

# Pårørende i sykepleiefaget – «Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner»

*Distinksjonen mellom betalt og ubetalt hjelp til  
hjemmeboende eldre*

En dokumentanalyse av sykepleiefaglige tidsskrift og lærebøker fra tidsperioden 1945-2017 om deres omtale av pårørendes posisjon analysert med en praxeologisk optikk

*Marianne Giske Holvik*

*Masterprogram i helsefag*

*Sykepleievitenskap*

*Institutt for Global Helse og Samfunnsvitenskap*

*Det Medisinsk-odontologiske fakultetet*

*Forskergruppen for praxeologi*



*Universitetet i Bergen*

*Vårsemesteret 2018*

*Veiledere Karin Anna Petersen, Jeanne H. Boge og Oddrun Sortland*

## FORORD

Denne masteroppgaven oppstod fordi jeg ble provosert når jeg leste gjennom *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* og tolket diskursen som et forsøk på å overføre mer ansvar fra statlig hold til de pårørende. Juridisk er det staten og ikke pårørende som er ansvarlig for pleie av innbyggerne i den norske velferdsstaten. Gjennom denne studien har jeg oppdaget at statens forsøk på ansvarsfraskrivelse har pågått nesten helt siden det ble vedtatt at det var staten og ikke pårørende som hadde det juridiske ansvaret for at befolkningen skulle få den pleien de trengte.

Jeg vil rette en uendelig stor takknemlighet til professor i sykepleievitenskap, Karin Anna Petersen. Du har lært meg utrolig mye og ditt engasjement er inspirerende. Vi kjemper videre! Takk til Jeanne Boge for oppmuntrende ord og faglig kyndige tilbakemeldinger underveis, din støtte har vært avgjørende når selvtilliten har vært på bunn. Takk til biveileder Oddrun Sortland for gode innspill. Forskningsgruppen Praxeologi fortjener også en honnør. Det har vært en berikelse av dimensjoner å få være med i et miljø med så mye kunnskap og engasjement. Takk for at dere er så inkluderende og hjelper oss (til tider) hjelpe masterstudenter. Kjære alle tidligere og nåværende lesesalsvenner. Takk for kaffe og kos og god stemning! Livet på lesesalen hadde vært ganske monotont og lite inspirerende uten. Takk til bibliotekarene på Kronstad HVL for at dere har vært behjelpelige med å frakte opp flere tusen eksemplarer av *Sykepleien* fra magasinet deres.

Takk Olav og Alfred for at dere har distraheret meg og ikke tillatt meg å gå meg helt bort i mastertåken. Takk til familie og svigerfamilie som har hjulpet med barnepass og ikke minst TAKK til svigermor Kari som med sitt skarpe blikk har lest korrektur, og i tillegg har bidratt med kritiske og konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk til deg som tidvis har vært alenefaren Helge, som ikke bare har hatt eneansvar for hus og barn, men som også har gjennomgått en habituskonstruksjon og utallige analyser av sin sosiale praktikk. Fra nå av skal vi nyte av vår kulturelle kapital, det vil si drikke førsteklasses vin på balkongen, mens vi ignorerer vår manglende sosiale og økonomiske kapital i Kalfaret.

## SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven er et resultat av en undring over hvordan det kan være at politiske dokumenter legger stor vekt på pårørende og deres rolle i eldreomsorgen, når det i Norge kun er staten som siden år 1964 har hatt en juridisk plikt til å ta seg av hjelpetrequende eldre.

For å finne svar på denne undringen har jeg, med en praxeologisk optikk, foretatt en registrantanalyse av skriftlige kilder fra sykepleiefaget fra tidsperioden 1945-2017. Jeg har avdekket de objektive strukturene som har gjort at pårørendes posisjon endrer seg i den studerte tidsperioden og med en konstruksjon av sykepleierens institusjonelle habitus forklart hvordan det kan være at denne forandringen kommer til uttrykk i sykepleielitteraturen slik som den gjør.

Med et historisk perspektiv beskriver jeg hvordan eldrebølgen siden 1950-tallet har truet sykehuset som behandlingsinstitusjon, legens posisjon som behandler og sykepleierens posisjon som behandlingsassistent. På bakgrunn av dette vokser hjemmesykepleien frem som en institusjonell avlaster for sykehuset og fører til at pårørende sin posisjon i sykepleiefaget, især etter 1980, endrer seg.

Sykepleier og pårørendes er analysert frem som dominerte kvinnelige posisjoner i det politiske og medisinske felt og blir i disse feltene definert som de som skal ta seg av eldrebølgen som har truet og skapt utfordringer for et offentlig helsevesen siden 1950-tallet.

Sykepleieren står i det medisinske felt i en dominant posisjon i relasjon til pårørende.

Pårørende sin posisjon står i et skjæringspunkt mellom å være en ressurs og en belastning.

Dette forsøker sykepleierne å demme opp for ved å forhandle om posisjonen som erstattende eller supplerende hjelper i den hjelpetrequende sitt hjem.

Nøkkelord: pårørende, praxeologi, sykepleiefaget, eldrebølgen, hjemmesykepleie, velferdspolitik

## ABSTRACT

This master thesis is a result of a concern, that the Norwegian government is giving the next of kin a too big of a role, in the care of the elderly. In Norway, the state has a legal responsibility to provide care for the elderly population. So why is the state so focused on the next of kin in political documents?

With praxeology as a theoretical and methodological framework, I have used a registrant analysis on nursing documents to find the position of the next of kin in the field of nursing.

The thesis has an historical approach (1945-2017) and shows that because of the demographic changes that started in the 19<sup>th</sup> century the increasing number of older people in the population started to cause trouble for the hospital service in the 1950s. This also threatened the position of hospitals as a place for medical treatment and therefore the position of the doctor and the nurse. As a result, the home care service was developed to provide an institutional relief for the hospital. The increasing use of the home care service instead of hospitals and nursing homes has changed the position of the next of kin in the field of nursing in Norway. The position of both nurses and next of kin is a dominated female position, which is considered by the political and medical field the most fit to take care of the growing number of elderly in the population. For the nurses the next of kin is both a resource and a burden.

