrevet i sitatet spås det at den nye seniorgenerasjonen vil bli mer ressurssterk enn tidligere generasjoner. Den nye seniorgenerasjonen blir beskrevet i meldingen til Stortinget som en krevende gruppe, ettersom de vet hva de har krav på og de vil kreve det. Sitatet viser at framtidige eldre vil inneha flere ressurser enn dagens generasjon, og at disse ressursene vil ta en rekke ulike former. Blant annet vil framtidens eldregenerasjon ha mer penger og kunnskap, som er ressurser Link og Phelan (1995) påpeker som svært viktige for god helse. Dette er ressurser som gir positive ringvirkninger for individet. Sitatet viser også at den nye seniorgenerasjon vil få bedre helse og leve lengre. Dette kan være konsekvenser av ressurser som høyere utdanning og bedre økonomi (Link & Phelan, 2005). Kunnskap og økonomi har direkte påvirkning på menneskers helseatferd (ibid.). Høyere utdanning påvirker også

personers e-helse literacy i positiv retning (Cashen, Dykes, & Gerber, 2004; Hanik & Stellefson, 2011). Dette er ressurser en kan se i sammenheng med økonomisk, kulturell og sosial kapital, som gir positive ringvirkninger innenfor helse-feltet.

Selv om den nye eldregenerasjonen vil bestå av mange ressurssterke eldre er ikke det ensbetydende med en eldregenerasjon uten forskjeller. Heller tvert imot.

«Framtidas eldre vil sannsynligvis også utgjøre en langt mer heterogen gruppe med større innbyrdes forskjeller i ressurser, interesser og preferanser enn dagens eldre». (Meld.St. 29 (2012- 2013)).

Eldregenerasjonen vil generelt ha flere ressurser, men fordelingen vil potensielt føre til økte forskjeller. De med mest ressurser vil klare seg bedre enn de med mindre ressurser (Link & Phelan, 1995). I tillegg kan sosioøkonomisk status som grunnleggende årsak erstattes av andre grunnleggende årsaker for helseforskjeller (Link & Phelan, 2005). Potensielt kan digital kapital være en viktig ufordelt ressurs innenfor helse hos framtidige generasjoner. Det blir et skille mellom de som kan benytte seg av og har tilgang til e-helseverktøy, og de som verken har tilgang eller kunnskap (Park, 2017).

For omlag ti år siden omhandlet de digitale skillene hovedsakelig tilgang til teknologi, men i dagens Norge påvirker dette skillet bruk av teknologi. Ifølge Kompetanse Norge (2018) er de som ikke bruker internett eldre personer, de med lavere utdanningsnivå og/eller de som står utenfor arbeidslivet. Samtidig er det størst økning i internettbruk blant de som er over 60 år. Blant de som ikke benytter seg av internett er en av årsakene manglende kompetanse. Dette stemmer overens med sluttrapportene. I sluttrapportene informeres det at flere avslo tilbudet om å bli med, og årsaken bak var liten tiltro til egen mestring av teknologien.

Framtidens eldregenerasjon skiller seg fra dagens eldregenerasjon.

«Undersøkelser konkluderer med at det i denne generasjonen er store forskjeller både i velstand, levealder, utdanning og bakgrunn. Men kulturelt går det an å snakke om en viss homogenitet.» (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Eldregenerasjon i dag har tilsynelatende større forskjeller i sosial og økonomisk kapital, men større likheter i kulturell kapital. Det er uklart hva som utgjør kulturen hos de eldre homogene. Ut ifra måten kulturell bakgrunn blir beskrevet i resten av rapporten, er det dermed snakk om en mer felles tradisjonell norsk kulturarv. Framtidens eldre blir derimot en mer multikulturell gruppe.

Samfunnet blir som nevnt stadig mer digitalisert. For en del eldre uten digital kompetanse eller kunnskap kan dette oppleves som krevende.

«At informasjon og tilgang til tjenester blir stadig mer digital kan oppleves vanskelig for eldre som mangler digital kompetanse.» (Folkebibliotek, folkehelse og eldre).

Som sitatet viser blir både informasjon og tilgang til tjenester digitalisert, og at dette blir vanskelig for de eldre uten digital kompetanse. En årsak til at eldre mangler digital kompetanse kan være tidligere erfaring med teknologi (Park, 2017). Mangel på tidligere erfaring kan ha hatt en negativ påvirkning på motivasjonen til å lære seg eller benytte seg av teknologi (ibid.). Det kan også vanskeliggjøre bruk av ny teknologi, ettersom det vil oppleves som mer fremmed for dem enn for de med teknologierfaring (ibid.). En del eldre har hatt mindre erfaring med teknologi gjennom arbeidslivet, men også på fritiden. Samtidig må en være forsiktig med å skjære alle eldre over en kam. Som det ble vist i avsnittet over er det blant personer over 60 år internettbruk øker mest.

Hvis en ikke har begrepsapparatet som tilhører bruk av digitalt utstyr kan det vanskeliggjøre videre læring. Teknologien utvikler seg i høy fart, og en må stadig holde seg oppdatert. Eldre bruker digitale verktøy mindre enn de yngre, og dette gjelder da på flere områder. Et fåtall av eldre benytter seg av sosiale medier (Lüders og Brandtzæg, 2016). Et flertall unngår sosiale medier av manglende interesse, men det er også en stor andel som skyr sosiale medier på grunn av manglende kompetanse (ibid.). Lüders og Brandtzæg (2016) definerer eldre som 65 år og oppover. Samtidig diskuterer de hvordan det er store forskjeller i aldersgruppene fra 65 år, og viser til de store endringene som har skjedd på få år. Siden 2016 har det allerede foregått endringer i internettbruk.

Måten vi omtaler eldre skaper en risiko for at vi ser på eldre som en gruppe mennesker med bestemte egenskaper. I datamaterialet beskrives dagens eldre som en gruppe kognitivt svake, syke mennesker, som ikke evner å bruke ny teknologi. Kan det være at vi potensielt undervurderer dagens eldre sine evner til å lære seg av og benytte seg av ny teknologi? Morgendagens eldre oppstår ikke på et blunk, men er en gradvis overgang. Flere av de som pensjonerer seg i dag faller innenfor kategorien eldre, men med helt andre erfaringer fra utdanning og arbeidsliv enn de fleste som i dag er 75 år og oppover. Det kommer nye personer som tar over alderskategorien, som vil endre de karakteristikaene som skildrer dem. Ifølge Meld.St.29 (2012-2013) vil morgendagens eldre være friske og raske, med helt andre evner. Det er ikke nødvendigvis slik at framtidens eldre kommer til å takle teknologien bedre. Som Brandtzæg (2016) påpeker blir de teknologiske innovasjonene stadig mer komplekse.

Prensky (2001) skiller mellom digitale innvandrere og digitale innfødte. Digitale innfødte er de som blir født og sosialisert inn i en sosial hverdag, imens digitale innvandrere må lære seg digitale kunnskaper. En kan se på det slik at de digitale innfødte har digitale kunnskaper som en del av sin habitus. De digitale innfødte har egenskaper, vaner og disposisjoner som digitale innvandrere ikke har. Dette gir et helt ulikt utgangspunkt i utvikling av digital kapital. Både dagens eldre, og eldre i en del år fremover, kan ansees om digitale innvandrere. Dette er mennesker som har måtte lært seg teknologi i voksen alder, og snakker ikke det teknologiske språket flytende som mange unge gjør. Digitale innfødte lærer å bruke en iPad før de lærer å lese og skrive. Digitale ferdigheter blir en del av deres grunnleggende ferdigheter. Dagens eldre har dermed ikke de samme disposisjonene som de yngre har. Som nevnt i avsnittet over er det derimot ikke sikkert at det er et faktum at dagens yngre kommer til å takle framtidens teknologi bedre. Samfunnet er i stadig endring, og vi kan ikke forutsi de digitale innovasjonene framtiden har å by på.

5.2.2 Ungdom og digitalisering – hånd i hånd?

I avisartiklene, sluttrapportene og meldingene til Stortinget er det et optimistisk syn på framtidens generasjoner. Det er spesielt et optimistisk syn på dagens ungdom og deres digitale ferdigheter. Dagens ungdom omtales som sosialisert inn i den digitale verden.

Som sitatet under viser er den digitale hverdagen normalen for flestparten av dagens ungdom.

«Spesielt dagens unge er en generasjon hvor den digitale hverdagen er normalen, og ikke alternativet.» (Når nettet ikke er bra nok).

Selv om vår erfaring er at ungdommen omgås digitale løsninger og sosiale medier på en daglig basis er ikke det ensbetydende med god e-helse literacy eller digitale helseferdigheter. Å benytte seg av digitale verktøy i sammenheng med helse krever en annen form for forståelse og bruk av verktøyene.

«Klinikklederen sier at det er en viktig årsak til at klinikken ledet an i videobruken er at pasientgruppen består av unge mennesker som håndterer verktøyene godt.» (Koronaen setter fart på digital pasientbehandling).

Når det gjelder å lære og utvikle digitale ferdigheter innenfor helse kan ungdommen likevel ha en fordel ettersom de har større erfaring med teknologi. Steget mellom hva de kan og hva de lærer blir kortere. De digitale verktøyene som tas i bruk i sammenheng med medisinsk

avstandsoppfølging er ofte verktøy som brukes i det daglige, bare i en ny setting og kontekst. Eksempel på det er videosamtaler, applikasjoner, eller nettbrett. Bruk av digitale verktøy kan ligge i deres habitus. Det vokser fram en ungdomsgenerasjon som har benyttet seg av digitale verktøy fra en svært ung alder, og bruk av nettbrett er like naturlig som bruk av penn og papir. Dermed blir det lettere for dem å adoptere nye måter å bruke teknologi på, ettersom teknologibruk ligger så sterkt i deres habitus. Spesielt gjelder dette egenskaper og kunnskaper en ikke er klar over at en innehar. Habitus er noe mer enn kun det man blir opplært.

Erfaring med sosiale medier og informasjonsteknologi er ikke nødvendigvis en kausal årsak til bedre e-helse literacy, selv om det kan være en fordel i videre utvikling av kompetanse (Norman og Skinner, 2006). Tidligere forskning viser at e-helse literacy ikke nødvendigvis er bedre hos ungdom (ibid.). E-helse literacy omhandler hvordan en på best mulig måte kan benytte seg av elektroniske og teknologiske kilder, for å bedre egen helse eller løse helseproblemer. Det var derimot sterkere sammenheng mellom utdanning og e-helse literacy (Hanik & Stellefson, 2011). I Norge i dag er det en årlig økning på antall ungdom som tar høyere utdanning. Noe som kan være en forklaring på hvorfor ungdommene/unge voksne som har utdanning, har lettere for å adoptere nye løsninger. Helseinformasjon krever en høyere form for leseferdigheter, som disse ungdommene allerede besitter.

Det skal også påpekes at e-helse literacy ikke er det samme som bruk av velferdsteknologiske verktøy, men at det kan være en sammenheng mellom e-helse literacy nivå og bruk og læring av velferdsteknologiske verktøy.

En annen årsak til at ungdoms digitale kapital er sterkere enn hos eldre, kan være at det er en dominerende kapital for å posisjonere seg i det sosiale rom. Dagens ungdom benytter seg i stor grad av diverse sosiale medier. Ifølge SSB (Statistisk sentralbyrå, 2019) er det 90% i aldersgruppen 16-24 år som benytter seg av sosiale medier daglig eller nesten daglig. Sosiale medier blir en viktig del av deres identitetsdannelse samt opprettholdelse av sosiale relasjoner (Hilmarsen og Arnseth, 2017). Samtidig blir sosiale medier viktig i utviklingen av digital kompetanse (ibid.) Ungdommen viser fram sin kulturelle og sosiale kapital på sosiale media. Den digitale kapital kan indikere hvor aktøren plasseres innad det sosiale feltet, og dermed hvor vedkommende havner i det sosiale hierarkiet.

5.2.3 Opplæring og individuell tilpasning

«*Morgendagens omsorgstjeneste skal hindre segregering og særordninger for grupper, og bygge på individuell tilnærming og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes bakgrunn, enten det handler om språk, kultur, livssyn eller det handler om alder, kjønn, seksuell legning eller det handler om diagnose, funksjonsnedsettelse eller problem.*» (Meld.St. 29 (2012-2013)).

Som en kan lese i sitatet over er individuell tilnærming og tilpasning en viktig del av morgendagens omsorg. Helsesystemet skal være et fleksibelt system som kan tilpasses hver enkelt bruker uavhengig av årsaken for tilpasningen, og skal hindre ulikheter i helse.

Ny helseteknologi krever opplæring av både brukere og helsepersonell. Som det kommer fram i sluttrapportene lærer brukere i forskjellig tempo og på ulike måter. Noen brukere var avhengig av gjentakende opplæring. Det fremkommer i sluttrapportene at dette var noe som ble tatt til etterretning, og at de underveis i prosjektet forsøkte å endre måten de drev opplæring på. Erfaringene rundt måten opplæringen foregikk på ga basis til forslag om hvordan det burde gjøres framover. Behovet for tilpasset opplæring ble understreket i rapportene.

Utvikling av e-helse literacy kan også ha sammenheng med enkeltpersoners tilbøyelighet til læring, som ikke nødvendigvis har sammenheng med individets alder. Mennesker lærer på forskjellige måter og i forskjellig tempo. Noe som også må tenkes på når det gjelder opplæring i forskjellige former for velferdsteknologi. De digitale løsningene en møter innenfor helsesystemet skiller seg til tider fra teknologien en møter i hverdagen. Pasienter har ulike utgangspunkt, og forstår helseinformasjon på ulike måter. I *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St. 7(2019-2020)) vektlegges en slik tilnærming. Noe som har gitt ringvirkninger for effektiviteten hos sykehusene, ettersom pasientene ikke har forberedt seg (eller lignende årsak) fordi de ikke har forstått informasjonen de ble utdelt. Det samme resultatet finner en i rapportene, der noen pasienter har hatt behov for ekstra opplæring. En viktig erfaring som førte til at rapportene understreker tilpasset opplæring som et nøkkelbegrep i bruk av avstandsoppfølging. Ved å tilpasse opplæringen utfra ulike pasienters utgangspunkt kan en potensielt spare tid og ressurser. Ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan* skal helsesystemet framover satse på å tilpasse seg ulike typer pasienter.

Medisinsk avstandsoppfølging er kun i testfasen, og har ikke blitt en etablert praksis. Det er likevel en rekke eHelsetjenester, og former av avstandsoppfølging, som tilbys og som kan

benyttes. Dette gjelder spesielt for de med diabetes. Tilbudet er tilgjengelig, men mangelen på digitale ferdigheter hindrer nyttiggjøringen.

«Ved å tilby kurs som kan øke deres digitale ferdigheter, kan man hjelpe dem til å benytte seg av eHelsetjenester mer aktivt.» (Ta kontroll over diabetes 2).

Sitatet viser til lave digitale ferdigheter som en utfordring for at pasienter med diabetes 2 skal benytte seg av eHelsetjenester, og at en ved forbedring av ferdighetene kan bidra til mer aktiv bruk.

«Teknologien må også utvikle seg og tilpasse seg menneskene» (Medisinsk hjemmeovervåkning uten dokumentert effekt).

Det er ikke bare opplæringen som må tilpasses brukerne, men også selve teknologien.