Key words: the next of kin, praxeology, nursing, home care, welfare politics

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>PRESENTASJON AV STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL OG HENSIKT .....</b>	<b>2</b>
1.1.1	Studiens antagelse .....	2
1.1.2	Forskningsspørsmål.....	2
1.1.3	En praxeologisk optikk.....	2
1.1.4	Tidligere forskning.....	3
1.1.4.1	Relevante studier .....	4
1.1.4.2	Relevante praxeologiske studier .....	9
<b>1.2</b>	<b>STUDIENS DISPOSISJON.....</b>	<b>10</b>
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK OG METODISK RAMME.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>DISTINKSJONEN – EN SOSIOLOGISK KRITIKK AV DØMMEKRAFTEN .....</b>	<b>11</b>
2.1.1	Habitus .....	13
2.1.2	Felt .....	14
2.1.2	Doxa, Illusio, Ortodoksa, Heterodoksa .....	15
2.1.3	Å bryte med den sunne fornuft.....	15
2.1.4	Den maskuline dominans .....	16
<b>2.2</b>	<b>REGISTRANTANALYSE.....</b>	<b>18</b>
2.2.1	Datautvalg .....	19
2.2.2.1	Styrker og svakheter ved datautvalget .....	20
2.2.2.2	Bearbeiding av data og etiske hensyn.....	21
<b>3.0</b>	<b>ANALYSE AV STUDIENS EMPIRI .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Å BRYTE MED DEN VEDTATTE SPRÅKBRUKEN.....</b>	<b>22</b>
3.1.1	Analysedelene sin struktur .....	24
<b>3.2</b>	<b>DELANALYSE I – POSISJONENE BETALTE OG UBETALTE HJELPERE SIN REISE FRA AVSTAND TIL NÆRHET 1945-1980.....</b>	<b>24</b>
3.2.1	Den offentlige finansierte omsorgens genese.....	25

3.2.1.1	Fra sosialhjelpsstat til velferdsstat .....	26
3.2.1.2	Befolkningspolitikk og ekspertenes inntog .....	26
3.2.1.2.1	Befolkningspolitikk er kjønnspolitikk .....	28
3.2.1.3	Kampen mellom ambisjon og økonomi .....	29
3.2.1.4	Velferdsstatens helsevesen .....	30
3.2.1.4.1	Sykehuset som den dominante posisjon i helsevesenet .....	31
3.2.1.4.2	Hjemmesykepleien - en assistent for sykehuset .....	33
3.2.1.5	Velferdsstatens faktum .....	34
3.2.2	Den betalte hjelperens institusjonelle habituskonstruksjon I .....	35
3.2.2.1	Den betalte hjelperen som en behandlingsassistent for behandleren .....	36
3.2.2.2	Den betalte hjelperen som forkynningsassistent for forkynneren .....	37
3.2.2.3	Den betalte hjelpens kamp mot dominansforholdet .....	37
3.2.2.3.1	Profesjonalisering inspirert av USA .....	38
3.2.2.3.2	Profesjonelt kvinnearbeid .....	39
3.2.2.3.3	Forskning som profesjonaliseringsstrategi .....	39
3.2.2.3.4	Medisinens dominans som et tveegget sverd .....	40
3.2.2.3.5	Sykepleierloven .....	41
3.2.2.3.6	Offentlige tiltak mot mangel på betalte hjelpere .....	42
3.2.2.3.7	Sykepleieraksjonen .....	43
3.2.3	Lærebøker .....	43
3.2.3.1	Hjemmets ufaglærte hjelp .....	43
3.2.3.2	Hjemmets faglærte hjelp .....	44
3.2.3.3	Oppsummering .....	47
3.2.4	Tidsskrift .....	47
3.2.4.1	Hedre din far og din mor, at det kan gå deg vel og du må lenge leve i landet .....	48
3.2.4.2	Can't buy me love, love .....	50
3.2.4.3	Samfunnets uheldige nedvurdering av de eldre .....	53
3.2.4.4	Borte bra, men muligens er hjemme best .....	54
3.2.4.5	Kvinnen som tilgjengelig omsorgsreserve .....	58

3.2.4.6 Oppsummering.....	59
3.2.5 Oppsummering og tentativ analyse av foreløpige funn .....	60
<b>3.3 DELANALYSE II – DISTINKSJONENS VANSKELIGE VILKÅR I HJEMMET 1980-2017.....</b>	<b>62</b>
3.3.1 Den offentlige omsorgens genese etter 1980.....	63
3.3.1.1 Kritikk av velferdsstaten.....	64
3.3.1.2 Effektivisering og valgfrihet .....	64
3.3.1.3 Nyliberalismen.....	65
3.3.1.4 Effektivisering av helsevesenet .....	66
3.3.1.5 Kjønnspolitikk etter 1980.....	67
3.3.1.6 Den ubetalte hjelperen kommer inn i lovverket .....	67
3.3.1.7 Restriktive tjenester .....	68
3.3.1.8 Velferdssamfunnet.....	69
3.3.2 Den betalte hjelper sin institusjonelle habituskonstruksjon II.....	70
3.3.2.1 Vitenskapliggjøring av den betalte hjelpen .....	71
3.3.2.2 Likestilling av den betalte hjelpen .....	71
3.3.2.3 Betalingen av den betalte hjelpen .....	72
3.3.2.4 Profesjonsnøytral betalt hjelp .....	72
3.3.3 Lærebøker .....	73
3.3.3.1 <i>Hjemmesykepleie: Kommunehelsetjenestens grunnpilar</i> , av sykepleier Jan Bølstad .....	73
3.3.3.2 <i>Hva gjør vi i hjemmesykepleien?: Om det å gi og få hjelp hjemme</i> , av Anne Iversen .....	74
3.3.3.3 <i>Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie</i> , av sykepleier Marit Solheim .....	76
3.3.3.4 <i>Sykepleie i hjemmet</i> , av Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik .....	77
3.3.3.5 <i>Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter</i> , av Ann-Kristin Fjørtoft .....	78
3.3.3.6 Oppsummering.....	78
3.3.4 Tidsskrift.....	79
3.3.4.1 Rehabilitering av evnen til egenomsorg .....	79
3.3.4.2 Legens posisjonering om hjelp i hjemmet .....	83
3.3.4.3 Forskning på den ubetalte hjelper .....	83

3.3.4.4 Den ubetalte hjelper som erstattende, ikke supplerende enhet .....	85
3.3.4.5 Fra omsorgsreserve til politisk likestillingsutfordring .....	86
3.3.4.6 Oppsummering.....	88
3.3.5 Oppsummering og tentativ analyse .....	88
<b>4.0 KONSTRUKSJON AV EN TEORI OM DEN UBETALTE HJELPER I DEN SYMBOLSKE OVERBYGNINGEN AV DEN BETALTE HJELPEN .....</b>	<b>90</b>
4.1. Et ontologisk spørsmål om hva pårørende er .....	91
4.2 Et epistemologisk spørsmål om pårørendes posisjon i sykepleiefaget.....	95
<b>5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....</b>	<b>97</b>
<b>LITTERATUR.....</b>	<b>98</b>
Liste over vedlegg.....	118



## 1.0 INNLEDNING

Det å være pårørende vil si å at du har en familie og det er i vårt samfunn ansett som et gode. Som pårørende kommer man i møte med det offentlige helsevesenet og spørsmålet er: hva er ens posisjon som pårørende der? Hvilke krav og hvilke forventninger har de du møter i helsevesenet til deg som pårørende? Denne masteroppgaven handler om sykepleiefagets historiske forståelse av hva pårørende er og hvilken funksjon den som inntar posisjonen som pårørende skal ha. Samspillet mellom sykepleier og pårørende er et resultat av de politiske rammene som velferdsstaten har satt. I prinsippet kan den norske velferdsstaten karakteriseres som uavhengig av pårørende (Daatland, 2012), noe som egentlig tilsier at en samhandling mellom sykepleier og pårørende ikke skal preges av at sykepleier forventer at pårørende skal ta ansvar for hjelpebehovene til eldre. I Norge er det kun staten, som siden 1964, har hatt et juridisk ansvar for eldre med hjelpebehov, noe som kun etterlater familiene med det som kan kalles et moralsk ansvar. Pårørende har rettigheter, men ikke lovpålagte plikter til familiemedlemmer over 18 år (Helsedirektoratet, 2018).