Tilsynelatende betyr ikke denne tilpasningen at hvert enkelt teknologisk redskap skal tilpasses hver enkelt bruker, men heller produksjon av teknologi som fungerer hos de fleste brukere.

Mackert et.al (2009) uttrykker hvordan det fulle potensialet til e-helseverktøy kun kan nå når utviklingen baserer seg på deres e-helse literacy. Latulippe et.al (2017) forklarer også hvordan et digitalt hjelpemiddel for å hjelpe en gruppe, kan bli vanskelig for å hjelpe en annen gruppe.

I tillegg til literacy-nivå, blir det nevnt karakteristikk som etnisitet, lav inntekt, lavt utdanningsnivå, alder, kjønn, ruralitet, hjemløshet, seksuell orientering og psykologisk nød hos de som har vanskeligheter for å adoptere digitale helseløsninger (ibid.) Altså må teknologien tilpasses brukere med ulike digitale kunnskaper og teknologiske ferdigheter, for å oppnå sitt potensiale. Hvis det ikke tilpasses risikerer en at de marginaliserte gruppene som allerede har vanskeligheter sliter mer når samfunnet blir mer digitalisert. Årsaken til dette kan være at de digitale verktøyene blir laget for de som har lettest for å bruke de, noe som ekskluderer marginaliserte grupper fra utviklingen. Det blir et gap mellom pasienter som kan benytte seg av digitale verktøy og de som ikke kan det.

5.3 Den sosiale pasienten

Kategorien *den sosiale pasienten* baserer seg på empiriske funn. *Den sosiale pasienten* er pasienten som ved hjelp av velferdsteknologi får muliggjort sitt sosiale liv. Kategorien kunne også blitt navngitt den ensomme pasienten, men det ble konkludert at en slik kategori ville gi negative assosiasjoner. Kategorien representerer heller målet ved bruk av teknologi og digitale løsninger. Underkategoriene er derimot basert på hvordan syke barn og eldre omtales, som er ensomme og isolerte, kontra målet som er at de skal være sosiale. Det kommer fram i meldingene til Stortinget og i avisartiklene at samfunnet har et problem med ensomme eldre. Den samme bekymringen uttrykkes for langtidssyke barn, der de ikke får deltatt i klasserommet eller i lek med sine jevnaldrende.

Barn og eldre defineres på samme måte i dette delkapitlet som i delkapittel 5.3 *Den krevende forbrukerpasienten*. Altså benyttes begrepene barn og eldre på samme måten som de benyttes i datamaterialet.

5.3.1 Ensomme eldre

«Opplæring i bruk av elektroniske møteplasser og sosiale medier kan også bidra til å motvirke isolasjon og ensomhet». (Meld. St 29 (2012-2013))

I meldingen til Stortinget *Morgendagens omsorg* er det et optimistisk syn på sosiale medier sin påvirkning og effekt på isolasjon og ensomhet. Ved å lære eldre opp i bruk av sosiale medier kan potensielt færre eldre oppleve isolasjon og ensomhet. Ensomhet er mer komplekst enn bare å være fysisk alene. Eldre kan gjennom sosiale medier ha kontakt med familiemedlemmer og venner. Denne lærdommen kan også ha positiv effekt på bruk av teknologi og medier i en helsesammenheng.

I dagens samfunn er det en stor bekymring for de eldre og deres hverdag, og at de skal oppleve ensomhet og isolasjon. Denne bekymringen får en bekreftet av tiltak som iverksettes, samt avisinnlegg og meldinger til Stortinget.

«En utfordring i eldrepolitikken er å bidra til at eldre har sosiale bånd til samfunnet og at de utvikler og opprettholder sosiale personlige relasjoner. (...) Sosiale bånd kan fremme tillit, nettverk, livskvalitet, forebygge ensomhet og føre til mindre sosial ulikhet i helse.»

(Folkebibliotek, folkehelse og eldre).

For at eldre skal få opprettholde sine sosiale bånd har det vært en satsing på at de skal få

opplæring innenfor digitale verktøy og sosiale medier (Holm & F. Johansen, 2019). Blant annet har en rekke bibliotek tatt initiativet for kursing, og å lage en møteplass for de eldre. Dette skal være lavterskeltilbud som alle eldre skal kunne benytte seg av. Som det står i sitatet skal dette medvirke til mindre sosial ulikhet i helse. En del forskere er enige i at gode, uformelle, sosiale nettverk kan ha positiv effekt på helsen (Ferlander, 2007; Berkman & Glass, 2000; Wills & Ainette, 2012). Slike nettverk kan påvirke egen helseatferd, ofte til det positive (Ferlander, 2007). Økt sosial kapital gir dermed også utslag på bedre helseatferd, i form av for eksempel kosthold og røyking. Ettersom sosial kapital har en effekt på helseatferd, kan det potensielt også ha en effekt på bruk av digitale hjelpemidler.

Selv om det framkommer at en del opplever mindre ensomhet ved hjelp av avstandsoppfølgingsteknologi, så er det fortsatt personer som opplever situasjonen som uendret.

«Har ikke endret seg – jeg gjør akkurat det samme som før. Jeg er ikke ute. Barna kjører meg en tur, men jeg vil helst være hjemme. Orker ikke så mye prat. Har masse gamle bøker som jeg holder på å ordne». Kvinne (67) med kols og helsesjekk, (VIS, 2015).

Det kan tolkes fra sitatet overfor at motivasjon er en viktig faktor for endring, og for å motarbeide ensomhet. Til syvende og sist er teknologien et verktøy, som er avhengig av brukeren for å bli utnyttet til sitt fulle potensiale. Kvinne (67) uttrykker at hun helst vil være hjemme, og at hun trives i eget selskap. Lunde (2016) skriver om synet på eldre som ensomme, og uttrykker at det kan bidra til økt negativ aldersstereotypisering, samt at det kan forsterke stakkarsliggjøringen av eldre. At vi ser på dagens eldre som stakkarslige understrekes i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) der det er bilde av en eldre dame som ser tilsynelatende trist ut, med underteksten «Skrøpelige eldre».

Noen eldre ønsker å være alene. Det kan være slik at kvinne (67) med kols ikke ønsker en mer sosial hverdag enn hun har hatt tidligere. Sosiale nettverk kan også ha en negativ effekt på personers helse, spesielt hos de som lever i mer fattige kår (Ferlander, 2007). Hos kvinner kan store sosiale nettverk påvirke negativt i den grad de involveres i andre stress og emosjonelle problemer, og opplever dermed mer stress. Nettverket kan også være en dårlig påvirkning når det gjelder kosthold og tobakksbruk. Kvinne (67) uttrykker at hun får muligheten til sosialt samkvem, men at hun heller ønsker å være hjemme. Hun uttrykker også at hun ikke orker å så mye prat. Det kan tolkes dithen at Kvinne (67) synes det er mer stressende med mye sosialt omkring seg. Kvinne (67) velger til en viss grad selv å isolere seg selv. Likevel kan en si at

denne isolasjonen muligens er en konsekvens av sykdommen. Sykdom kan påvirke personers muligheter til å opprettholde sine sosiale nettverk, og dermed deres sosiale kapital

«*Mange ensomme setter pris på kontakten, som kanskje faller bort med velferdsteknologi*»

Kvinne, Ergoterapeut (VIS, 2015).

Ergoterapeuten sin bekymring er at velferdsteknologi potensielt kan fjerne den kontakten ensomme har med helsepersonell. For noen eldre er helsepersonell de eneste menneskene de møter og snakker med i løpet av sin hverdag. Fra de eldre i de ulike sluttrapportene kommer det fram at velferdsteknologi ikke fører til mer ensomhet, men heller tvert om (med unntak av de som ønsker selv å isolere seg). Nå skal det dog sies at pasientene som er valgt ut til medisinsk avstandsoppfølging er en særskilt gruppe eldre. Dette er eldre som kan benytte seg av digitale hjelpemidler, og som gjerne har erfaring med kommunikasjonsteknologi fra før. Altså en mer ressurssterk gruppe eldre pasienter som innehar en viss form for kapitalsammensetning, som konsekvens av inklusjonskriteriene. Helsepersonell møter flere ulike typer pasienter, med varierende behov og hjemmesituasjoner, i sin arbeidshverdag. Som det kommer fram i *Nasjonalt helse- og sykehusplan* (Meld. St. 7 (2019-2020)) skal velferdsteknologi utvikles til å tilbys alle pasienter. Bekymringen til ergoterapeuten kan være en reell bekymring når pasienter med svakere sosiale nettverk, og svakere sosial kapital, også skal inkluderes i medisinsk avstandsoppfølging. Sitatet over er hentet fra sluttrapporten til *Velferdsteknologi i Sentrum* (VIS, 2015), som skilte seg ut fra de andre sluttrapportene ved at de hadde mer åpne inklusjonskriterier og dermed en mer varierende pasientgruppe. Bekymringen eller problematiseringen av ensomhet kom kun fra helsepersonell, og ikke fra de ulike pasientene.

5.3.2 Isolerte langtidssyke barn

Barn som er langtidssyke og/eller med dårlig immunforsvar er også svært utsatt for isolasjon og ensomhet. Dette er barn som i lengre perioder må være borte fra klasserommet og fra venner for å ivareta egen helse. En løsning på dette har vært robot i klasserommet. I klasserommet blir roboten barnets ører, øyne og munn. Målet ved å bruke robot er at barnet kan følge med i undervisningen og opprettholde sine sosiale fellesskap. Ettersom den nåværende definisjonen av avstandsoppfølging er såpass vid, kan bruk av robot forstås som en form for medisinsk avstandsoppfølging.

«Men teknologien i seg selv er avhengig av at de rundt snakker med eleven og inkluderer roboten i klasserommet. (...) Det er til syvende og sist menneskene som skaper fellesskapet, teknologien er bare et verktøy, sier Karen Dolva». (Den nye «gutten» i klasserommet).

Det «menneskeskapte» miljøet har en innvirkning på sosial ulikhet i helse. En del av det «menneskeskapte miljøet» er skolen. Teknologi alene sikrer ikke et fellesskap for den langtidssyke eleven, og en er avhengig av nettverket rundt for at teknologien kan utnyttes optimalt.

Robotene blir brukt som et hjelpemiddel også utenfor klasserommet.

«Jeg er blitt mye mindre ensom. Nå kan jeg være med på ting, samtidig som jeg kan ligge hjemme og hvile, sier hun». (Roboten Emilie går på disco for Emilie).

For at Emilie skal kunne sende avgårde Robot-Emilie på disco, er det avhengig av en aksept hos Emilies sosiale nettverk. Det er også avhengig av at hennes foreldre tilrettelegger for bruk av roboten.

Robotene er gratis for langtidssyke barn som har rett på fjernundervisning. Alle langtidssyke barn har krav på spesialundervisning og opplæring. Det er ikke obligatorisk at løsningen på fjernundervisning er en robot. Skoleeierne, lærere, eller andre i skolevesenet, kan ikke kreve at langtidssyke barn og deres familie skal benytte seg av en robot. Foreldre kan heller ikke kreve at skolen skal benytte en robot i undervisningen (Utdanningsdirektoratet, 2019). Dette kan skape forskjeller basert på hvilken skole eleven tilhører, og om skolen er villig til å benytte en robot i fjernundervisningen. Som nevnt har alle langtidssyke barn rett på opplæring, men at både skolen og foreldrene må være enige i bruk av robot kan skape kvalitetsforskjeller i opplæringen. Dette kan skape forskjeller mellom langtidssyke barn, men også økte forskjeller mellom langtidssyke barn og friske barn i «normal» opplæring.

Foreldre kan selv betale for å leie en robot til sitt syke barn hvis skolen ikke gjør det. Å leie en AV1 hos No Isolation koster fra 2999 kr i måneden (No Isolation, 2020). Foreldrenes økonomi kan avgjøre om barnet får benytte seg av robot i undervisningen, eller i sosiale aktiviteter sammen med jevnaldrende, noe som fører til ulikheter mellom langtidssyke barn som kommer fra familier med ulik økonomisk kapital. En kan dermed si at foreldrene kjøper sitt syke barn sosial og kulturell kapital, ettersom roboten til en viss grad muliggjør disse kapitaltypene. Roboten gjør at barnet kan opprettholde deler av sitt sosiale liv, i form av at barnet kan kommunisere gjennom roboten på skolen eller i andre sosiale settinger. På den måten får barnet med seg det som skjer, og kan beholde sin posisjon i det sosiale nettverk. I

form av at kulturell kapital muliggjør roboten at barnet til en viss grad får fulgt med i undervisningen, dermed blir ikke opplæringen i større grad hindret. Den kulturelle kapitalen kommer spesielt ved uttrykk i form av utdanning. Tidligere forskning har vist at utdanning har en sterk innflytelse på helse, men denne innflytelsen kan også gå motsatt vei. Altså kan helse og sykdom påvirke barnets muligheter til utdanning.

Ut ifra datamaterialet er det tilsynelatende en enighet om at robot i skolen, som et hjelpemiddel for langtidssyke barn, er positivt for barnets sosiale liv og opplæring. Det kommer ikke fram negative sider ved bruk av robot, eller hindringer som har oppstått ved bruk av robot, i dette datamaterialet. I bakgrunn av teori kan en derimot se negative sider for de som ikke får tilgang til en robot.

5.4 Den rurale og urbane pasienten

Den rurale og urbane pasienten er kategorier som baserer seg på tematikk funnet i datamaterialet. Fokuset på geografisk plassering er også å finne innenfor tidligere forskning på digitale skiller. Geografi er en av de elementene som gjentakende tas opp når det gjelder digitale forskjeller. Det er likevel ikke så svart/hvitt som kategoriseringen impliserer. De digitale skillene er mellom innbyggerne på bygda, ut ifra hvor de er lokalisert. Samtidig blir det et skille mellom de i bygda og de i byen. Byen er ei heller et homogent område med like ressurser, og består også av en rekke indre variasjoner.

5.4.1 Bygdas digitale infrastruktur

I sluttrapportene for medisinsk avstandsoppfølging er et av kriteriene digital dekning. Underveis i utprøvingen av avstandsoppfølging var det opplevd dårlig internettdekning. Dette skjedde spesielt når pasienten forflyttet seg fra sitt bosted med god dekning til et annet sted med dårlig dekning, eksempelvis på hytta. Norge er et langstrakt land med store avstander. Det har dermed ikke blitt installert fibernett, som ansees som den mest stabile type internett, slik at alle i Norge har tilgang.

«(...) Dette gjelder også i distriktene. Den digitale infrastrukturen er like viktig som vei, vann og kloakk for landets innbyggere. Å frarøve mennesker muligheten til å kunne utnytte digitale løsninger, er starten på det vi kaller det digitale klassesillet, sier Munkeby.» (Når nettet ikke er bra nok).

Sitatet utpeker digital infrastruktur som noe helt sentralt i dagen samfunn, og Munkeby uttrykker at dette kan føre til starten av et digitalt klasseskille. Internett er ikke lenger bare internett, eller ingen internett. Det er forskjeller på kvalitet, og dermed hvilke løsninger den digitale infrastrukturen kan muliggjøre.

Samfunnets digitale infrastruktur må tilsynelatende endres for at alle skal få tilgang til de samme godene innenfor helsevesenet. Dette er noe som myndighetene har tatt ansvaret for og skal gjøre noe med, ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St 7 (2019-2020)).

Konsekvensen av dette er at det skal innføres et eget «helsenett». Målet er å lage en nasjonal digital infrastruktur, som er robust, med god kapasitet og oppetid. Det kan tolkes dithen at myndighetene har anerkjent at internett-kvalitet gir grobunn for forskjeller innenfor digital

helse. Hvis et slikt helsenett innføres kan det innebære at alle pasienter, delvis uavhengig av bosted, får rett på medisinsk avstandsoppfølging.

5.4.2 Bygdas digitale innbyggere

«Vi er urolige for at vi får både økende geografiske- og sosiale helseforskjeller.» (Frykter dårligere eldreomsorg).

Den digitale infrastrukturen på bygda, eller mangelen på digital infrastruktur, former og påvirker bygdas digitale innbyggere. Innenfor helsesystemet blir det en rekke muligheter innbyggerne på bygda går glipp av hvis de ikke har godt nok internett.

Ulike digitale muligheter og forskjeller i digitale ressurser skaper en skilnad mellom innbyggerne på bygda, samtidig som det blir et skille mellom innbyggere i by og bygd. Det blir et skille mellom de som har tilgang til godt nett, og de som ikke har det. Det kan være ulike grunner til at man har bedre tilgang på nett, og en av årsakene kan være at man har bedre økonomi og dermed muligheten til å betale for bedre nett. Vi vet at forskjeller i inntekt, utdanning og levealder kan følge geografien (Ihle & Sudmann, 2014). Ulike bo-områder kan dermed vise store forskjeller i samlede ressurser (ibid.) Dette stemmer også overens med det Bourdieu (2018) sier, nemlig at det sosiale rom reflekteres i det fysiske rom.

«Og da snakker vi plutselig om et klassesamfunn igjen. Man sitter hjemme, nettet henger seg og barn og unge får ikke vært med på det samme som jevnaldrende andre steder, sier lokalpolitikeren.» (Dårlig nett skaper trøbbel).

Som sitatet viser kan dårlig nett føre til et digitalt klasseskille. Barn og unge med dårlig nettilgang risikerer å bli ekskludert fra det sosiale. Dårlig internett kan potensielt påvirke den sosiale kapitalen ungdommen besitter. Davidrajuh (2010) fant ut at den digitale ulikheten i Norge i hovedsak var knyttet til geografisk lokasjon. Ifølge Eimhjellen og Ljunggren (2017) omhandler disse ulikhetene bruk, og ikke tilgang. Werts (2013) påpeker at tilgang ikke er ensbetydende med kvalitet. I sitatet over kommer det fram at det er kvaliteten som er problemet og at kvaliteten hindrer bruken, som igjen skaper andre hindringer. Digital kapital kan være et resultat av sosial kapital, men det kan også være andre veien. Den digitale kapitalen kan i dagens samfunn være en forutsetning for sosial kapital. I kommuner, eller geografiske områder, der avstandene er store er det viktig å være online for å kommunisere

med sine jevnaldrende. Digital kapital blir en forutsetning for sosial kapital, og dermed også avgjørende for barn og unges posisjon i det sosiale felt.

Internett har aldri vært så viktig som under den, enda pågående, korona-pandemien. I flere måneder har store deler av landets befolkning jobbet hjemmefra, elever har hatt hjemmeskole og studenter har studert på hyblene sine. Godt internett har vært en viktig faktor for at skoler og arbeidsplasser har holdt seg gående, men også for at folk har kunnet opprettholde sitt sosiale liv utenom fysiske møteplasser.

«Han peker på at mange eldre som bor i disse fraflyttingskommunene, hvor det også er vanskeligere å rekruttere helsepersonell, har lavere inntekt og utdanning enn resten av landet.» (Frykter dårligere eldreomsorg).

Som sitatet viser byr fraflyttingskommunene på flere utfordringer. I de kommunene som i hovedsak har fraflyttere, og få tilflyttere, blir det en ubalanse i antall eldre. Det blir et flertall av eldre med behov for helseomsorg, samtidig som helsepersonell er eller kan bli mangelvare. Digitale løsninger kan potensielt være et svar på mangelen av helsepersonell, men internett-dekning er en utfordring i bygda. Samtidig har eldrebefolkningen i fraflyttingskommunene lavere inntekt og utdanning. Utdanning er den faktoren, ifølge tidligere forskning, som har størst innvirkning på både helse generelt og bruk av teknologiske hjelpemiddel for å forbedre helsesituasjonen.

Ut ifra datamaterialet mangler bygda ressurser og muligheten til utvikling inn i den digitale hverdagen. Mangelen på digitale ressurser kan gjøre at distrikts-Norge blir et mindre attraktivt sted å bosette seg. Flere kommuner sliter med å holde på beboerne sine i konkurranse mot byen. Ungdommen forlater kommunen for å utdanne seg, men få kommer tilbake igjen.

Økt fraflytting fra bygdene har ført til mangel på helsepersonell, samtidig er det ofte lange reiseveier til større byer der behandling kan foregå. På grunn av dette skulle avstandsoppfølging særskilt være et bidrag til befolkningen i distrikts-Norge. Derfor er det interessant at det er nettopp på bygda, der det trengs sårest, at det også er vanskeligst å implementere avstandsoppfølging.

Pasienter som oppfyller alle kriteriene utenom godt digitalt nettverk kan bli ekskludert. De kan også bli ekskludert på basis av at de bor i «feil» kommune. For at pasienter i en kommune skal kunne få medisinsk avstandsoppfølging er de avhengige av at kommunen har inngått avtaler med telemedisinsk sentral, eller andre aktører.

5.4.3 Byens diversitet og variasjon

I sluttrapporten til Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015) blir det redegjort for demografiske kjennetegn på fire ulike bydeler i Oslo. Gamle Oslo består av en stor andel innbyggere med lav inntekt, lav utdanning og med innvandrerbakgrunn. I bydelen foregår det mye flytting – både inn i bydelen og rundt i bydelen. Det samme gjelder St.Hanshaugen, bare at andelen med lav utdanning er lavere og antall i arbeid er høyere enn snittet for Oslo. St.Hanshaugen er også preget av unge voksne (25-34 år). Grünerløkka er også preget av en høy andel unge voksne og med voksende innbyggertall. På Grünerløkka er andelen med nedsatt funksjonsevne mindre enn resten av Oslo. Sagene har også en høy andel yngre voksne, samt en høyere andel med høyere utdannede enn i resten av Oslo. Disse demografiske forskjellene blir ikke videre diskutert, og det kommer ei heller fram hvordan de demografiske forskjellene påvirker gjennomføringen av prosjektet. Utfra denne sluttrapporten kan en tolke det dithen at «byen» ikke er en heterogen gruppe. Oslo er den eneste byen datamaterialet uttaler seg om, men det er ikke nødvendigvis slik at det som kjennetegner Oslo er det samme som kjennetegner andre byer. Mye tyder på at Oslo skiller seg ut fra andre byer i Norge, noe en kan se på blant annet lavere gjennomsnittlig levealder.

Som en kan se i avsnittet over det ulike karakteristikkene ved innbyggere i Oslos ulike bydeler. De fleste har visse assosiasjoner til hvilken type folk som bor i Oslos ulike områder. Den Norske underholdningsbransjen stereotyperer stadig Oslos innbyggere, og den forskjellen som er mellom Vestkanten og Østkanten. I Frankrike gikk skillelinja ved elva Seine (Bourdieu, 1995), imens i Oslo går skillelinja ved Akerselva. På samme måte som i Frankrike blir denne distinksjonen også beskrevet og videreført i kunst (Bourdieu, 2018), som en kan se bevis på i verk som *Tante Ulrikkes Vei* (2018). En vet at det statistisk er forskjell mellom innbyggerne i Oslo Vest og Øst, når det gjelder levealder, utdanningsnivå og inntekt. Det er også funnet helsemessige forskjeller mellom innbyggerne i Vest og Øst. Det er ingen steder i Norge det er like tydelige og store forskjeller som i Oslo (Ljunggren, 2017), noe som også gjelder helseforskjeller (Elstad, 2017).

Mye tyder på at helseforskjellene er grunnet sosioøkonomiske forhold (Elstad, 2017), og at Bourdieu (2018, s. 111) har rett når han sier at *habitus makes the habitat*. Ljunggren, Toft og Flemmen (2017) har gjennomført en klasseanalyse av Oslo der de har sett nærmere på fordelingen av goder og byrder. Det kommer fram at de med høyest utdanning og høyest

inntekt også bor i de bydelene med flest goder. I den grad en kan kalle Norge for et
klassesamfunn kommer dette tydeligst fram i Oslo (Ljunggren, Toft, & Flemmen, 2017).
Ettersom avstandsoppfølging er en relativ ny behandlingsmåte er det vanskelig å si om det er
en gode som blir ulikt fordelt mellom Oslos geografiske klasser. Ifølge Link og Phelan (2005)
vil mer teknologi føre til større forskjeller innenfor helse.

En annen årsaksforklaring til helseulikhetene i Oslo kan være fordi noen områder er mer
preget av innvandring enn andre. Når en måler sosial ulikhet i helse ut ifra levealder er det
derimot innvandrerne som lever lengst (med visse unntak) (Elstad, 2017). Selv om
innvandrere som oftest har god helse betyr ikke det at de ikke møter på utfordringer tilknyttet
det norske helsevesenet. Det kommer fram i datamaterialet at innvandrere møter på språklige
og kulturelle utfordringer. En problematikk de har til felles med den samiske befolkningen.

5.5 Den språklige minoritetspasienten

Ingen av brukerne som deltok i de ulike avstandsoppfølgingsprosjektene hadde en minoritetsbakgrunn, som det blir informert om. Betydningen av en minoritetsbakgrunn blir ei heller tatt opp i sluttrapportene til noen av prosjektene. Det er derimot et sentralt og gjentakende punkt i meldingene til Stortinget. Minoritetsgruppene som blir tatt opp er innvandrere og samer. I meldingen til Stortinget *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)) blir det ikke definert hvem som faller inn under kategorien innvandrere. Det blir heller ikke definert hvem som er samer. Denne kategorien baserer seg like mye på mangelen av empiriske funn som den baserer seg på funn, ettersom minoriteter ikke nevnes i prosjektene og at det var vanskelig å finne avisartikler om minoriteter og helse. Fokuset i meldingen til Stortinget ligger i hovedsak på språk og kultur, dermed ble denne kategorien *den språklige minoritetspasienten*. Pasientene som faller innenfor denne kategorien er samer og innvandrere som har språklige utfordringer i sitt møte med helsevesenet. Forståelsen av språk er her i bred forstand, og inkluderer også ikke-verbal kommunikasjon.

Med tanke på fokuset på helse i media er det oppsiktsvekkende at det ikke var mulig å finne nyere avisartikler om samers helse enn 2016 i Atekst. Det var også vanskelig å finne avisartikler som omhandlet innvandrere og helse, og det er ingen avisartikler i datamaterialet som omhandler dette. I løpet av koronapandemien har det derimot vært økt oppmerksomhet i media på innvandreres helse, og behovet for informasjon på flere språk.

I 2016 ble det gjort en undersøkelse i flere land som vakte oppmerksomhet i media. Det ble vist hvordan urfolk, og deriblant samer, hadde langt dårligere helse enn befolkning forøvrig. «*I Norge er levealderen i snitt ett og et halvt år lavere for samer sammenlignet med befolkningen. (...) Samer har kortere utdanning enn andre innbyggere i landet sitt, som nesten alle urfolk i studien.*» (Urfolk har dårligere helse enn andre).

I undersøkelsen ble sosial ulikhet målt i levealder, og de fant at årsaken til denne forskjellen var utdanning. Som sitatet viser har samer kortere utdanning enn befolkningen for øvrig, noe som gikk igjen hos alle urfolk. Dette stemmer overens med forklaringen Mackenbach (2017) gir når det gjelder ulikhet av dødsrater i Norge. Nemlig at forskjellene øker når flere tar høyere utdanning, ettersom de med lavere utdanning blir mer marginalisert. En kan peke ut utdanning som en grunnleggende årsaksfaktor i vår tid. Samtidig er utdanning en viktig kulturell kapital som gir ringvirkninger i samfunnets ulike felt, deriblant helsesystemet.

«I den samiske befolkningen opplever mange at de ikke møter en omsorgstjeneste som er tilpasset deres språk og kultur.» (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Det kommer fram i meldingene til Stortinget at innvandrere og samer møter samme problematikk i det norske helsevesenet. Her understrekes særskilt språk og kultur som sentrale problemområder. I en studie av eldre sørsamers erfaring med alderdommen, hadde ingen av deltakerne problemer med å kommunisere med helsepersonellet (Ness og Hellzen, 2011). En tidligere undersøkelse av Nystad, Melhus og Lund (2006; 2008; Blix, 2016) viste at samisktalende pasienter var mer misfornøyde med den kommunale legetjenesten enn de norsktalende, deriblant legens språkbeherskelse. I en annen undersøkelse gjort av Sørli og Nergård (2005) kommer det fram at det ikke bare er språket som de samiske pasientene er utilfreds med, men også flere andre aspekter ved helsevesenet.

«(...) Dette kan også innebære språklig tilrettelegging, slik at brukere som ikke behersker norsk kan ta tjenestetilbudet i bruk.» (Meld. St. 29 (2012-2013)).

I meldingen til Stortinget *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)) blir det, som nevnt tidligere, vektlagt individuell tilrettelegging uavhengig av årsaken for tilrettelegging. Sitatet over vektlegger hvordan språklig tilrettelegging kan være en løsning for brukere som ikke behersker norsk. Hos innvandrere som ikke enda behersker språket kan helserelevant informasjon bli uforståelig. Dette kan skape barrierer for å komme i kontakt med helsevesenet. Særskilt hvis aktørene ikke er kjent med hvordan helsesystemet er oppbygd eller hva de har rett på innenfor det norske helsesystemet (Zanchetta & Poureslami, 2006). Under kategorien *den «rette» pasienten* blir det vist hvordan det norske helsesystem vektlegger brukermedvirkning for å ivareta pasienters rettigheter. Brukermedvirkning kan derimot være komplisert når en møter på språklige barrierer.

Språklige og kulturelle barrierer kan potensielt bli enklere ved hjelp av teknologiske helseverktøy, hvis de benyttes på en fruktbar måte. Et mål i helsevesenet framover er å ta tak i de språklige problemene. Blant annet skal man innføre bruk av tolk via skjerm. Tolk uten skjerm er noe som tilbys samisktalende pasienter i dag, men ifølge SAMINOR-undersøkelsen fra 2002-2004 var mesteparten av samene inkludert misfornøyde med dette tilbudet (Nystad, Melhus, & Lund, 2006; 2008). Flere mente at legen ikke var flink nok til å tilby bruk av tolk, imens en tredjedel ikke likte å bruke tolk. Dataen fra undersøkelsen er nærmere 16 år gammel, og en kan anta at situasjonen har endret seg på disse årene. Likevel fører det til et

viktig spørsmål: Lages det nye løsninger på samenes prinsipper?

«Mange av oss tar alt legen forteller oss som en absolutt sannhet, og dette er kanskje særlig sant blant samene. Når det kommer til helsetilbudet til den samiske befolkningen, handler det ikke om likestilling, men om likeverd.» Kvinne (85), (Meld. St. 7(2019-2020)).