I en rekke politiske dokumenter de siste årene har behovet for en stabil, og ikke redusert, innsats fra de pårørende blitt fremhevet. Frykten er at omsorgsbehovet i den aldrende befolkningen skal øke samtidig som pårørende gir fra seg ansvaret. I tillegg bærer den økonomiske styringsformen i Norge preg av en nyliberal politikk, noe som viser seg i hvordan de offentlige ressursene blir fordelt. Staten forsøker å trekke tilbake sin økonomiske innsats i befolkningen gjennom en reduksjon av velferdsytelser (jf.kap.3.3.1.3). Med dét i bakhodet er det ikke overraskende med et økende fokus på pårørende og såkalt pårørendepolitikk. Dette ser vi spesielt i *Nasjonal Helse-og omsorgsplan 2011-2015* (meld.st. 16), *Morgendagens omsorg 2012-2013* (meld.st. 29) og *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015a). Ambisjonen er altså å opprettholde innsatsen fra

pårørende sin side for å spare samfunnet for utgifter som ellers ville gått til å betale for eksempel en sykepleier.

## 1.1 PRESENTASJON AV STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL OG HENSIKT

Hensikten med denne studien er ikke å forklare hvordan det kan ha seg at man fra politisk hold tenker som man gjør om pårørendes ansvar for de eldre. Hensikten er å finne ut hvordan de politiske føringene om pårørendes ansvar har kommet til uttrykk i sykepleiefaget.

Dette avgrenses empirisk til å gjelde skriftlige kilder fra sykepleiefaget om pårørende til eldre som bor i eget hjem og derved ikke det som skjer i de konkrete situasjonene i møtet mellom sykepleier og pårørende.

### 1.1.1 Studiens antagelse

Studien er basert på en antagelse om at den diskursen som kommer frem om pårørende i sykepleielitteraturen, antas å være preget av den politiske konteksten som teksten er forfattet i.

### 1.1.2 Forskningsspørsmål

For å finne svar på spørsmålet om hvordan de statlige intensjonene om pårørendes ansvar for eldre har strukturert sykepleiefaget har jeg undersøkt pårørendes posisjon i faget, slik det kommer til uttrykk i tidsskriftet *Sykepleien* og lærebøker i hjemmesykepleie. Jeg stiller følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan kan det være at pårørendes posisjon endrer seg i perioden 1945-2017?
2. Hvordan kommer denne forandringen til uttrykk i sykepleielitteraturen?
3. Hvordan definerer sykepleielitteraturen en fornuftig ansvarsfordeling mellom sykepleier og pårørende?
4. Hvilke kjønnsmessige forståelser av posisjonen kommer frem?

### 1.1.3 En praxeologisk optikk

Den franske sosiologen Pierre Bourdieu sitt teoretiske univers hviler på tesen om at det finnes tre former for vitenskapelig viten om menneskers sosiale praksis: den fenomenologiske (subjektive erfaringer), den objektivistiske (objektive strukturer) og den praxeologiske, som overskrider både den subjektivistiske og den objektivistiske viten. Den fenomenologiske og den objektivistiske kommer til kort når de brukes hver for seg, ifølge Bourdieu. Han kombinerer de

to og tilfører en praktisk dimensjon i en praxeologisk viten om sosiale praktikker<sup>1</sup> (Bourdieu, 1994b). Hensikten med å bruke denne optikken på dette problemfeltet er å forklare og derved forstå hvorfor pårørende har fått den posisjonen som viser seg i sykepleielitteraturen. Bourdieu definerer sin vitenskapsteoretiske posisjon som praxeologisk og har gitt opphavet til en praxeologisk optikk som benyttes som metodologi<sup>2</sup> innfor blant annet sykepleievitenskap: en praxeologisk optikk tar sikte på å beskrive sykepleiepraktikker med et mål om å kunne beskrive disse for å forklare dem og derved forstå hvordan det kan være at sykepleiepraktikker utføres som de gjør. Det er gjennom å konstruere frem en teori om den sosiale praktikk at en forklaring blir mulig, og dermed forståelse av det sosiale fenomenet som heter sykepleie.

Jeg har avgrenset meg til å bruke de skriftlige kildene fra sykepleiefaget, forstått som en sosial praktikk og belyst dem som subjektive erfaringer beskrevet i lærebøker om hjemmesykepleie og tidsskriftet *Sykepleien*, og forklart dem med de objektive strukturene som har skapt dem og med en praxeologisk optikk forsøkt å overskride både den subjektivistiske og objektivistiske dimensjon for å konstruere en teori om pårørendes posisjon i sykepleiefaget.

#### 1.1.4 Tidligere forskning

Når denne studien handler om pårørende, handler den på mange måter om ansvar, slik det fremstilles i faglitteratur og i tidsskriftet *Sykepleien*. Hvem har ansvar for å yte hjelp til en eldre som ikke lenger klarer seg selv? Fra politisk hold vil den eventuelle ansvarstakingen være preget av en økonomisk logikk. Gjennom statsbudsjett viser politikere i posisjon i hvor stor grad de tar ansvar. Politisk ansvarstaking for eldre trengende vil vise seg gjennom hvor mye penger de bevilger til eldreomsorgen. Det kan også vise seg ytterligere gjennom politiske bevilgninger til henholdsvis sykehjemsplasser eller hjemmesykepleien. En satsning på enten sykehjem eller hjemmesykepleie er også et implisitt uttrykk for hvilket ansvar politikerne i posisjon legger på familien. Når jeg så påstår at denne studien handler om ansvar, er det fordi det vil komme til uttrykk gjennom hvem som får mest politisk oppmerksomhet av sykepleier og pårørende. Jeg vil i denne studien distingvere mellom de to ved å betegne dem som henholdsvis betalt hjelper og ubetalt hjelper (se kap.2.5). En politisk satsning på den ubetalte hjelperen, gjennom for eksempel *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* fra

---

<sup>1</sup> En sosial praktikk er aktiviteter som utføres av mennesker i en sosial kontekst (Petersen, 1996, s.124).

<sup>2</sup> Tekningen om hvordan man metodisk kan arbeide med human- og samfunnsvitenskapelige spørsmål

Helsedirektoratet eller statlige bevilgninger til pårørendeorganisasjoner, kan mistenkes for å legge til rette for at den ubetalte hjelperen skal settes i stand til å ta mer ansvar, og staten kan derved innskrenke sine offentlige utgifter.

Jeg vil i det følgende presentere relevant forskning som handler om denne forhandlingen om ansvar mellom offentlige og private, det vil si mellom betalt og ubetalt hjelp.

#### 1.1.4.1 Relevante studier

Professor i historie Anne Lise Seip viser i artikkelen *Omsorgsansvar og samfunn. Et historisk tilbakeblikk* fra 1983 at det juridiske ansvaret for omsorg har blitt regulert av det offentlige så lenge vi har hatt lover, og det har blitt gjort forsøk på å innskrenke det offentlige ansvaret: Under liberalismen forsøkte man å innskrenke statens omfang og virke. Politisk fikk man et fokus på egenansvar og verdien av frivillig arbeid (Seip, 2010). Dette er tendenser som gjør seg gjeldende i politiske dokumenter og retorikk av i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Dette kan være et resultat av den nyliberale politikken som har gjort seg gjeldende i Norge og som fortsatt preger den offentlige forvaltningen generelt og helsevesenet spesielt (jf.kap.3.3.1.3). Ansvaret under liberalismen ble lagt på individene selv, og de filantropiske organisasjonene (ubetalt hjelp) skulle drive hjelp til selvhjelp og styrke moralen. På slutten av 1800-tallet innså man at det private ikke kunne overta for det offentlige og et uunngåelig offentlig ansvar ble erkjent. Seip viser også til at fattighjelpen alltid hadde vært avklart som en offentlig oppgave hos de fleste. Det vil si at doxa var at det offentlige skulle ta seg av de som ikke kunne hjelpe seg selv og som ikke hadde familie som kunne hjelpe. Grunnen til dette legger hun på omfanget; behovet var større enn det de private agentene<sup>3</sup> kunne make. I tillegg kunne oppgavenes art være en utfordring. Det var ofte «uverdige» som trengte hjelp, for eksempel løsgjengere. Den slags ville ikke det private være med på å støtte opp om (Seip, 2010). Det kan forstås som at de med økonomisk kapital ikke ønsket å hjelpe de uten økonomisk kapital og at avstanden mellom de to i det sosiale rom var for stor (jf.kap.2.1).

---

<sup>3</sup> Private organisasjoner fra borgerskapet som hadde som mål å gjøre «svake fattige til nyttige borgere» (Seip, 2010, s.143)

Professor i sosiologi, Arnlaug Leira (2012), skriver om en rettsliggjøring av omsorgspolitikken under velferdsstatens utvikling. Dette handler om rettigheter til å yte eller motta omsorg gjennom tid, økonomiske overføringer eller offentlige tjenester. Det er tidligere familieforpliktelser som i løpet av velferdsstatens utvikling og ekspansjon ble omgjort til sosiale rettigheter. Det vil si at det har gått fra å være en ubetalt hjelp basert på den private sfærens ressurser til en betalt hjelp finansiert av det offentlige. Medborgerskap innebærer borgerlige, politiske og sosiale rettigheter. Med velferdsstatens etablering ble derfor et sosialt medborgerskap skapt og det vil si at velferdsstaten etablerer og garanterer økonomiske og sosiale rettigheter. Leira bruker begrepet «omsorgsrelaterte sosiale rettigheter» og forklarer det som sosiale rettigheter i form av omsorgsrelaterte ytelser eller tjenester. Hun viser til en såkalt *defamilisering* av ansvaret for omsorgsarbeid som innebærer at for eksempel eldre pleietrengende har rett til å motta hjelp fra offentlige betalte hjelpere i stedet for å være avhengig av den private sfærens ressurser, men da også en rett for de ubetalte hjelperne å slippe dette ansvaret. Det handler med andre ord om i hvilken grad individet er avhengig av sine umiddelbare omgivelser og deres økonomiske og sosiale ressurser. På denne måten kan en omfattende velferdsstat i prinsippet være sosialt utjevne. Etableringen av disse omsorgsrelaterte sosiale rettighetene har i tillegg ført til en profesjonalisering og en byråkratisering av omsorgsarbeidet. Disse begrepene viser til endringer i de objektive strukturene som gjør at hver enkelt agent kan endre sin sosiale praktikk, det vil si at velferdsstaten muliggjør at agentene i det norske samfunn kan være fri for noen av de forpliktelsene som kreves av et medlem av familieinstitusjonen.

Økt bruk av omsorgslønn til personer som hjelper pleietrengende eldre er et eksempel på det motsatte av defamilisering, nemlig *refamilisering*. I en svensk artikkel fra 2014 viser jurist Mirjam Katzin at de svenske myndighetene legitimerer en reduksjon i utgiftene til eldreomsorgen ved å føre en retorikk som fokuserer på verdien av familien.

Dokumentanalysen av offentlige dokumenter som Katzin utførte påviste en retorikk der hjelp fra de ubetalte blir fremstilt som kvalitativt sett bedre enn den betalte, og at det er noe både den hjelpetrengende og den som trenger hjelp ønsker. Økt satsning på omsorgslønn som erstatning for offentlige tjenester vil ifølge forfatteren gå ut over kvinner. I Sverige har man i større grad enn i Norge lagt ansvaret på den ubetalte hjelperen. I offentlige dokumenter

kommer det frem at offentlig betalte hjelpere i for eksempel hjemmesykepleien skal fungere som *et supplement* til de ubetalte. Det vil si en implisitt oppfatning av at den ubetalte hjelperen har hovedansvaret for eldre hjelpetrengende selv om de juridiske rammene tilsier at det er et offentlig ansvar. Omsorgslønn er i tillegg tenkt til å fungere som en symbolsk støtte som skal være en oppmuntring eller en form for anerkjennelse av jobben de ubetalte hjelperne utfører (Katzin, 2014).

Rapporten *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*, utgitt av NOVA<sup>4</sup> ser på samsillet mellom familie og velferdsstaten, primært i forhold til eldreomsorgen. Denne rapporten *beskriver* en del objektive og subjektive forhold, men forklaringene på forholdene er basert på psykologisk teori og skiller seg sånt sett fra et praxeologisk perspektiv. Rapporten viser hvilke forventninger det er til og fra de ubetalte hjelperne. Det vises i rapporten til en generell ansvarsnorm som sier noe om en vil hjelpe eller ei. Ansvarsnormen har en hierarkisk oppbygning på den måten at den sosiale nærheten man har til den som trenger hjelp avgjør hvem som skal ta ansvar. Det avgjørende handler om emosjonell tilknytning, geografisk nærhet, anledning og kompetanse. Kompetanse er relevant fordi deler av omsorgsarbeidet kan kreve for eksempel medisinsk og/eller teknisk kompetanse. Det kan i tillegg være tidkrevende, noe som fordrer anledning og at man ikke har andre forpliktelser, som for eksempel omsorgskrevende barn. Forfatterne legger også til kjønnsdimensjonen og hevder at kvinner fortsatt forventes å ta ansvar for omsorgsarbeid. I undersøkelsen de har utført kommer det frem at en stor andel av respondentene mener at eldreomsorgen er samfunnets (velferdsstatens) ansvar. Familien skal ha en *supplerende* funksjon. Forfatterne drøfter hvorvidt slike oppfatninger i befolkningen skyldes strukturelle eller kulturelle forhold og viser blant annet til befolkningen i landet Georgia som i svært høy grad oppfatter både barn og eldre som familiens ansvar. Georgia er da et land der velferdsordninger i liten grad er utbygget. De hevder videre at man i Norge også ser et samsvar mellom den politikken som føres og de oppfatningene som de finner hos respondentene (Daatland & Veenstra, 2012c). For å bruke Bourdieus termer på dette kan man hevde at de objektive strukturene virker strukturerende på folks sosiale praktikk – utbygde velferdsstater skaper derfor forventninger om statlig inngripen. Man internaliserer