Det kommer fram i *Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) at en del samer har et annerledes syn på helsesystemet, og et annet forhold til legen, enn majoriteten i dagens samfunn. Som sitatet viser kan særlig samene ta legens ord som en absolutt sannhet. Andre enn samene kan også ta legens ord som absolutt sannhet, men ut ifra sluttrapportene og stortingsmeldingene er det mange som diskuterer helseproblemer med legen. Å stille krav til legen er særskilt noe som kommer til å øke med framtidens eldre, som en kan se i delkapitlet om *den krevende forbrukerpasienten*. Spørsmålet er om kategorien *den krevende forbrukerpasienten* også vil favne den samisk språklige minoritetspasienten.

Sitatet over uttrykker også at det ikke handler om likestilling, men om likeverd. Samiske pasienter ønsker ikke nødvendigvis at de skal bli likestilt med norske pasienter, men at de skal føle likeverd i sitt møte med helsevesenet. I undersøkelser og avhandlinger gjort om samiske pasienters møte med helsepersonell har helsepersonell fortalt at de ønsker å behandle alle pasienter likt, uavhengig av bakgrunn (Bongo, 2012; Hedlund & Moe, 2010). Problemet er at den historiske diskrimineringen samer har gått gjennom har påvirket deres relasjon til helsevesenet, som har ført til en skepsis mot det norske helsevesenet. Når helsepersonell ikke har innsikt eller forståelse for den særbehandlingen samer har behov for og heller ikke forstår samiske kommunikasjonsformer, kan dette føre til utilsiktet diskriminering.

Fastleger med innvandrerbakgrunn kan være en ressurs i helsevesenet, ettersom de kan vise en forståelse for opplevelsen innvandrere har som pasienter (Diaz, Raza, Sandvik, & Hjørleifsson, 2013). De er også gode på å vise kulturell kompetanse overfor sine pasienter. Fastleger med innvandrerbakgrunn har flere pasienter med innvandrerbakgrunn, gjerne med ulike hjemland (Diaz et.al, 2013). Dette kan bekrefte viktigheten av kulturell forståelse og respekt i møte mellom fastlege og pasient. En erfaring som burde tas med i gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging for pasienter med innvandrerbakgrunn.

Språklig tilrettelegging og god kommunikasjon med legen kan bli enda viktigere framover for å minske forskjeller mellom språklige minoritetspasienter og befolkningen for øvrig.

Tidligere i oppgaven har det blitt redegjort for helsevesenets vektlegging av brukermedvirkning. Det blir ikke mindre brukermedvirkning i framtidens helsesystem, derimot mer. Blant annet skal samvalg gjøres til normalen ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)). Samvalg innebærer at pasienten drøfter og medvirker i valg av undersøkelses- og behandlingsmetode sammen med helsepersonell. Ifølge meldingen til Stortinget forutsetter dette at pasienten får god informasjon om egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko. Men hvordan blir dette for de språklige minoritetspasientene, der språk og kommunikasjon i utgangspunktet er en utfordring?

Brukermedvirkning blir som nevnt over et sentralt aspekt i helsevesenets nye digitale hverdag, samt at det står sentralt i medisinsk avstandsoppfølging. I medisinsk avstandsoppfølging, slik som det kommer fram i datamaterialet, er kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell viktig. Språk er et viktig nøkkelement for at pasient og lege skal forstå hverandre, og dermed viktig for kommunikasjonen. Samtidig innebærer kommunikasjon mer enn kun språk.

Kommunikasjon innebærer også kroppsspråk. Kroppsspråk er lært atferd som formes ut ifra kulturen vi lever i. En kan si at vårt kroppsspråk er en del av vår habitus. Mange av oss tar for gitt måten vi kommuniserer med kroppen, og tar ikke hensyn til de kulturelle variasjonene (Gerhardsen, 2010). Dette er noe som kan komplisere kommunikasjonen mellom minoritetspasienter og legen, og det kan oppstå misforståelser fordi en ikke tar hensyn til ulikhetene. Samtidig kan det tenkes at slike misforståelser kan oppstå også innad en kultur. Dessuten kan det være større forskjeller mellom en samisk innbygger oppvokst i Oslo og en reindriftssame i Finnmark, enn det er mellom en nordmann i Finnmark og reindriftssame. Plassering geografisk kan også påvirke aktørenes kulturelle bakgrunn.

Språk er også en del av våres kulturelle kapital, og kan anses som en viktig ressurs i det sosiale rom. Ved å beherske det dominerende språket i det sosiale rom besitter en også en ressurs som kan føre til goder, samt at det kan produsere flere ressurser, som for eksempel utdanning. Språk som kulturell kapital kan i møte med helsevesenet gjøre at en forstår informasjonen som blir gitt, samtidig som en kan gjøre sine ønsker forstått. Dette kan også føre til bedre helse, ettersom en enklere kan nyttiggjøre seg av helseinformasjonen.

Selv om en behersker språket godt kan det oppstå misforståelser. Språk er på mange måter kulturelt forankret, og dermed formet av den kulturen en vokser opp i. Hva en sier kan bety

ulike ting. Samme utsagn kan ha helt ulikt innhold hos ulike personer med ulik bakgrunn. Eksempelvis har noen samer tendens til å underkommunisere og hinte fram hva de ønsker (Gerhardsen, 2010; Bongo, 2012). For noen som ikke forstår denne delen av samisk kultur kan dette bli vanskelig å forstå hva de egentlig vil fram til. Dermed kan det oppstå feiltolkninger og misforståelser.

Ved bruk av digital kommunikasjon kan det blir vanskeligere å oppfatte kroppsspråk, ettersom en ikke kan få alt med seg over en skjerm. I situasjoner der pasienten skal rapportere helsen sin skriftlig kan det være et problem hvis helsepersonalet ikke er klar over de kulturelle forskjellene i kommunikasjonen. Dette er problemer som også kan oppstå utenom de digitale løsningene. Hvis ikke helsepersonalet er klar over misforståelsene som kan oppstå har det lite å si om pasienten er over skjerm eller fysisk tilstede. Slike misforståelser kan skje uavhengig av om pasienten er innvandrer, samisk eller etnisk norsk.

For innvandrere tar det gjerne tid før de behersker det norske språk. Samtidig er de gjerne fra en kultur som kan være svært ulik vår egen. Dette innebærer også møtet med helt annet helsesystem enn i deres hjemland, som gjør dem ukjente med det norske helsesystem og fastlegeordningen (Goth, 2017). Noe som kan bety at de ikke kjenner til ulike behandlingsmuligheter som medisinsk avstandsoppfølging. Ifølge Goth (2017) er det språkferdigheter og kunnskap om helsesystemet som påvirker innvandrernes atferd i primærhelsetjenesten. Språk- og kommunikasjonsproblemer gjør det vanskelig for dem å orientere seg i det norske helsevesenet, men også å kommunisere sine plager til helsepersonell.

Innvandrere benytter seg av primærhelsetjenesten på en annen måte en etniske nordmenn. En av årsakene til dette kan være mangelen på tilgang, imens en annen kan være at innvandrere har bedre helse (Diaz, Calderon-Larranaga, Prados-Torres, Poblador-Plou, & Gimeno-Felue, 2015). Hvordan innvandrere kommer til å håndtere digitale løsninger og/eller medisinsk avstandsoppfølging er vanskelig å si noe om. Det er gjort lite forskning på innvandrere og digitale helseløsninger i Norge. Mye tyder på at de står i fare for å bli ekskludert fra medisinsk avstandsoppfølging, på bakgrunn av språklige utfordringer.

Det kan være flere årsaker til at språklige minoritetspasienter ikke ble inkludert, eller at språk ikke ble problematisert i sluttrapportene. Pasientene som ble tilbudt avstandsoppfølging ble først meldt inn av fastlege eller annet helsepersonell. Prosjektet måtte bli «tipset» om de ulike

pasientene. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2020) går innvandrere litt mindre til legen enn befolkningen forøvrig. Her fant de derimot større forskjeller mellom innvanderland, enn mellom innvandrere og befolkningen for øvrig. Tidligere undersøkelser viser at det ikke er noen signifikante forskjeller i bruk av fastlege hos samer og befolkningen for ellers (Blix, 2016). Tilsynelatende er det en liten forskjell mellom minoritetspasienters bruk av fastlegen og befolkningen for øvrig, men statistikken skiller ikke mellom individuelle egenskaper hos minoritetspasientene, som for eksempel norskspråklig beherskelse.

Helsevesenet operer med et eget medisinsk språk. Måten samer snakker om sykdom på skiller seg fra det medisinske språket, og samer har egne begreper om ulike typer sykdom som ikke kan oversettes og som er vanskelige å beskrive (Bongo, 2012). Samtidig opererte de med en annen forståelse av de medisinske termene, der de opplevde de som «harde» og «kalde» begreper der legen ga de en sykdom. Språk og kultur henger tett sammen, og språk er mer enn kun ord. Som Foucault sier, så skaper vi vår virkelighet gjennom språket. Samtidig er vi skapt gjennom språket. Måten virkeligheten som pasient oppfattes er ulik mellom ulike kulturer, men også mellom ulike systemer, som helsesystemet, utdanningssystemet, familien også videre.

Som det ble påpekt i litteraturgjennomgangen fører også teknologien med seg et slags eget «språk» med et eget begrepsapparat. Ord som blir benyttet i en sammenheng blir gjerne benyttet på en ny måte innenfor teknologien. Dette språket kan være vanskelig å håndtere, også for norskspråklige. Å beherske det teknologiske språket faller innenfor den digitale kapital.

Det medisinske språket og termer kan være komplisert for flere enn landets minoriteter, ettersom det er et språk som ikke brukes i dagligtalen. Ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) har det vært et problem at flere ikke har forstått informasjonen de har fått fra sykehus, leger eller annet helsepersonell. Dette har gitt konsekvenser i behandlingen, blant annet ved at pasientene har møtt opp uforberedt til prosedyrer. Ettersom helsevesenets språk har vært komplisert for en del pasienter, ikke bare minoritetspasienter, tyder dette på språk- og kommunikasjonsproblem i helsevesenet. Et slikt språkproblem kan være hindrende i inkluderingen av pasienter fra 'lavere sjikt', og kan føre til økte forskjeller i helse. Hvis pasientene ikke forstår informasjonen de får fra helsevesenet når de oppsøker for eksempel fastlegen, kompliserer det muligheten til å endre helsen i en bedre retning. Det kan også fungere hindrende i å teste ut behandling i form av medisinsk

avstandsoppfølging. Hvis pasienten opplever at de ikke forstår legen kan det potensielt påvirke deres tillit til legen, samt deres motivasjon til å prøve ut nye behandlingsformer. Et tiltak som skal gjøres er å endre språket slik at det blir mer tilgjengelig. Helseinformasjonen skal altså gis i helt klar tale.

Meldingene til Stortinget viser hvordan staten er klar over problemene *språklige minoritetspasienter* opplever i sitt møte med helsevesenet, og det uttrykkes hvordan det skal utføres endringer slik at språklige barrierer skal minskes. Likevel blir minoriteter i mindre grad nevnt i den nyeste meldingen til Stortinget: *Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)). Samtidig skal det sies at det eksisterer egne meldinger til Stortinget som tar for seg tilrettelegging for minoriteter, i samfunnets ulike systemer. Det er også blitt avgjort at opplæring i kulturelle forskjeller skal inkluderes i utvalgte helsefaglige utdanninger.

5.6 De sårbare pasientene

De sårbare pasientene baserer seg i hovedsak på bestemte omtaler av pasienter i avisartiklene, men også på *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. (2019-2020)). Ordene «sårbare pasientgrupper» brukes i meldingen, og navnet på kategorien er dermed hentet derfra. På den ene siden skal pasienter ha ansvaret for egen helse, og kontroll over eget sykdomsforløp, men på den andre siden er de sårbare og må ivaretas. Denne distinksjonen mellom ulike pasienter er interessant, ettersom den sier noe om dualiteten i statens pasientsyn. Den sårbare pasienten står med første øyekast i motsetning til *den «rette» pasienten*, men en kan også se at sårbare pasienter kan være rette pasienter.

«Spesielt for sårbare pasientgrupper er det et mål å flytte det medisinske utstyret dit pasienten er og ikke omvendt» (Slik blir framtidens legesjekk)

Medisinsk avstandsoppfølging skal bidra til bedre oppfølging for de sårbare pasientgruppene. I avisartikkelen er det dog noe uklart hvem de sårbare pasientgruppene er, og hvordan de skal hjelpes bedre i eget hjem. Ifølge Werts (2013) har personer som tilhører de sårbare gruppene ofte lavt e-helse literacy-nivå. Det vil si at de ofte ikke har det literacy-nivået som kreves til å forstå helseinformasjon. I delkapitlet om *den «rette» pasienten* blir det vist til de kravene som stilles til kognitivt nivå og digital kompetanse hos pasientene. Sitatet over blir også nevnt i *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St. 7 (2019-2020)), med tilnærmet lik formulering. Her kommer det fram ulike beskrivelser av de sårbare pasientene. Her er det snakk om sårbare barn, unge og voksne med sammensatte behov. Innenfor denne gruppen er også barn og unge med psykiske helseplager. Skrøpelige eldre er også en del av den sårbare gruppen med pasienter.

Overnevnte sitat tydeliggjør at det er et mål å flytte det medisinske utstyret hjem til pasienten, altså er det et mål at sårbare pasienter skal få nyttiggjøre seg medisinsk avstandsoppfølging. Ut ifra definisjonen til Meld. St 7(2019-2020) ble ingen sårbare pasienter inkludert i prosjektene, med unntak av Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015). Sluttrapporten til VIS (2015) viser til et heterogent utvalg, med en sammensetning av pasienter med svært ulike diagnoser og varierende behov. Det var også inkludert flere pasienter med svært sammensatte diagnoser. Flesteparten av pasientene med sammensatte behov hadde i tillegg til fysisk sykdom, også en form for psykisk sykdom.

«Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå.» (Meld. St. 7 (2019-2020)).

Som sitatet uttrykker, er tjenester for sårbare pasientgrupper i utvikling. Her blir sårbare pasientgrupper definert som pasienter som har behov fra begge nivå. Begge nivå innebærer primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For de sårbare pasientgruppene må det tilpasses slik at de får helhetlig oppfølging, noe som krever samarbeid innad i helsetjenesten. Målet til helsevesenet er at de digitale tjenestene ikke bare skal gjøre det lettere å være pasient, men også lettere for helsevesenet å samarbeide på tvers av tjenester og gi pasientene et helhetlig tilbud.

Sårbare pasienter er pasienter med sammensatte behov og/eller psykiske helseplager, og skrøpelige eldre. Blant de skrøpelige eldre omhandler dette diagnoser som demens, eller at de eldre har en form for kognitiv svikt som gjør dem sårbare. *Den «rette» pasienten* innebærer et visst kognitivt nivå. De skrøpelige eldre kan potensielt bli ekskludert fra avstandsoppfølging på bakgrunn av dette. Avstandsoppfølging er ikke nødvendigvis for alle pasienter, men som nevnt tidligere er også et mål med avstandsoppfølging å frigjøre ressurser til de som trenger de mest. En god del av den eldre befolkningen har både helse og digitale ferdigheter til å benytte seg av avstandsoppfølging, hvis de rette hensyn er tatt.

«Den mest sårbare perioden av livet er når du er pasient» (Tid for digitale helserettigheter). Sitatet forteller hvordan perioden som pasient er den mest sårbare perioden i livet. Altså er det sårbart å være pasient, uavhengig av om en nødvendigvis «klassifiseres» som en sårbar pasient. Pasientopplevelsen kan derimot være ulik for mange. Opplevelsen av å være pasient kan formes av mange ulike faktorer, som for eksempel sosialt nettverk, fagpersoner, diagnose eller bosted. Pasientens kapital kan påvirke opplevelsen som pasient. Eksempelvis har forekomst og dødelighet knyttet til kols en sammenheng med økonomisk status, inntekt og fattigdom, ettersom sykdommen kan knyttes til røyking, yrkesmessig risiko eller miljømessig forurensing (Thygesen og Moser, 2019). Ifølge Thygesen og Moser (2019) viser forskning på livskvaliteten til kols-pasienter at de kan oppleve sosial isolasjon, depresjon, angst samt en redsel for å dø. Dette viser at psykiske plager kan komme som en konsekvens av det å være pasient med alvorlig sykdom.

En årsak til at de mest sårbare pasientene ikke er inkludert i forskningsprosjektene kan være at konsekvensene er større hvis teknologien ikke fungerer. Avstandsoppfølging er kun i en testfase, der en kartlegger de ulike mulighetene og begrensingene til prosjektet. Ut ifra

sluttrapportene er verken teknologien eller oppfølgingen ferdig utarbeidet. Tilsynelatende er det derfor valgt ut pasienter som ikke bare skal takle medisinsk avstandsoppfølging, men også takle det å delta i et prosjekt. Et prosjekt innebærer dessuten mer enn kun en «vanlig» medisinsk behandling, som for eksempel tett oppfølging av ulike forskere. Når pasientene er sårbare kan det gi større konsekvenser hvis teknologien ikke fungerer slik som den skal.

Sårbare pasienter ble derimot inkludert i prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015), i tillegg til ikke sårbare pasienter. Pasientene i VIS-prosjektet hadde ulike diagnoser og ulike livssituasjoner. I sluttrapporten uttrykkes det at det ikke var noen kvalitative forskjeller omkring opplevelsen av å bruke avstandsoppfølging. Når teknologien fungerte følte pasientene trygghet og mestring. Hvis teknologien ikke fungerte opplevde pasientene angst, uro og vegring med å bruke teknologien videre.

Den sårbare pasienten kan også bli *den «rette» pasienten*, som er målet til helsevesenet, selv om kategorien *den «rette» pasienten* tilsynelatende kun inkluderer den ansvarsbevisste bruker som behersker teknologi. Når avstandsoppfølging blir videre utprøvd, og en får bukt med de utfordringene en har oppdaget i prosjektfasen, kan potensielt flere typer pasienter inkluderes. Hva som vil skje er empiriske spørsmål, men en kan tenke seg til at kategorien *den «rette» pasienten* vil slutte å eksistere.

Ordet sårbarhet blir også benyttet i *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St. 7 (2019-2020)) til å beskrive den digitale infrastrukturen. For den digitale infrastrukturen krever oppetid 24/7, ettersom konsekvensene av digital problematikk kan være fatal. I sluttrapporten til Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015) blir det vist at pasientene følte på angst og utrygghet når teknologien ikke fungerte. Som nevnt tidligere inkluderte VIS pasienter som kan klassifiseres som sårbare pasienter.

5.7 Sammendrag

I dette kapitlet har jeg presentert empirien, og samtidig gjennomført en analyse av empirien. I analysen har det blitt dannet seks kategorier. *Den «rette» pasienten* innebærer de pasientene som oppfyller alle kriteriene til prosjektene. Altså er det de pasientene med korrekt diagnose, som bor på rett sted, har gode kognitive ferdigheter og høyt nivå av digital kapital. Med utgangspunktet i de teoretiske perspektiver kan en si at de utvalgte pasientene har nærliggende habituser og et relativt høyt kapitalnivå. Unntaket er de pasientene som er inkludert i prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015).

Den krevende forbrukerpasient er framtidens pasient. Det er morgendagens eldre, samt den pasientgruppen som vil bestå av dagens ungdom. Hovedfunnet er at framtidens eldre mest sannsynlig vil takle digitale helseverktøy bedre enn dagens eldre, ettersom de har mer ressurser. Mange av framtidens eldre har også høyere utdanning og jobber der de har måtte benytte seg av digitale løsninger. Samtidig er ikke dette gitt ettersom teknologien er i stadig forandring. Ungdom kan også takle digitale verktøy bedre, men mye tyder også på at vi overvurderer ungdommens digitale ferdigheter.

Den sosiale pasienten skildret hvordan teknologi kan bidra til at pasienter får opprettholdt sitt sosiale nettverk. Samfunnet bekymrer seg for at eldre pasienter skal oppleve ensomhet, noe som også gjelder for langtidssyke barn. Det kom fram i datamaterialet at digitale verktøy har hjulpet. Samtidig kom det fram en distinksjon mellom det å være ensom og å være alene. Noen pasienter foretrekker å være alene.

Kategorien *Den rurale og urbane pasienten* tok for seg de geografiske forskjellene, både mellom bygd og by, men også innad på bygdene og i byene. Skilnadene var synlige når det gjaldt kvaliteten på tilgangen, noe som hindret visse pasienter deltakelse i prosjektene. Det kom også fram helseforskjeller innad i Oslo, som kan påvirke bruken av digitale helsetjenester.

Den språklige minoritetspasienten tar for seg språkets betydning. Funnene gjelder i hovedsak for samer og innvandrere, men språk kan også være en hindring for nordmenn ettersom det medisinske og teknologiske språk skiller seg fra vårt dagligdagse språk.

De sårbare pasientene er pasientene med sammensatte diagnoser, sårbare eldre med kognitive svikt og de med alvorlige psykiske lidelser. Målet er at de skal få benytte seg av medisinsk avstandsoppfølging, slik at de kan behandles hjemme. Utfordringen er at de teknologiske

løsningene må være såpass stabile at det er liten sjanse for svikt, da det kan ha alvorlige konsekvenser for denne pasientgruppen.

6 Diskurser og diskusjon

I dette kapitlet skal analysen tas opp på et mer overordnet nivå. Først presenteres det en analyse av diskursene, og en diskusjon omkring dem. Etterfulgt av en problematisering og diskusjon av kategorien *den «rette» pasienten*, og om det må være likt for alle for å minske ulikheter. Deretter vil ulikhetens konsekvenser for gjennomføringen av avstandsoppfølging diskuteres, samt medisinsk avstandsoppfølging sine konsekvenser for sosial ulikhet innenfor helse. Her vil det også diskuteres eventuelle løsninger basert på funn i oppgaven.

Avslutningsvis vil teoriens begrensinger og muligheter diskuteres, med vektlegging av mangelen på en sosiologisk teori som kan forklare digitalisering i sammenheng med sosial ulikhet i helse.

6.1 De dominerende diskurser i det offentlige rom

I analysen har det blitt påpekt sentrale og dominerende diskurser som har blitt identifisert i datamaterialet. I denne delen av drøftingene skal analysen løftes til et mer overordnet nivå, og jeg skal gå nærmere inn på diskursene og deres betydning. Diskursene som er blitt identifisert er medienes diskurs, politikkenes diskurs og forskningsdiskursen. De tre diskursene overlapper hverandre, men er også i konflikt med hverandre. Datamaterialet har lagt føringer for hvilke diskurser som kunne bli identifisert, for eksempel hadde ikke politikkenes diskurs kunne blitt identifisert uten stortingsmeldingene. Det var siden starten et mål at datamaterialet skulle representere ulike stemmer. Under det analytiske arbeid ble det identifisert at materialet også representerte forskjellige diskurser.

Det kom fram i datamaterialet at de tre ulike diskursene påvirker hverandre, men i liten grad er i konkurranse med hverandre. Ifølge Foucault (1999) er det konkurranse om den dominerende diskurs, for den dominerende diskurs avgjør hva som er sannheten og virkeligheten. De identifiserte diskursene i datamaterialet er enige om at velferdsteknologi er fremtiden og løsningen på helsevesenets problemer. Diskursene skildrer også ulike pasienttyper, som har bidratt til dannelsen av kategoriene i analysen. En kan også si at enigheten mellom diskursene fører til en gjensidig forsterkning.

Den politiske diskurs er svært positiv til medisinsk avstandsoppfølging, men også digitalisering generelt i samfunnet. I meldingene til Stortinget blir det benyttet et positivt språk som beskriver teknologiens fordeler, når den brukes riktig og optimalt.

Avstandsoppfølgingen, eller teknologien generelt, blir ikke sett på med et kritisk blikk, og problemer ble ikke diskutert uten at det samtidig ble vist til konkrete løsninger. Det er også et positivt syn på framtidens generasjoner, og hvilke kvaliteter de har.

I den grad avstandsoppfølging, og velferdsteknologi mer generelt, kritiseres, så er det med et underdramatisk språk. Effekten av at de erkjenner problemene på den måten er at de bagatelliseres. De språklige virkemidlene skaper en virkelighet der avstandsoppfølging og velferdsteknologi er framtiden. På den måten skapes samtidig framtiden. En framtid der en satser på teknologien, som en konsekvens av hvordan det omtales i nåtiden.

Foucault (1999) påpeker sammenhengen mellom makt og kunnskap, og hvordan de som avgjør hvilken diskurs som dominerer også besitter makten til å definere vår virkelighet. Meldingene til Stortinget er dokumenter som besitter mest makt av de utvalgte dokumentene. Årsaken til dette er at meldingene til Stortinget speiler hva de politiske aktørene mener om avstandsoppfølging. Når regjeringen synliggjør sine meninger om samfunnet i et tekstformat vil det ha visse ringvirkninger. En melding til Stortinget er et dokument som andre politiske aktører leser, på ulike nivå på forskjellige geografiske plasseringer. En melding til Stortinget når dermed ut til mange aktører, og i hovedsak politiske aktører. Meldingene til Stortinget i dette datamaterialet er vedtatte dokumenter. De vil derfor kunne avgjøre hvordan vi skal forholde oss til teknologien i nåtid og framtid. De er makt i papirform.

Meldingene til Stortinget er meldt inn av to ulike regjeringer, Stoltenberg og Solberg. På tross av dette er meldingene svært like. Meld. St. 29 (2012-2013) er derimot eldre, og viser preg av at velferdsteknologi var i startfasen. Meld. St. 7 (2019-2020) viderefører tankene og planene i Meld. St. 29(2012-2013) når det gjelder velferdsteknologi. I Meld. St (2019-2020) finner en også igjen de erfaringene som er gjort i utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging. Ideene omkring teknologien, og hva en kan oppnå med den, er det tilsynelatende enighet om.

Forskningsdiskursen har også en positiv tilnærming til medisinsk avstandsoppfølging, men her blir det også tatt opp vanskeligheter og komplikasjoner. Samtidig blir det tatt opp forslag på løsninger av problemene. Samtalen omhandler ikke om avstandsoppfølging er noe vi burde satse på eller ikke, men heller om hvordan vi skal løse det på mest mulig måte. Avgjørelsen om avstandsoppfølging er allerede tatt i det politiske system.

Medienes diskurs har vist varierende synspunkter på medisinsk avstandsoppfølging, og er den diskursen som har tilbudt andre synspunkter. Mediene representerer en rekke ulike stemmer i

samfunnet, noe som også var et mål ved å velge ulike typer avisartikler. På den ene siden skaper mediene et positivt bilde av teknologien, der formuleringene og språket viser til hvor muliggjørende teknologi kan være. På den andre siden kommer kritiske synpunkter fram, der personer problematiserer ulike sider ved velferdsteknologi.

Spesielt i avisartiklene om roboter i klasserommet var synspunktene svært positive. Roboten ble presentert som et frigjørende middel som skal bidra til at langtidssyke barn får delta i klassens undervisning og sosiale liv. I det tilfellet var det reportasjer som viste hvordan robot i klasserommet fungerte, samt intervju med familien og ansatte ved skolen. Problematikker som muligens har oppstått før implementeringen, eller underveis i gjennomføringen, blir ikke diskutert. Det hele blir fremvist som en solskinnshistorie, der roboten blir den «reddende engel».

Medisinsk avstandsoppfølging blir også kritisert i mediene, på ulike måter. Først og fremst blir det kritisert for at ikke alle pasienter får muligheten til å delta. Dermed er det ikke medisinsk avstandsoppfølging i seg selv som blir problematisert, men heller at det er en rekke pasienter som blir ekskludert fra prosjektene. Medisinsk avstandsoppfølging blir beskrevet som en god løsning som pasienter ønsker å være en del av, og som de skal tilbys. Medisinsk avstandsoppfølging blir også kritisert for å ikke ha noen effekt. Denne kritikken kommer fra aviser av et mer faglig slag, der en kan anta at forfatteren av artikkelen innehar mer faglig kompetanse.

Medias diskurs stillers seg også kritisk til andre aspekt ved medisinsk avstandsoppfølging. Noen av disse aspektene har ikke hatt tematisk sammenheng med sosial ulikhet, eller har vært spor som ikke har blitt fulgt opp. Dette er kritiske perspektiver som viser motstand mot private aktører som tjener penger på velferdsteknologi, bekymringer omkring personvern og tvil til at velferdsteknologi alene skal kunne løse helsevesenets utfordringer.

Alle diskursene setter pasienten i sentrum. Det er derimot forskjeller på diskursenes syn på pasienten. Forskerens diskurs mener, i denne fasen av utprøvingen, at pasienten skal oppfylle visse kriterier for å delta i medisinsk avstandsoppfølging. Medias diskurs sier seg enig i dette, men mener samtidig at flere kommuner må delta slik at flere pasienter får avstandsoppfølging. Det blir også «klagd» over manglende stabil internettdækning. Hovedsynet er at flere pasienter burde få muligheten å teste ut medisinsk avstandsoppfølging (med unntak av en artikkel som mener at avstandsoppfølging ikke har noen effekt). Politikken diskurs har et mål om at alle

skal få tilgang på velferdsteknologi, og de har utarbeider planer om hvordan dette skal gjøres basert på forskning. Pasienter må få mer ansvar for egen helse for å frigjøre ressurser i helsevesenet, og en er avhengig av teknologiske hjelpemidler for å gjennomføre det.

I arbeidet med analysen har det blitt tydeligere at det er en diskurs som blir underrepresentert i datamaterialet, og det er pasientenes diskurs. På hvilken måte oppfattes sosial ulikhet og avstandsoppfølging fra pasientenes synspunkt? En annen underrepresentert stemme er helsepersonalets. I sluttrapportene siteres det pasienter og helsepersonell, og noen av de sitatene har blitt benyttet i denne oppgaven. Jeg vil likevel hevde at det i hovedsak er forskerens diskurs som blir representert. Avisartiklene er i hovedsak skrevet av personer som ikke er pasienter.

6.2 Problematisering av den «rette» pasienten – hvem er ekskludert fra kategorien?

Den «rette» pasienten er den gruppen med pasienter som oppfyller alle kriterier for å inkluderes i gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging. Kriteriene er kort fortalt følgende: Wi-Fi/4G, kognitivt oppegående, riktig diagnose, bo i kommunen og kan benytte seg av digitale verktøy. Her er det særskilt to kriterier som har vært tatt opp og vektlagt under analysen, nemlig Wi-Fi/4G og bruk av digitale verktøy. Begge kriteriene kan være problematiske i henhold til sosial ulikhet.