---

<sup>4</sup> Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring

de objektive strukturene som strukturerer samfunnet og agentenes mulighetsbetingelser (Bourdieu, 1994b). En offensiv pårørendepolitikk vil derfor virke strukturerende på de ubetalte og betalte hjelperne. Daatland & Veenstra (2012b) viser at ektefeller og partnere står for en stor del av pleien og hjelpen som eldre hjemmeboende trenger. Tjenesten kan i noen tilfeller prioritere enslige fremfor de som har en partner og med det overføre store deler av ansvaret over på partneren. De viser også at jo skrøpeligere de eldre blir, jo mer kommer tjenesten inn i bildet og familien trekker seg mer tilbake. Dette kan ofte ha å gjøre med at vedkommende flytter inn på sykehjem, men innsatsen fra det offentlige øker uansett ved økt grad av hjelpebehov. Det vil si at de objektive strukturene har også skapt grenser for hvor mye de ubetalte hjelperne er villig til å gi.

Sosiolog Kari Wærness og sykepleier og filosof Kari Martinsen diskuterte i deres bok *Pleie uten omsorg?* arbeidsdelingen mellom kjønnene. Den utkom i 1979, der de tar opp hvordan kvinner tradisjonelt har stått for omsorgsarbeidet i hjemmet og nærmiljøet og at de (på det tidspunktet) fortsatt stod for store deler av dette ulønnede arbeidet. Forfatterne hevdet at det på denne tiden er en tendens til at politikerne ser løsninger på utfordringene innen eldreomsorgen og helsevesenet generelt ved at disse skal løses i nærmiljøet. I følge forfatterne var argumenter for at dette var det beste basert på økonomi, men det ble også brukt mye krefter på å vise at omsorgen i nærmiljøet var bedre enn den institusjonelle. Institusjonene kommer til kort, da de er preget av upersonlige og betingede omsorgsforhold mellom pasient og den betalte hjelperen. Institusjonenes funksjon var å behandle og de som ikke kunne behandles eller komme seg ut av posisjonen som syk og over i posisjonen som produktivt samfunnsmedlem, hadde det best hjemme med de ubetalte hjelperne. De ubetalte hjelperne kunne eventuelt få bistand fra det offentlige gjennom det som på daværende tidspunkt ble kalt «offentlige hjelpeordninger for hjemmene». Wærness og Martinsen var bekymret for det de kalte en «behandlingsmani», fordi man målte suksess i helsevesenet ut i fra grad av utskrivelsesfrekvens. Ikke bare sykehus skulle behandle, men sykehjem skulle rehabilitere eldre pleietrengende slik at de kunne komme tilbake til eget hjem. Forfatterne problematiserte dette og hvordan det la et økt press på de kvinnelige ubetalte hjelperne (Martinsen & Wærness, 1979).

35 år senere viser sosiolog Janne P. Breimo (2014) at presset på de kvinnelige ubetalte hjelperne fortsatt gjør seg gjeldende. Gjennom tekstanalyse av politiske tekster og intervjuer med brukere av offentlige tjenester, ubetalte hjelpere og betalte hjelpere viser hun at det kommer frem forventninger fra myndighetene om at det offentlige ikke kan ta ansvar for omsorg alene. Hun ser spesifikt på rehabiliteringsprosesser. Brukere av rehabiliteringstjenester får utnevnt en betalt hjelper som skal hjelpe til med koordineringen av de ulike tjenestene. Av undersøkelsen kommer det frem kjønnsmessige forskjeller hos de ubetalte hjelperne med tanke på hvor mye ansvar de anser seg selv å ha og hvor store krav de våger å stille. Kvinnene påtar seg mer ansvar, da de er usikre på hvor mye som egentlig er deres ansvar juridisk og moralsk, mens menn er mindre redd for å stille krav da de har en mer avklart forståelse for hvem som skal gjøre hva. Samtidig kommer det frem en uuttalt forventning fra de betalte hjelperne at kvinnelige pårørende har et større ansvar enn de mannlige pårørende i denne prosessen og fungerer i mange tilfeller som en ubetalt koordinator. Den pårørendes ansvarsfølelse i forhold til tilstedeværelse var også ulik mellom kjønnene. Menn var i mindre grad villig til å ha den funksjonsnedsatte partneren sin hjemme da det gikk ut over fritid, privatliv og arbeid. Det gjorde det også for de kvinnelige ubetalte hjelperne, men de hadde høyere terskel for å søke om institusjonsplass og gikk ofte ned i arbeidsstilling eller sykemeldte seg for å kunne hjelpe partneren hjemme uten å ha behov for hjemmetjenester. Forklaringer på hvorfor det er kjønnete forskjeller går forfatteren ikke mer inn på enn at hun peker på tidligere forskning som støtter opp om at det er kjønnsforskjeller blant de ubetalte hjelperne. Hun tar også opp ordninger som omsorgslønn og kritiserer kommuners bruk av dem som en erstatning for tildeling av omsorgstjenester og mener det reproducerer kjønnsforskjeller da kvinner står som største gruppe av mottakere av omsorgslønn.

Sykepleier og førsteamanuensis Siri Tønnesen (2016) viser også hvordan forventningene forplanter seg nedover i tjenestesystemet ved å undersøke hva betalte hjelpere i hjemmesykepleien gjør når de tildeler tjenester til omsorgstrengende. Hun hevder at hjemmesykepleien kommer i et krysspress mellom brukernes rettigheter og behov og de organisatoriske og budsjettmessige rammene de må forholde seg til. Hun viser at de tillegger ubetalte hjelpere oppgaver ved enten å tilby et begrenset tilbud av tjenester, de avklarer hva de ubetalte hjelperne kan bidra med før de tildeler tjenester, eller at de ubetalte hjelperne blir



stedfortredere når hjemmesykepleien må utsette eller avlyse et oppdrag. I tillegg viser hun at ubetalte hjelpere gjør mange av de oppgavene som de betalte hjelperne gjorde før. Dette gjelder praktiske oppgaver som for eksempel innkjøp av nødvendige husholdningsvarer, husarbeid, følge til legetime og sosiale aktiviteter. Tønnesen hevder at de betalte hjelperne overfører oppgaver og ansvar til de ubetalte hjelperne og at dette arbeidet er usynlig. På denne måten klarer de betalte hjelperne å opprettholde det forfatteren mener ser ut til å bli en illusjon ved velferdsstaten. Nemlig like rettigheter til alle (Tønnesen, 2016, s.76, 80, 88, 93). Her ser vi hvordan objektive strukturer skaper et begrenset handlingsrom for både betalte og ubetalte hjelpere, og at manglende politisk satsning kommer til uttrykk gjennom begrensede økonomiske bevilgninger.