Det digitale gapet omhandler nå bruk i større grad enn tilgang. Mesteparten av Norges innbyggere har i dag tilgang til en form for nettverk. I henhold til datamaterialet gjelder det digitale gapet også kvaliteten på digitale tjenester. I avisartiklene kommer det fram at flere opplever nettverk som svikter, og det uttrykkes direkte at dette kan skape sosiale ulikheter. Spesielt blant ungdom der store deler av kommunikasjonen og den sosiale omgangen foregår online. I sammenheng med medisinsk avstandsoppfølging kan det komplisere og vanskeliggjøre gjennomføringen. I rapportene trekkes frem den negative opplevelsen brukerne hadde når utstyret ikke fungerte slik det skulle. Dårlig nettverk var en av årsakene til at utstyret ikke fungerte. Årsaken bak dårlig nett kan være både geografiske og økonomiske.

Den «rette» pasienten er en konsekvens av inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ligger til grunn i utvelgelsen av pasienter til prosjektene som skulle teste ut medisinsk avstandsoppfølging. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene er avgjort av forskerne tilknyttet

prosjektet, som igjen må forholde seg til statlige føringer. *Den «rette» pasient* blir dermed en nødvendighet for å begrense utvalget av pasienter. Problemet er derimot at kriteriene kan ha ført til misvisende resultat om hvordan avstandsoppfølging fungerer i praksis, ettersom det ble valgt ut pasienter som mest sannsynlig kom til å få god nytte av teknologien. Samtidig ble det oppdaget noen utfordringer underveis i gjennomføringen av prosjektene. I sluttrapportene kommer det fram forslag på løsninger til disse utfordringene, slik at en kan få bukt med de i videre utprøving av medisinsk avstandsoppfølging.

Erfaringene fra prosjektene gir endringspotensial til fremtidig utprøving og implementering. Basert på erfaringene kan en ta tak i problemområdene, som for eksempel internettdekning, opplæring og håndtering av de teknologiske redskapene.

Ut ifra meldingene til Stortinget er det et mål at spesielt sårbare pasientgrupper skal få avstandsoppfølging slik at de kan behandles hjemme. Inklusjonskriteriene i sluttrapportene ekskluderer en rekke sårbare pasientgrupper, ettersom det kreves et visst kognitivt nivå hos pasientene. I prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS, 2015) var det mer åpne kriterier, og det ble inkludert sårbare pasientgrupper med sammensatte behov, psykiske lidelser og lavt kognitivt nivå. Teknologien som var tatt i bruk var til en viss grad tilpasset hver enkelt

Den «rette» pasienten vil potensielt opphøre å eksistere i framtidens versjon av medisinsk avstandsoppfølging. Som nevnt over er den *«rette» pasienten* et produkt av inklusjon- og eksklusjonskriteriene i prosjektene. Når medisinsk avstandsoppfølging implementeres som en behandlingsform alle pasienter skal få benytte seg av vil kriteriene falle bort, eller med stor sannsynlighet endres. Det er viktig å huske at avstandsoppfølging kun er i testfasen, og er dermed i stadig utvikling. *Den «rette» pasienten* er likevel et produkt av mer enn kun prosjektets inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Den «rette» pasientrollen kan også være et symptom på samfunnets forventninger til pasientrollen. *Den «rette» pasienten* skal være en pasient som tar ansvar for egen helse, som har forståelse for egen helsesituasjon og som kan delta i diskusjonen om egenbehandling.

6.2.1 Men, må det være likt for alle?

Ifølge meldingene til Stortinget er det et mål at medisinsk avstandsoppfølging skal være en løsning som kan fungere for alle pasienter og brukere. Samtidig vektlegges det individuell

tilpasning og tilrettelegging. Tilsynelatende handler det ikke om likhet der alle skal få akkurat den samme oppfølgingen, men heller en form for likhet der individuell tilpasning gir likeverdig resultat.

Medisinsk avstandsoppfølging kan ta mange ulike former. Det blir benyttet ulike former for teknologi for ulike diagnoser og ulike behov. Likevel er det begrenset med diagnoser som kan behandles med avstandsoppfølging. Teknologien er i stadig utvikling, og ettersom den utvikles kan også flere diagnoser behandles med teknologi. Noen diagnoser begrenser derimot muligheten for avstandsoppfølging.

Ved å gi de som kan motta medisinsk avstandsoppfølging behandling hjemme kan det frigjøre ressurser og plass på sykehusene for de som har behov for tettere oppfølging. Et annet mål hos helsevesenet er å omorganisere hvordan ressursene utnyttes. Hvis pasienter som kan få behandling hjemme får den muligheten, kan det frigjøre arbeidskraft og øke potensial for raskere og bedre behandling for pasienter som må benytte seg av sykehus.

6.3 Ulikhetens konsekvenser for gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging

Gjennom analysen kom det fram visse problemer med gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging, som kan være en konsekvens av visse sosiale ulikheter. Variabler som har hatt påvirkning på og bremset gjennomføringen er tilsynelatende utdanning, bosted, økonomi, språklige ferdigheter og alder.

Problemet med bosted var todelt. I noen områder handlet det om manglende digital infrastruktur, imens andre steder blir det selve kommunen og dens politikk som hindret utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging. Pasientene er avhengige av at kommunen velger å delta på prosjektet eller å ta i bruk løsningene som utarbeides. At det tilbys ulike helseteknologiske løsninger i de ulike kommunene er et grunnlag til geografiske forskjeller. Den digitale infrastrukturen gjør at ikke alle kan få tilbudet, ettersom det praktisk vanskeliggjør god og forsvarlig oppfølging av pasientene. Årsaken til at noen har bedre digital dekning enn andre skyldes i stor grad bosted.

Pasientens utdanningsnivå kan være viktig for pasientens muligheter til å benytte seg av medisinsk avstandsoppfølging. Personer med høyere utdanning, innehar ofte de nødvendige

ressursene, og den nødvendige kapitalen, for å lettere forstå både de digitale løsningene og helserelaterte aspekter. Dette er likevel egenskaper aktører med lavere utdanning også kan inneha. I tillegg til utdanning er kunnskaper og erfaringer om teknologiske verktøy viktig for gjennomføringen, samt forståelse og innsikt i egen helse. Dersom en tilpasser opplæring i bruk av velferdsteknologi kan flere lykkes i å benytte seg av den. Dermed kan det bli et gode for flere enn personer med høyere utdanning.

Alder kan ansees som både hindrende og ikke hindrende. På mange måter har eldre vanskeligere for å benytte seg av teknologi enn de yngre. Likevel trenger det ikke nødvendigvis være slik at alder er avgjørende, men heller opplæringen. En del eldre besitter ikke de samme erfaringene eller kunnskapene, og mangler gjerne begrepsbruken, likevel har de respondert godt på opplæring i de spesifikke redskapene. Det må presiseres at de eldre representert i datamaterialet er de som selv ønsket å være med på prosjektene, og representerer muligens de «ideelle eldre». Samtidig må man være varsom med å «stakkarsliggjøre» eldre personer. Flere av de eldre som nå har gått ut i pensjon, eller som skal gå ut i pensjon, har hatt jobber som krever god digital kompetanse ettersom de må håndtere en rekke ulike datasystemer. Mange eldre er også aktive på sosiale medier. I rapportene fremkommer det at flere eldre ikke ønsket å delta, i frykt for at deres teknologiske kunnskaper ikke skulle være tilstrekkelige.

Økonomi som grunnlag for ulikhet kom kun til direkte uttrykk ved bruk av robot for langtidssyke barn. Foreldrenes økonomi kan ha en innvirkning på om barnet får benytte seg av robot eller ikke, ettersom foreldrene kan finansiere roboten hvis skolen ikke betaler for det. Dette skaper et skille mellom de som kan betale og de som ikke kan betale. Økonomisk kapital kan ha konsekvenser for avstandsoppfølgingen, men ikke på en måte som ble uttrykt eksplisitt. Økonomi som en potensiell barriere for avstandsoppfølging ble ikke problematisert i diskursene.

Språklige ferdigheter kan også være utfordrende i utføringen av medisinsk avstandsoppfølging, dersom en ikke tar hensyn til det språklige nivået i utformingen av de digitale verktøyene. Språk kan være problematisk for forståelsen av helseinformasjon, men også for forståelsen av digitale begreper. E-helse literacy er et nøkkelbegrep, da språk er nødvendig for god e-helse literacy. Det er viktig med medisinsk avstandsoppfølging der opplæring og teknologiske verktøy er tilpasset deres e-helse literacy nivå, ettersom dette har innvirkning på forståelsen av egen helse og evnen til å benytte seg av informasjon og verktøy.

6.3.1 Men er det uløselig?

Spørsmålet er om sosial ulikhet sin konsekvens for gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging er uløselig. Mye tyder på at de identifiserte problemene skal være mulig å løse, og ut ifra *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) er løsningene i utvikling.

Ifølge meldingene til Stortinget og sluttrapportene skal det innføres tolk via skjerm, slik at tolke-ressursene kan utnyttes i større grad. Informasjonsskriv og annet skal formidles i klar tale slik at alle skal kunne forstå informasjonen som blir gitt fra helsevesenet.

Det som identifiseres som problematisk, men som ikke blir uttrykt som et problem i meldingene til Stortinget, er ulikt utgangspunkt til brukermedvirkning og samvalg. Likevel kan en spørre: Er det slik at når noen ikke kan få, så skal ingen få?

Målet til helsevesenet er tilsynelatende at alle skal få helsevesenets goder. I den grad det skal gis ulike goder til ulike pasienter er dette begrunnet i ressursfordeling. Som det har blitt vist gjennom analysen er ikke lik behandling nødvendigvis ønskelig. Eksempelvis når en behandler alle likt, men unnlater å ta hensyn til den samiske kultur og historie i kommunikasjon med samiske pasienter. Det er vanskelig å ta diskusjonen om fordeling uten å gå inn på en debatt om rettferdighet.

Problemet ligger heller i de variablene som påvirker, som vi ikke er klar over og som ikke er like enkel å måle. Sosial ulikhet innenfor helse viser ikke tegn til nedgang (Folkehelseinstituttet, 2018a), og forskere innenfor ulike felt er stadig på jakt etter årsakene bak forskjellene. Teorien om den grunnleggende årsak påpeker at vi ikke kan kvitte oss med sosiale helseforskjeller uten at vi kommer til bukt med den grunnleggende årsak til ulikhetene (Link og Phelan 1995; 2005). Samtidig påpeker de hvordan den grunnleggende årsak endrer seg ettersom samfunnet endrer seg. Det store spørsmålet er: Stiller vi de riktige spørsmålene når vi leter etter årsaken bak sosiale helseforskjeller? Klarer vi å identifisere det som faktisk er den grunnleggende årsak?

6.4 Teoriens begrensninger og muligheter

I denne oppgaven har det teoretiske rammeverket bestått av Foucaults diskursanalyse, Bourdieus (1995; 2006; 2016) teori om sosiale rom og hans begreper som habitus og kapital, og teorien om den grunnleggende årsak (Link & Phelan, 1995; 2005). Tidligere i oppgaven har jeg diskutert hvordan jeg har brukt Foucaults diskursanalyse, dermed skal denne delen kun ta for seg de to gjenstående teoriene.

Kan Bourdieus teori, som har sitt fundament i det franske samfunn, brukes til å forklare ulikheter i Norge? Bourdieus teori om det sosiale rom, i sin helhet, kan anses som for klassesdominerende med en tydelig skjematisk inndeling. Likevel er det store deler av hans teori som fungerer for å forklare sosiale helseforskjeller. Habitus og de ulike kapitalformene har vært nyttige begreper i analysen av empirien. Det franske og norske samfunn er ulike, og en analyse vil derfor se ulik ut, men selve teorien tilbyr et fruktbart analytisk verktøy såfremt den ikke benyttes som en tvangstrøye.

Likhet er et ord, eller begrep, som står sterkt i den norske ånden. Det er et grunnleggende motiv og mål innad i det norske samfunn. Ifølge Gullestad (2001, gjengitt av Krogstad, 2019) liker vi å tenke på oss selv som likhetsorienterte, men at vi ikke nødvendigvis er så like som vi ønsker å tro. Det kan være derfor Bourdieus teori i tilpasset format fungerer nettopp så bra til å forklare og nyansere sosial ulikhet i denne oppgaven.

Teorien om den grunnleggende årsak (*Fundamental cause theory*) kan kalles en «middle-ranged»-teori, og er en teori som tar basis i empirisk forskning på sosial ulikhet innenfor helse. Den tar basis i at det eksisterer en grunnleggende årsak, som påvirker fordelingen av ressurser i samfunnet. Det er lett å si seg enig i denne logikken, og ut ifra datamaterialet i denne oppgaven tyder mye på at teorien stemmer. Ulik fordeling av ressurser resulterer i helseforskjeller. Teorien er veldig spesifikt utarbeidet for å forklare sosial ulikhet innenfor helse, men samtidig er teorien så vag at det ikke skal mye til før den stemmer.

Begge teoriene fokuserer ressursfordeling som årsak til sosial ulikhet. Spørsmålet er: Trenger analysen begge? Tja. For å forklare sosial ulikhet i det norske samfunn kan det være mer fruktbart med en videreutvikling og kombinerer Bourdieus(1995) teori om sosiale rom og teorien om den grunnleggende årsak (Link & Phelan, 1995), slik at den tilpasses det samfunnet vi lever i. I denne oppgaven, og dermed i denne analysen, er det kun valgt ut deler av teoriene som kan brukes for å forstå de identifiserte fenomenene. Ut ifra dette kan en si at

deler av teoriene gjør seg gjeldene, og at de har bidratt til å nyansere forståelsen av digitaliseringens betydning for sosial ulikhet innenfor helse.

Når det gjelder videre teoriutvikling kunne det vært interessant å kombinere visse elementer fra Bourdieus teoretiske begrepsapparat med empiriske funn om digitalisering. Videre kunne man kombinert dette med eksempelvis Luhmans strukturteori, for å få det større bilde.

6.4.1 Hva med digitaliseringen?

Den våkne leser har for lengst oppdaget at det mangler et teoretisk rammeverk i oppgaven som kan forklare digitaliseringens rolle i sammenheng med sosial ulikhet og helse. I erstatning kunne det blitt forsøkt å bruke en samfunnsteori som forklarer digitalisering, og dens påvirkning. Men teorier omkring post-modernitet og teknologi var vanskelig å overføre til denne settingen. Det finnes teorier som kunne blitt benyttet, men de ville ikke hengt på grep med metodevalg eller oppgavens problemstilling. For å unngå tvungne tolkninger og irrelevante analyseverktøy, ble det heller valgt å unngå noen teori om digitalisering.

Istedenfor ble det inkludert begreper som e-helse literacy (Norman & Skinner, 2006) og digital kapital (Park, 2017) i litteraturgjennomgangen. Begrepene har vist seg å være nyttige analytiske verktøy i arbeidet med de empiriske funnene.

I den grad digitalisering blir påpekt er det hos Link og Phelan (1995) som uttrykker at teknologiutvikling i helsevesenet vil føre til flere ulikheter. Nå skal det sies at ved teknologi mener de ikke nødvendigvis digital teknologi, men teknologi i form av for eksempel medikamenter. Artikkelen er dessuten fra 1995, som er 25 år siden. Mye har skjedd innenfor teknologisk utvikling i helse siden den tid. Dessuten baserer ikke kunnskapen seg på det norske helsesystem, og ettersom den er empiribasert kan dette ha en del å si. Likevel skal det sies at deler av teorien har vist seg fruktbar for å forklare sosiale helseforskjeller i Norge.