#### 1.1.4.2 Relevante praxeologiske studier

Jeg vil her trekke frem relevante praxeologiske studier på grunn av det teoretiske og metodiske fokuset, men også fordi de har relevans tematisk sett. Stein Erik Fæø skrev i 2016 sin masteravhandling om hjemmesykepleien. Det var i likhet med min studie en registrantanalyse, som historiserer hjemmesykepleiens genese gjennom stortingsmeldinger og andre politiske dokumenter som omhandlet sykepleie i hjemmet. Fæø viser at hjemmesykepleien har oppstått som en frivillig virksomhet for å avhjelpe sosial nød, som ble videreført og overtatt av det offentlige med en økonomisk logikk da det tok sikte på å avlaste sykehusene og ved det var mer samfunnsøkonomisk. Senere har denne logikken endret seg til en moralsk logikk som argumenterer med at det er best for pasienten å være hjemme. Fæø konstruerer hjemmesykepleien som et felt på tre ulike nivå. For det første som et subfelt i det politiske felt, dernest som et subfelt i den norske kommunehelsetjenesten og til slutt som et felt i seg selv med en egen sykepleiefaglig praksis (Fæø, 2016, s. ii). Denne studien støtter min historisering av hjemmesykepleien og det jeg har funnet i min empiri.

Akselberg (2012) undersøker hjemmesykepleien som felt og de ansattes handlinger belyst med Bourdieus praktikkteori. Hun viser at hjemmesykepleien er et subfelt av det medisinske og politiske felt og er påvirket og underordnet deres logikk og krav. Akselberg viser også at underordningen og påvirkningen har endret seg til at det politiske felt i større grad enn det medisinske dominerer hjemmesykepleien. Dette har sammenheng med en nyliberal styringsform som bruker økonomiske styringsverktøy i stedet for en ledelse basert på fag.

Agentene (sykepleierne) handler per praktisk sans for å få en arbeidshverdag preget av høye krav og få ressurser til å gå i hop.

Yngvild Brandser sin praxeologiske mastergradsavhandling om velferdsteknologi fra 2015 er også relevant i denne sammenhengen. Brandser (2015) viser at velferdsteknologi er et politisk veivalg i eldreomsorgen som skal bøte på for de demografiske endringene i befolkningen. Politisk fokus på velferdsteknologi og den ubetalte hjelpen kan ansees å være to ledd i en samlet politisk strategi for å redusere de offentlige utgiftene.

Hildegunn Sundal sin doktorgradsavhandling fra 2014 *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* er på mange måter relevant for min studie. For det første er det en historisk avhandlingen om hvordan foreldre (ubetalte hjelpere) har blitt ekskludert eller inkludert i pleien av deres syke barn i sykehus og hvordan det kan forklares ut fra en økonomisk og politisk logikk. Det handler blant annet om hvor foreldrene kan gjøre mest nytte for seg: på arbeid mens barna er i sykehuset (bra for samfunnsøkonomien), eller på sykehuset som en ubetalt pleie- og behandlingsassistent (bra for samfunnsøkonomien). Empirisk har Sundal analysert lærebøker i sykepleie. Teoretisk har hun benyttet seg av idehistoriker Michel Foucault som plasseres sammen med Pierre Bourdieu i den franske historiske epistemologien.

## 1.2 STUDIENS DISPOSISJON

Studien er delt i fire. Første del (kap.2.0) gir en innføring i de teoretiske og metodiske rammene for oppgaven. Andre del (kap.3.0) består av analyse av studiens empiri som inneholder to delanalyser med hver sin tidsperiode, 1945-1980 og 1980-2017. Tidsperioden deles i to på grunn av endringer i den politiske konteksten og rammene for utøvelsen av pleie av eldre i eget hjem. Dette får konsekvenser for både sykepleier og pårørende sin posisjon og avstanden mellom de to posisjonene i det sosiale rommet.

Analysen er en empirisk utgreiing og en fortløpende objektivering med bruk av Bourdieu sine analytiske begrep. Tredje del (kap.4.0) er en avsluttende analyse som presenterer og oppsummerer studiens resultater. Oppgaven avrundes med noen avsluttende betraktninger (kap.5.0).

## 2.0 TEORETISK OG METODISK RAMME

Min teoretiske og metodologiske ramme tar som nevnt utgangspunkt i verk av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002). De analytiske verktøyene til Bourdieu hjelper forskeren å tenke og analysere virkeligheten relasjonelt. Bourdieu har selv empirisk utforsket en utallig rekke praksiser<sup>5</sup> og over tid utviklet en teori om den praktiske sans. Den praktiske sans er det som skaper våre sosiale praktikker (Petersen, 1996, s.125). Praktikkteorien går, kort fortalt, ut på at sosiale agenter<sup>6</sup> handler som de gjør på grunn av at objektive strukturer og subjektive disposisjoner (økonomisk, sosial, kulturell kapital), er inkorporert kroppslig og gjør at mennesker handler situasjonsadekvat under gitte omstendigheter, per praktisk sans, og den praktikk kan vi konstruere frem teoretisk som agentenes habitus (jf. kap.2.1.1).

### 2.1 DISTINKSJONEN – EN SOSIOLOGISK KRITIKK AV DØMMEKRAFTEN

Denne studien er især inspirert av Bourdieus studie *Distinksjonen – En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Boken handler om smak, estetiske preferanser og hvordan det kan knyttes til klasse og posisjon i det sosiale rom. Umiddelbart kan dette virke lite relevant for min tematikk, men smak er et bilde på hvordan sosiale agenter uttrykker hvordan de i sin posisjon er ulike sosiale agenter i andre posisjoner. Disse forskjellene viser også til avstand i det sosiale rom og posisjonene vil stå i avstand eller i nærhet til hverandre. Å uttrykke forskjellene mellom sin posisjon og en annen posisjon er en stillingstaking som uttrykker *distinksjon*. Det sosiale rommet er en helhet av posisjoner, posisjonene er relasjonelle, det vil si de står i forhold til hverandre. Forskjellene kan vises skjematisk ved å dele det sosiale rommet i to dimensjoner ved bruk av to linjer som uttrykker kapitalmengde og kapitalform. Den vertikale linjen uttrykker den totale mengde kapital (kulturell, økonomisk, sosial), mens den horisontale linjen uttrykker kulturell eller økonomisk kapital. Posisjonene kan plasseres i disse dimensjonene ut i fra en stipulert, eller statistisk beregnet, kapitalsammensetning. Hovedpoenget er at posisjonene trekker mot enten den kulturelle pol eller den økonomiske

---

<sup>5</sup> Blant annet berbersamfunnet i Algerie, fransk akademia, det litterære felt og det religiøse felt, m.m. (Petersen, 1996, s. 125)

<sup>6</sup> Hos Bourdieu er agent en handlende i en sosial kontekst; det kan være et individ, en gruppe eller en institusjon. Det er viktig å fremheve at agenten ikke er rasjonell, det vil si at vedkommende ikke vet hvorfor de gjør som de gjør (Hovmark, 1997, s. 7)

pol, der polariseringen er uttrykk for forskjeller<sup>7</sup> (Bourdieu, 1995, s.34). Det sosiale rommet er konstruert teoretisk og vil ikke vise hvordan den sosiale virkeligheten materialiserer seg, men de ulike agentene har visse disposisjoner som er like og disse likhetene gjør at man teoretisk kan plassere dem i grupper, eller klasser om du vil. Dette betyr ikke at det er en politisk mobilisert klasse i marxistisk forstand, men en klasse av agenter som er i nærheten av hverandre i det konstruerte sosiale rom og derfor har større sannsynlighet for å finne sammen i vennskap, ekteskap, forretningsforbindelser og lignende. Tilsvarende vil det være sannsynlig at agenter som har avstand mellom hverandre (de er forskjellig) *ikke* vil finne sammen i overnevnte konstellasjoner (Bourdieu, 1994a, s.55-58).