7 Avslutning og konklusjon

I denne masteroppgaven har jeg sett nærmere på temaene digitalisering og sosial ulikhet. Ved å benytte meg av medisinsk avstandsoppfølging som case har jeg besvart min problemstilling, som var «*Hvilken betydning kan økt digitalisering ha for sosial ulikhet innenfor helse?*». For å besvare problemstillingen har jeg stilt tre forskningsspørsmål. Det første forskningsspørsmålet spør etter de dominerende diskursene i den offentlige samtalen om sosial ulikhet og medisinsk avstandsoppfølging. Det andre forskningsspørsmålet spør etter ulikhetens påvirkning på gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging, og også hvordan medisinsk avstandsoppfølging kan ha konsekvenser for sosial ulikhet. Tredje forskningsspørsmål spør etter hvilken konsekvenser ulikhet kan ha for den praktiske gjennomføringen av medisinsk avstandsoppfølging. Andre og tredje forskningsspørsmål har svært lignende ordlyd, men er samtidig svært forskjellige. Det andre forskningsspørsmålet spør på et samfunnsnivå, imens det tredje forskningsspørsmålet spør på et individnivå.

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg gjennomført en dokumentanalyse, med preg av Foucaults diskursanalyse, av avisartikler, prosjektenes sluttrapporter og meldingene til Stortinget. Som analytiske verktøy for å forklare de identifiserte fenomenene har jeg benyttet meg av Bourdieus teori om sosiale rom, samt hans begrep om habitus og kapital (Bourdieu, 1995; 2006; 2016) og teorien om den grunnleggende årsak av Link og Phelan (1995; 2005). For å kunne forklare fenomenene har jeg også benyttet meg av begreper som e-helse literacy (2006) og digital kapital (Park, 2017), dette er begreper som det ble redegjort for i litteraturgjennomgangen. I litteraturgjennomgangen ble det også redegjort for tidligere forskning på temaene, som har bidratt til å kaste et lys over kategoriene og funnene.

De identifiserte diskursene i datamaterialet var medienes diskurs, politikkenes diskurs og forskernes diskurs. Datamaterialet kan ha lagt føringer for hvilke diskurser som ble identifisert. Hovedfunnet var at de ulike diskursene var enige om en positiv tilnærming til avstandsoppfølging. Det det ble identifisert at hovedtemaet var ulike pasientroller. Diskursene var også enige om hvilke tiltak som måtte gjøres for å forbedre det som ikke fungerte. I den grad det var en konkurrerende diskurs var det medias diskurs. Samtidig var det lite som kom fram i media som ikke politikkenes diskurs tilbød svar på i Meld. St. 7 (2019-2020).

Selv om prosjektene valgte ut pasienter som ville takle avstandsoppfølging, var det likevel praktiske utfordringer tilknyttet ulikhet. Spesielt gjaldt dette pasientens tilbøyelighet til læring. I sluttrapportene anerkjennes denne ulikheten, med forslag til videre bruk av avstandsoppfølging. En av disse forslagene er tilpasset opplæring. Årsaken til at noen pasienter lærte lettere kan være på grunn av tidligere erfaringer med teknologi, altså deres digitale kapital. Det kan også skyldes pasientens e-helse literacy nivå. Tidligere forskning har utpekt at det er en viktig egenskap som kan påvirke sosiale helseforskjeller. Tilpasset opplæring av helsekunnskap forsterker muligheten for ansvar for egen helse.

I *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St. 7 (2019-2020)) blir det anerkjent at vi har ulikt utgangspunkt for å forstå helseinformasjon, og framover skal det bli enklere å forstå og nyttiggjøre seg av helseinformasjon. Dermed blir det bekreftet hvordan helsevesenet snakker et «eget språk». For noen samer havner det medisinske språk i en kulturell konflikt med det samiske språket, som har ført til uheldig diskriminering av samer i helsevesenet. Språk kan også være en barriere for innvandrere i deres møte med helsevesenet. En burde være oppmerksom på om språklige barrierer er en hindring i den videre utprøvingen av avstandsoppfølging.

En del personer kan bli ekskludert fra tilbudet om medisinsk avstandsoppfølging. Dette kan være personer som bor i områder med dårlig dekning eller som er bosatt i kommuner der det ikke satses på avstandsoppfølging. Dette kan også gjelde langtidssyke barn som ikke får tilgang på robot som ressurs fordi deres skolesektor ikke har satsset på det, eller fordi de har foreldre som ikke har kapasitet til å betale for robot. Personer med lave kognitive ferdigheter og/eller dårlige digitale ferdigheter kan også bli ekskludert fra tilbudet. Dette kan spesielt gjelde «skrøpelige» eldre, men også andre sårbare pasienter med sammensatte diagnoser. Det blir altså en ulik fordeling av ressurser, og forskjellene blir større mellom de som blir inkludert og de som blir ekskludert fra medisinsk avstandsoppfølging.

Samtidig kan de identifiserte årsakene til ulikhet være midlertidig. Staten har planlagt å innføre et helsenett slik at alle, uavhengig av bosted, skal ha muligheten til å benytte seg av digitalt helseutstyr (Meld. St 7 (2019-2020)). Språklige minoriteter skal få tilbud om tolk (ibid.). Alle pasienter, uavhengig om de er etnisk norsk eller minoriteter, skal få tydelig helseinformasjon slik at det ikke oppstår misforståelser. Det skal også satses videre på tilpasset teknologi, for forskjellige personer med ulike diagnoser. Tilbudet om avstandsoppfølging må ikke nødvendigvis gis til alle. En av målsettingene ved

avstandsoppfølging er å frigjøre ressurser (ibid.). På den måten kan en prioritere ressursene slik at de blir fordelt etter behov.

Under arbeidet med denne oppgaven har det foregått en global pandemi. Koronaviruset har påvirket hverdagen våres, og gjort den uforutsigbar. Situasjonen har endret seg på en daglig basis. En har vært avhengig av digitale løsninger for at samfunnet fortsatt skulle gå sin gang. Barn har hatt hjemmeskole og mange voksne har i skrivende stund hjemmekontor.

Pandemien har gitt oss en smakebit på hvordan den digitale framtiden kan se ut, og hvilke utfordringer vi kan møte. Det har vært diskusjon om koronavirusets påvirkning på sosial ulikhet innenfor helse, men også ellers i samfunnet. Vi har ulike utgangspunkt for å benytte oss av teknologi. Særsilt gjelder dette tidligere erfaringer med teknologi, nettverkskvalitet, tilgang og bruk. Virkningen av covid-19 forstår vi nok likevel best i ettertid.

Konklusjonen fra dokumentanalysen er at økt digitalisering har betydning for sosial ulikhet innenfor helse. Dette gjelder spesielt skillet mellom de som får tilgang på digitale helseverktøy, og de som ikke får det. De faktorene som har betydning for ulikhet innenfor helse kan også føre til økte ulikheter innenfor andre systemer, eksempelvis utdanningssystemet. Samfunnsutviklingen kan føre til at digital kapital blir den dominerende kapitalformen, og den henger tett sammen med andre kapitalformer som økonomisk og kulturell kapital. Hvor signifikant digitaliseringens betydning er for sosial ulikhet i samfunnet, og eventuelle konsekvenser av det, må forskes nærmere på.

7.1 Veien videre

Det skal understrekes at det er mye vi ikke vet om medisinsk avstandsoppfølging og dets ringvirkninger for samfunnet. Digitaliseringen av helsevesenet, og samfunnet for øvrig, er fortsatt svært nytt. Mange av de fremtidige teknologiske løsningene innenfor helse er under utvikling. Hvordan medisinsk avstandsoppfølging kommer til å fungere i praksis vet vi først etter det har blitt implementert. Det er først da vi vet om statens løsninger på de identifiserte problemene er fruktbare. Det er tydelig at det trengs videre forskning på sammenhengen mellom sosial ulikhet og teknologi.

Framtidens eldregenerasjon vil potensielt være mer ressursfull, ha høyere inntekt, og høyere utdanning. Det forutsees at framtidens eldregenerasjon vil mestre digitale løsninger bedre, ettersom de har bedre ressurser til det. Det vil bli interessant å observere den videre utviklingen av eldre personers teknologibruk, og hvilken betydning det har for sosiale

helseforskjeller hos eldre. Samtidig kan det være spennende å ta et dypdykk inn i de geografiske forskjellene, og gå nærmere inn på de strukturelle endringene som foregår i distrikts-Norge. Teknologiens betydning for språkligere og kulturelle barrierer hos samer og innvandrere burde være et fokusområde videre i forskningen på velfersteknologi. Spesielt ettersom teknologien også kan åpne for nye løsninger.

Men mest interessant vil det være å forske videre på *Den «rette» pasienten*, med andre metodiske og teoretiske innfallsvinkler. Vil *den «rette» pasienten* sine karakteristikk endres etterhvert som avstandsoppfølging implementeres? Går kategorien igjen i andre deler av helsevesenet, og ellers i det norske samfunn? Eller vil kanskje *den «rette» pasienten* slutte å eksistere når den i digitale framtid?

8 Referanseliste

- Aaardalen, B., Moen, A., & Gjevjon, E. R. (2016). Fra vevstol til nettbrett - Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(4), 298-309. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-02>
- Abascal, J., Barbosa, S. D., Nicolle, C., & Zaphiris, P. (2015). Rethinking Universal Accessibility: a broader approach considering the digital gap. *Universal Access in the Information Society* 15, 179-182. <https://doi.org/10.1007/s10209-015-0416-1>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Alkhaldi, B., Sahama, T., Huxley, C., & Gajanayake, R. (2014, August). Barriers to Implementing eHealth: A Multi-dimensional Perspective. *Studies in health technology and informatics* 205. 875-879.
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. I Berkman, L. & Kawachi, I., (Red.), *Social epidemiology* (s. 158-162). New York : Oxford University Press.
- Bjørkquist, C. (2015). Erfaringer med helsemonitoring for KOLS-pasienter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2). <https://doi.org/10.7557/14.3723>
- Blix, B. H. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge*. Senter for omsorgsforskning. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2412229>
- Bongo, B. (2012). *"Samer snakker ikke om sykdom." : Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Borgan, J.-K., & Pedersen, A. G. (2019, 9. desember). Regionale helseforskjeller i Norge. Hentet mai 2020 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/regionale-helseforskjeller-i-norge>
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S.

- Bourdieu, P. (2006). Kapitalens former. *Agora*, 24(1-2), 5-26. Hentet fra:
https://www.idunn.no/file/ci/59687155/Kapitalens_former.pdf
- Bourdieu, P. (2016). Habitus. I Hillier, J. & Rooksby, E, (Red.). *Habitus: A Sense of Place* (2. utg., s, 43-52). New York: Routledge.
- Bourdieu, P. (2018). Social Space and the Genesis of Appropriated Physical Space. *International Journal of Urban and Regional Research*, 42(1), 106-114.
<https://doi.org/10.1111/1468-2427.12534>
- Brandtzæg, P. B. (2005). Gender Differences and the Digital Divide in Norway - Is there really a Gendered Divide? Innlegg presentert ved International Childhoods Conference: Children and Youth in Emerging and Transforming Societies, Oslo, Norge.
- Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Cashen, M. S., Dykes, P., & Gerber, B. (2004). eHealth Technology and Internet Resources: Barriers for Vulnerable Populations. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 209-214.
- Cruz-Jesus, F., Oliveira, T., & Bacao, F. (2012). Digital divide across the European Union. *Information & Management*, 49(6), 278-291. <https://doi.org/10.1016/j.im.2012.09.003>
- Dahl, E., & van der Wel, K. A. (2015). Nordic Health Inequalities: Patterns, trends and policies. I Smith, K. E, Bambra, C. & Hill, S, (Red.). *Health Inequalities: Critical Perspectives* (s. 33-49). Oxford University Press.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultetet for samfunnsfag/Sosialforsk.
- Dahl, E., van der Wel, K. A., & Harsløf, I. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Dale, Ø., & Grut, L. (2015). *Bruk av velferdsteknologi for å støtte barn og unge med AD/HD og/eller autisme med hverdagsaktiviteter*. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn.

- Davidrajah, R. (2010). «Is Norway an information society?» *2010 2nd IEEE International Conference on Information and Financial Engineering*, Chongqing s. 918-921. <https://doi.org/10.1109/ICIFE.2010.5609503>.
- Diaz, E., Calderon-Larranaga, A., Prados-Torres, A., Poblador-Plou, B., & Gimeno-Felue, L. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health*, 72-78. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku123>
- Diaz, E., Raza, A., Sandvik, H., & Hjørleifsson, S. (2013). Immigrant and native regular general practitioners in Norway. A comparative registry-based observational study. *European Journal of General Practice* 20(2), 93-99. <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.823600>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Hentet fra: <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2020, September 28). *Om Direktoratet for e-helse*. Hentet oktober 2020 fra <https://ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>
- Eimhjellen, I., & Ljunggren, J. (2017). *Kollektiv handling i digitale medier. Nye digitale skiller?* Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2442827>
- Elstad, J. I. (2008). *Utdanning og helseulikheter*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Elstad, J. I. (2012). Den grunnleggende årsaken til sosial ulikhet i helse. I Tjora, A., (Red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 349-379). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elstad, J. I. (2017). Helseulikhetenes by. I Ljunggren, J., (Red.), *Oslo: Ulikhetenes by* (s.169-185). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fairlie, R. (2014). Race and the Digital Divide. *UC Santa Cruz: Department of Economics, UCSC*. Hentet fra: <https://escholarship.org/uc/item/48h8h99w>
- Ferlander, S. (2007). The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica*, 50(2), 115-128. <https://doi.org/10.1177/0001699307077654>

- Finnvold, J. E. (2009). *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Flemmen, M. (2017). Noen og trede år etter Distinksjonen. *Agora*, 34(1), 281-288.
- Folkehelseinstituttet. (2018a, Mai 14). Sosiale helseforskjeller. I Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet september 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten - kortversjon*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (2010). *Power: Essential Works of Foucault, 1954-1984. Bind 3*. London: Penguin Books Ltd.
- Foucault, M. (1994). *Viljen til viden*. København: Det lille forlag.
- Foucault, M. (1996). *Tingenes orden: En arkeologisk undersøkelse av vitenskapene om mennesket*. Oslo: Aventura.
- Foucault, M. (2007). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Frederiksen, K., & Beedholm, K. (2018). Michel Foucaults og Norman Faircloughs tenkning - forskelle og ligheder. I Øye, C., Sørensen, N.Ø., & Martinsen, K., (Red.), *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene* (s. 43-64). Bergen: Fagbokforlaget.

- Gerhardsen, E. (2010). "Jeg skjønner meg ikke på dem" - Om kulturelle faktorer i kommunikasjon. I Silviken, A. & Stordahl, V., (Red.), *Samisk psykisk helsevern. Nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer* (s. 69-82). Karasjok: ČálliidLágádus.
- Goth, S.U. (2014). Migrasjonshelse. I Goth, S.U., (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (91-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Griebel, L., Sedlmayr, B., & Prokosch, H.-U. (2013). Key Factors for a Successful Implementation of Personalized e-Health Services. *Studies in health technology and informatics* 192. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-965>
- Hall, S. (2001). Foucault: Power, Knowledge and Discourse. I Wetherell, M., Taylor, S.J.A & Yates, S.J., (Red.), *Discourse Theory and Practise* (s. 72-81). London: Sage Publications.
- Hanik, B., & Stellefson, M. (2011). E-Health Literacy Competencies among Undergraduate Health Education Students: A Preliminary Study. *International Electronic Journal of Health Education* 14, 46-58.
- Hatlevik, O. E., Ottestad, G., & Throndsen, I. (2014). Predictors of digital competence in 7th grade: a multilevel analysis. *Journal of Computer Assisted Learning*. <https://doi.org/10.1111/jcal.12065>
- Hedlund, M., & Moe, A. (2010). Redefining relations among minority users and social workers. *European Journal of Social Work*, 13(2), 183-198. <https://doi.org/10.1080/13691451003690924>
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelsepolitisk rapport 2017*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, November 22). *Slik skal vi møte utfordringene i helsetjenesten*. Hentet oktober 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-skal-vi-mote-utfordringene-i-helsetjenesten/id2679002/>
- Hernæs, Ø. M. (2020). Kriser rammer sosialt skjevt. *Stat & Styring*, 30(2), 22-25.

- Hilmarsen, H. V., & Arnseth, H. C. (2017). Livet på Instagram. Ungdoms digitale forlengelser av sosiale relasjoner og vennskap. *Tidsskrift for ungdomssforskning*, 17(1). Hentet fra: <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/2109>
- Holm, I. M., & Johansen, A. F. (2019). *Sosial digital kontakt - et år etter*. Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Håland, E. & Melby, L. (2010). Ambisjoner og ambivalens: Helsepersonells forståelse av digitaliserte pasienter. I Tjora, A. & Sandaunet, G.-A., (Red.), *Digitale pasienter* (s. 189-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ihle, R., & Sudmann, T. (2014). Sosiale ulikheter i helse. I U. S. Goth, (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s. 65-83). Gyldendal Akademisk.
- Johansen, B., & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning som "universalmiddel" for helsevesenets problemer. I Tjora, A., (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 307-324). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, G. (2020, Juli 17). *Dette skjer etter Covid-19*. Hentet oktober 2020 fra <https://www.cw.no/artikkel/digitalisering/dette-skjer-etter-covid-19>
- Kompetanse Norge. (2018, August 22). *Befolkningens bruk av digitale verktøy*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/grunnleggende-digital-ferdigheter/befolkningens-bruk-av-digitale-verktoy/#q=internett>
- Krogstad, A. (2019). Eliten vi elsker å hate. Mediekonstruerte myter om svensk og norsk kulturelite. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(1), ss. 5-29.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019, Juni 11). *Èn digital offentlig sektor. Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/>
- Kvernland-Berg, G., & Haffeld, J. (2020, April 27). *Fortsetter revolusjonen etter Covid-19?* Hentet oktober 2020 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/04/27/fortsetter-digitaliserings-revolusjonen-etter-covid-19/>

- Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2017). Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies. *Journal of Medical Internet Research* 19(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.6731>
- Lüders, M., & Brandtzæg, P. B. (2016, Juni 14). Når alt sosial blir flyktig - En kvalitativ studie av hvordan eldre opplever sosiale medier. *Norsk medietidsskrift*, 23(2), ss. 2-18.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018, August 3). Media Health Literacy, eHealth Literacy and the Role of the Social Environment in Context. *Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081643>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* (Extra issue), 80-94.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2005). Fundamental Sources of Health Inequalities. I Rogut, L. B., Knickman, J. R., Mechanic, D. & Colby, D., (Red.), *Policy Challenges in Modern Health Care*. Rutgers University Press.
- Link, B. G., Northridge, M. E., Phelan, J. C., & Ganz, M. L. (2001). Social Epidemiology and the Fundamental Cause Concept: On the Structuring of Effective Cancer Screens by Socioeconomic Status. *The Milbank Quarterly*, 375-402.
- Ljunggren, J. (2017). Oslo og sosial ulikhet. I Ljunggren, J., (Red.), *Oslo. Ulikhetenes by* (s. 11-25). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ljunggren, J., Toft, M., & Flemmen, M. (2017). Geografiske klasseskiller. I Ljunggren, J., (Red.), *Oslo. Ulikhetenes by* (s. 357-372). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lunde, L.-H. (2016). Lever vi i ensomhetens tidsalder? Om ensomhet blant eldre. *Scandinavian Psychologist*. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e4>
- Mackenbach, J. P. (2017). Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(4), 14-17. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx160>

- Mackert, M., Champlin, S. E., Holton, A., Muñoz, I. I., & Damásio, M. J. (2014). eHealth and Health Literacy: A Research Methodology Review. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 19(3), 516-528. <https://doi.org/10.1111/jcc4.12044>
- Mackert, M., Kahlor, L., Tyler, D., & Gustafson, J. (2009). Designing e-Health Interventions for Low-Health-Literate Culturally Diverse Parents: Addressing the Obesity Epidemic. *Telemedicine and e-Health*, 15(7). <https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0012>
- Meld. St. 27 (2015-2016). (2016). *Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. Kommunal-og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>
- Moe, C. E., & Nilsen, G. S. (2014). Velferdsteknologi, til glede eller besvær? *NOKOBIT*, 23(1).
- Montoya, S. (2018, oktober). *Defining literacy*. Innlegg presentert ved GAML Fifth Meeting, Hamburg. Hentet fra: http://gaml.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/4.6.1_07_4.6-defining-literacy.pdf
- Ness, T., & Hellzen, O. (2011). *Eldre sørsamers opplevelse av å være gammel* (Rapport nr. 78). Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- No Isolation. (2020). *AV1 - barnets øyne, ører og stemme i klasserommet*. Hentet november 2020 fra <https://www.noisolation.com/no/av1/pricing/>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Nystad, T., Melhus, M., & Lund, E. (2006). Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 738-748.
- Nystad, T., Melhus, M., & Lund, E. (2008). Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *International journal of circumpolar health*, 67(1), 114-121.
- Park, S. (2017). *Digital Capital*. London: Palgrave Macmillan.

- Pedersen, A. G., & Thonstad, M. (2008). Hva skjer med helsen vår midt i livet? *Samfunnsspeilet*, 22(5-6), 19-27. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-skjer-med-helsen-vaar-midt-i-livet>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon*, 9(5).
- Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage.
- Sørensen, K. H., & Liste, L. (2011). Norske kommuner i elektronisk utakt? Fra sosiale til geografiske digitale ulikheter. *Etikk i Praksis*, 5(2).
<http://doi.org/10.5324/eip.v5i2.1771>
- Sørli, T., & Nergård, J.-I. (2005). Treatment Satisfaction and Recovery in Saami and Norwegian Patients Following Psychiatric Hospital Treatment: A Comparative Study. *Transcultural Society*, 42(2), 295-316. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2444930>
- Schiefloe, P. M. (2011). *Mennesker og samfunn* (2. utg.). Oslo, Bergen: Fagbokforlaget.
- Shakar, Z. (2018). *Tante Ulrikkes vei*. Oslo: Gyldendal.
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skrede, J. (2018). Dedikert om Foucault [Anmeldelse av *Foucault og den norske barnehagen. Introduksjon til Michel Foucaults analytiske univers*, av S. Hammer]. *Sosiologien*. Hentet mai 2020 fra <https://sosiologen.no/omtale/dedikert-om-foucault/>
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2019, August 29). *Bruk av IKT i husholdningene*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11437/>
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2020, Juni 2). *Allmennlegetjenesten*. Hentet fra <https://www.ssb.no/fastlegetj>
- St. Meld. nr. 20 (2006-2007). (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>

- Stortinget. (2019, Oktober 21). *Om regjeringens publikasjoner*. Hentet oktober 2020 fra <https://www.Stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Arbeidet/Om-publikasjonene/Regjeringens-publikasjoner/>
- Sykehuset Innlandet. (2020, Juli 19). *Møter flere pasienter digitalt*. Hentet oktober 2020 fra <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss/aktuelt/nyheter/moter-flere-pasienter-digitalt>
- Tennøe, T. (2020, April 3). *Korona-krisen kan bli det som får oss til å gjøre digitalisering på ordentlig*. Hentet oktober 2020 fra <https://www.digi.no/artikler/kommentar-korona-krisen-kan-bli-det-som-far-oss-til-a-gjore-digitalisering-pa-ordentlig/489360>
- Thygesen, H., & Moser, I. (2019). Kolskofferten. Forhandlinger og læring i et tilbud om hjemmebasert oppfølging av pasienter med kols. I Moser, I., (Red.), *Velferdsteknologi. En ressursbok* (s. 85-98). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thygesen, H. (2019). Kapittel 1: Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. I Moser, I. *Velferdsteknologi. En ressursbok* (s. 25-42). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Utdanningsdirektoratet. (2019, August 16). Bruk av robot i opplæringen. Hentet september 2020 fra: <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/bruk-av-robot-i-opplaringen2/>
- Werts, N., & Hutton-Rogers, L. (2013). Barriers To Achieving E-Health Literacy. *American Journal of Health Sciences*, 4(3), 115-120. <https://doi.org/10.19030/ajhs.v4i3.8007>
- West, D. W., & Miller, E. A. (2006). The Digital Divide in Public E-Health: Barriers to Accessibility and Privacy in State Health Department Websites. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(3), 652-667.
- Wettergreen, J., Ekornrud, T., & Abrahamsen, D. (2019, September 17). *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Statistisk sentralbyrå [SSB]. Hentet oktober 2020 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- WHO.(2020). *Who we are: Constitution*. Hentet oktober 2020 fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

- Wills, T., & Ainette, M. C. (2012). Social networks and social support. I Baum, A., Revenson, T.A. & Singer, J. E., (Red.), *Handbook of health psychology* (s. 465-492). East Sussex: Psychology Press.
- Xie, B. (2012). Experimenting on the impact of learning methods and information presentation channels on older adults' e-health literacy. *Journal of the American* 26(1). <https://doi.org/10.1108/dlo.2012.08126aaa.005>
- Østrem, A., Sylte Pedersen, D., Djønnø, E., Møller Solheim, I., Bratberg Melting, J., Linnsund, J. M., & H. Myhrer, S. (2017). *Svar på oppdrag videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging. Levert HOD 1.november 2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Øversveen, E. (2019). Teknologisk utvikling og sosial ulikhet i helse: Tilgjengeligheten av medisinsk teknologi i behandlingen av en kronisk sykdom. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 3(4), 269-283.
- Øye, C., Sørensen, N. Ø., & Martinsen, K. (2018). Å tenke med Foucault. I Øye, C., Sørensen, N.Ø & Martinsen, K., (Red.), *Å tenke med Foucault. En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene* (s. 11-16). Bergen: Fagbokforlaget.
- Zanchetta, M. S., & Poureslami, I. M. (2006). Health Literacy Within the Reality of Immigrant's Culture and Language. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 26-39.

8.2 Referanseliste for datamaterialet

- Austlid, H. (2016). Tid for digitale helserettigheter. *Computerworld*(14), 2.
- Årsand, E., Rotvold, G.-H., Hartvigsen, G., & Grøttland, A. (2019). Forskning på teknologi og diabetes - en lang historie. *Diabetesfag*(1), 26-28.
- Bugge, S. (2018, juni 21). Frykter dårligere eldreomsorg. *Verdens Gang (VG)*, s. 20.
- Das, A., Reitan, J., Holbø, K., Boysen, E. S., & Ausen, D. (2018). *Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer*. SINTEF.
- Dehli, W. P., Mevold, N., Danielsen, H., & Juva, K. (2019, juli 13). Pasientenes helsetjeneste - uansett. *Agderposten*, 146(158), s. 18.
- Eidssen, T. B. (2020, mai 15). Dårlig nett skaper trøbbel på Bokerød. *Halden Arbeiderblad*, s. 2-3.
- Enne, K. (2019). Folkebibliotek, folkehelse og eldre. *Tidsskriftet aldring og helse*, 23(4), 44-47.
- Espeland, J. (2019, november 7). Færre pasienter er bare en del av løsningen på fastlegeordningen. *Dagens medisin*, 38-39.
- Finstad, T. (2019). Digitalisering kan gi økt ulikhet. *Fagbladet*(10), 60-61.
- Gitmark, H. (2019, Januar 2019). Kunstig intelligens er ikke nok. *Agenda Magasin*, s. 34-35.
- Grønli, K. S. (2019). Medisinsk hjemmeovervåkning uten dokumentert effekt. *Journalen*(1), 6-9.
- HelsaMI+. Prosjekt for avstandsoppfølging av kronisk syke 2015-2018 (2018). Trondheim: Trondheim kommune.
- Jensen, A. (2019, Februar 14). Vi nektes mulighet til å ta vare på egen helse - åpent brev til ordføren i Lyngdal. *Lyngdals Avis*, 4(7), s. 11.
- Kvittingen, I. (2016, April 27). Urfolk har dårligere helse enn andre. *Ekstra*, s. 29.
- Liereng, M. (2017, Oktober 16). Ta kontroll over diabetes 2. *Dagbladet*, s. 8-9.

- Lorentzen, H. (2019, Juli 24). Nei til profitt på velferd. *Østlands-posten*, s. 11.
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Når nettet ikke er bra nok. (2019). *Namdalsavisa*, s. 10-11.
- Nordmeland, A., & Ystad, S. U. (2020, mai 20). Koronaen setter fart på digital pasientbehandling. *Trønder-Avisa*, s. 2-3.
- Sønsteli, E. (2020, mai 26). Slik blir framtidens legesjekk. *Oppland Arbeiderblad*, 11. Hentet Juni 2020 fra Oppland Arbeiderblad.
- Sluttrapport Mestry: Nasjonalt prosjekt for utprøving av velferdsteknologiske løsninger for personer med kroniske sykdommer.* (2018). Sarpsborg.
- Sluttrapport: God Helse Hjemme.* (2018). Stavanger: Helsehuset Stavanger.
- Thoresen Bakker, I. E. (2018, desember 26). Roboten Ebot går på disco for Emilie. *Aftenposten*, 159(360), s. 8.
- Velferdsteknologi i Sentrum. Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartlegging av effekten.*(2015). Oslo.
- Vinje, M. (2019, September 28). Den nye "gutten" i klasse. *Budstikka*, s. 16-19.

Vedlegg 1

Søkeord som ble brukt i Atekst (Retriever) for å finne relevante avisartikler, var følgende:

Medisinsk avstandsoppfølging, elektroniske helsetjenester, digitale helsetjenester, e-helsehverdag/ehelsehverdag, telemedisin, nettbrett + pasienter, pasientovervåkning, IT-løsninger, fremtidens hjem, ehelse/e-helse, sosial ulikhet, eldre, bar, økonomi, kompetanse, kunnskap, innvandrere, minoriteter, kvinner, digitalisering + helse + korona/corona, digitalisering + helse + sårbare barn, no isolation + barn, digital ulikhet + helse, helseforskjeller + samer, helse + samer + forskjeller, avstandsoppfølging + forskjeller, avstandsoppfølging + ulikhet, avstandsoppfølging + barn, avstandsoppfølging + ungdom, telemedisin + innvandring, digitalisering + innvandring, telemedisin + ulikhet, e-helse/ehelse + innvandrere, hjemmeovervåkning.