Den sosiale virkeligheten er altså relasjonell (Bourdieu, 1995, s. 31). Når man analyserer den sosiale virkeligheten analyserer man forholdet mellom sosiale posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer (Horne, 2016, s.39). Agentene i samfunnet trekkes mot og inntar bestemte posisjoner ut i fra sin disposisjon, det vil si hans eller hennes kulturelle, sosiale og økonomiske kapitaler, og objektive strukturer som er inkorporert. De subjektive disposisjonene og de objektive strukturene er innleiret i deres kropper og dermed handler mennesker per praktisk sans (per habitus) når de agerer i de konkrete situasjonene. Deres posisjon avgjør hvordan de posisjonerer seg, det vil si hvordan de uttrykker seg gjennom ord, handling og holdninger. I henhold til denne studien vil det være relevant å forklare hvorfor de som inntar posisjonen «betalt hjelper» posisjonerer seg som de gjør når det gjelder temaet «ubetalte hjelpere». Det har jeg gjort ved å beskrive de objektive strukturene og ved å beskrive deres subjektive disposisjoner og ved det konstruere frem en institusjonell habitus for de betalte hjelperne. Posisjonene er relasjonelle ved at de er enten dominant/dominert, over/under osv. og de er forskjellige i form av at de posisjonerer seg forskjellig og disse posisjoneringene uttrykker derved relasjonen dem imellom (Bourdieu, 1995, s.33). Det vil også si at man kan ikke forstå en posisjon alene, man må forstå den i relasjon til flere posisjoner. For å forstå posisjonen *sykepleier* må man se den i relasjon til posisjonen *lege* og posisjonen *hjelpepleier* eller *pårørende*. Relasjonen dem imellom vil være preget av et dominansforhold og de er enten over eller under hverandre i det sosiale hierarkiet.

---

<sup>7</sup> Et skissert og tentativt bilde over det sosiale rommet som jeg har studert er å finne som vedlegg og nærmere beskrevet i kap.4.0

### 2.1.1 Habitus

Habitus gjør at agentene enten trekkes mot eller frastøtes fra en viss posisjon innenfor et felt, som igjen gjør at agenten posisjonerer seg på en viss måte. Det vil si at agenten har holdninger og meninger som i ord og gjerning samsvarer med posisjonen innenfor feltet (Petersen, 1989, s. 16). Forklart på en annen måte: Den praktiske sans kan objektiviseres ved å konstruere habitus frem. Habitus er et begrep som brukes for å objektivere den sosiale agentens sine klassifikasjonsskjemaer. Det vil si hvilke prinsipper agenten bruker for å anskue, vurdere og inndelegge den sosiale virkeligheten på (Bourdieu, 1995, s. 36-37). Habitus er et produkt av agentens individuelle historie – de subjektive disposisjonene - og historien til det sosiale kollektivet som agenten er en del av – de objektive strukturene. Habitus strukturerer agentens praksis<sup>8</sup> og blir gjennom agentens praksis reproduisert. De objektive strukturene blir inkorporert eller kroppsliggjort i agentens subjektive disposisjoner og reproduseres som en praksis. Det vil si habitus er strukturert av ytre og indre betingelser, og habitus vil strukturere hvordan agenten opplever, tenker og handler, det vil si hva han gjør (Bourdieu, 2007, s.94, 98). For at forskeren skal forstå hvordan det kan være at den sosiale agenten handler og/eller uttaler seg som han eller hun gjør må forskeren kartlegge de ytre og indre betingelsene som har strukturert agentens habitus, og medført at han agerer som han gjør per praktisk sans. Habitus er ikke deterministisk, men kontrollert. Agenten er begrenset av sin habitus, men ikke hindret. Habitusbegrepet rommer både kreativitet og betingelser, som «regulerte improvisasjoner» (Bourdieu, 2007, s.98). For å forstå og forklare agentens praksis må man kartlegge de sosiale vilkår som habitus har oppstått i og som den virker i og dermed de disposisjoner som har iverksatt den gitte ageringen.

I et felt har de ulike agentene en felles historie som er inkorporert i deres habitus. Det vil ikke si at de har samme habitus, de forskjellige habitus'ene og strukturene har på hver sin måte objektivert den kollektive historien, og dette gjør at den praksis som det skaper gir mening og blir forståelig for dem alle innenfor en gitt praksis, for eksempel det medisinske felt eller subfeltet sykepleie. Det er en kollektiv konsensus som forsterker det fornuftige ved den sunne

---

<sup>8</sup> Praksis, altså de handlinger/utsagn/valg, som agenten utfører finner sted i en gitt praksis (Horne, 2016, s.39).

fornuft (Bourdieu, 2007, s.99). Denne studien er ikke en feltanalyse, men begrepet felt vil bli brukt for å forklare fra hvor de agerende taler og fra hvilken posisjon i det gjeldende felt.

### 2.1.2 Felt

Et felt er et nettverk som består av ulike posisjoner som står i objektive relasjoner til hverandre. I feltet foregår det en fordeling av makt mellom de ulike posisjonene og de avgjør hvilke goder og fordeler en som agent i en spesifikk posisjon kan kreve eller tillate seg. Det foregår med andre ord forskjellige kamper i feltet. Kamper om posisjoner som gir adgang til goder og fordeler. Posisjonene står i objektive relasjoner til andre posisjoner med tanke på dominans, underkastelse eller homologi. Hvert enkelt felt styres av bestemte krav og en spesifikk logikk (Bourdieu & Wacquant, 1996, s.83-88).

Bourdieu mener altså at i feltet kjempes det om ulike former for *kapital*. Det kan være økonomisk, kulturell, sosial eller symbolsk kapital. Hvis man sammenligner feltet med et spill kan man også sammenligne kapital med et kort. Hvilket kort som har mest verdi avhenger av hvilket spill man spiller, på samme måte som hvilken kapitalform som er mest verdt avhenger av hvilket felt man befinner seg i. Det er heller ikke bare hvilken kapital man har som kan spille en rolle, men sammensetningen av ulike kapitaler og fordelingen av dem. Spillerne eller agentene kan forsøke å øke sin kapital eller forsøke å øke verdien av en gitt form for kapital (Bourdieu & Wacquant, 1996, s.83-88). Forenklet kan man beskrive de ulike kapitalformene slik: Økonomisk kapital er for eksempel formue, inntekt, eiendom. Kulturell kapital kan være utdanning, besittelse av og kjennskap til kulturelle objekter. Sosial kapital sikter til agentens nettverk, det vil si sosiale kontakter (som gir fordeler) (Bourdieu, 1986, s.243). De ulike kapitalformene fungerer som symbolsk kapital der hvor de tilkjennes verdi. Som eksempel vil en kulturell kapital som utdanning, mer spesifikt en teoretisk mastergrad i sykepleievitenskap, i større grad gi symbolsk kapital i sykepleiefeltet enn i kunstfeltet. I kunstfeltet må man enten konvertere sin sykepleiekapital til noe som er gangbart innenfor kunstfeltet eller begynne på nytt. For å beskytte, opprettholde eller øke verdien av sin kapitalsammensetning og derved sin posisjon benytter agentene er rekke *strategier* som ikke er direkte bevisste eller kalkulerte (Broady, 1998, s. 2). Agentene må som nevnt ha en «sans for spillet» og det er dette Bourdieu kaller for den *praktiske sans*. Det handler om at agenten klarer å tilpasse seg feltets krav (Bourdieu, 2007, s. 110, 114).

### 2.1.2 Doxa, Illusio, Ortodoksa, Heterodoksa

Når agenten klarer å tilpasse seg feltets spilleregler er det en overensstemmelse mellom agentens habitus og feltet, det vil si mellom den individuelle og den kollektive historie (Bourdieu, 2007, s. 110, 114). Feltets spilleregler kalles i denne optikken for *doxa*<sup>9</sup>. Det er feltets premisser som ikke kan protesteres mot, de må (ubevisst) aksepteres av agenten for å kunne delta i feltet (Wilken, 2008, s.42-43). Doxa er kunnskap som ikke er bevisst, men den er tatt for gitt, «naturlig» (Prieur & Sestoft, 2006, s.44) Erfaringer med de objektive strukturene (spillet) gjør at spillet gir mening for agenten og gjør at agenten anerkjenner spillet. Det kaller Bourdieu *illusio*. Det er å investere i spillet og akseptere feltets *doxa*, spillets grunnlag (Bourdieu, 2007, s. 110, 114). *Illusio* vil si å være investert i spillet, det er noe som står på spill og man har noe man risikerer å tape. Spillet gir mening fordi ens habitus samsvarer med feltets doxa. På motsatt side vil den samme habitus ikke vise forståelse eller engasjement i kamper som finner sted i andre felt, det vil si felt som ikke samsvarer med habitus (Bourdieu, 1996, s. 132-133). For å få adgang til feltet må man som agent akseptere feltets doxa. Man må derfor oppføre seg, skrive, snakke og handle på en bestemt måte, som ikke er tilfeldig, men forskrevet av feltets doxa. Når doxa blir utfordret kaller Bourdieu det for *heterodoksa*. Det vil si en avvikende mening om saken, å oppføre seg, skrive, snakke og handle på en måte som strider med feltets doxa. Når dette skjer vil tendensen være at feltets agenter, spesielt de som har makt og dominans i feltet, vil forsvare den gjeldende doxa. De går tilbake til den «opprinnelige» måten å forstå saken på. Dette kaller Bourdieu for *ortodoksa* (Petersen, 1989, s. 46).

### 2.1.3 Å bryte med den sunne fornuft

Sosiale strukturer og måten den sosiale verden fungerer blir ofte tatt for gitt av de som har sin plass i den. Måten man handler på og måten man forstår sine omgivelser på er, ifølge Bourdieu, produkter av historien. Disse produktene er vilkårlige, det vil si at de hendelsene og omstendighetene som skapte nåtiden kunne like gjerne vært noen helt andre og kunne derfor skapt et helt annet bilde av dagens virkelighet (Esmark, 2009, s.191.).

---

<sup>9</sup> Av gresk mening, formodning

Historisering vil være en mulighet til å frigjøre seg fra historien og på den måte sette seg i stand til å unngå å gjenta den, eller å unngå reproduksjon av visse kategoriske handlingsmønstre, som for eksempel at kvinner blir tiltenkt mer omfattende ansvar for omsorgsoppgaver enn menn (Breimo, 2014). Historiseringen er et redskap som setter oss i stand til å forstå vår moderne verden og det som er skjult ved den. Det er noe vi ikke får øye på i *det daglige* fordi den er en inkorporert del av oss og vår måte å handle, forstå og tolke på (Esmark, 2009).

I praxeologisk forskning utfordres den *sunne fornuften*<sup>10</sup>. Den sunne fornuften skal mistenkeliggjøres fordi hvorfor vi gjør som vi gjør er miskjent for oss, vi handler situasjonsadekvat og reproducerer da den sunne fornuft. Ingen er født med visdom, og umiddelbar viten er en illusjon. Denne bruddtenkningen handler om å objektivere objektet som er utsatt for vitenskapelig undersøkelse og om å objektivere seg selv og sin posisjon som forsker. Dette kalles for det dobbelte brudd<sup>11</sup> (Bourdieu, 1994). Problemet, eller nærmere bestemt utfordringen ved det å bryte med den sunne fornuft i en forskningsammenheng, er at denne sunne fornuften er ekstremt utholdende. Denne utholdenheten kan komme av at den sunne fornuft kommer til uttrykk gjennom en overensstemmelse mellom det individuelle og det kollektive (mellom habitus og felt) (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1991, s.13; Bourdieu, 2007, s,99).

#### 2.1.4 Den maskuline dominans

Denne studien handler om hvordan et kvinnedominert fag (sykepleie) har posisjonert seg om pårørendes posisjon for hjelpetrengende eldre. Siden det tradisjonelt er kvinnelige pårørende som har hatt mest ansvar for pleie i hjemmet er kjønnsperspektivet tydelig i denne studien. Kjønn har å gjøre med den posisjonen man inntar i et felt og derved ikke alene bestemt av det biologiske kjønn: mann/kvinne. For eksempel er sykepleie som fag et kvinnefag, men det finnes også menn som blir sykepleiere, poenget i en Bourdieu-optikk er at den mannlige sykepleier inntar en kvinnelig posisjon i det medisinske felt uavhengig av sitt biologiske kjønn.

---

<sup>10</sup> Etter Morten Nørholm og Karin Anna Petersen sin oversettelse i Callewaert, Munk, Nørholm & Petersen (1994).

<sup>11</sup> Objektiveringen av meg og min posisjon i forhold til mitt forskningsobjekt og min posisjon i det sosiale rom har jeg fremstilt skjematisk i vedlegg nr.1



Bourdieu's bok *Den maskuline dominans* er relevant i denne sammenheng. Kjønnforskjeller er en institusjon<sup>12</sup> som er innskrevet i objektive strukturer og i subjektive mentale strukturer og sementerer seg som en inkorporert sosial praksis. Denne innskrivningen har foregått i tusenvis av år. Kroppene våre reproducerer den mytologiske, kollektive idéen om at mannen dominerer kvinnen, gjennom sine praktikker. Kroppene våre er sosialisert gjennom habitus og rituelle praktikker. Når man har en slik overensstemmelse mellom de objektive og subjektive strukturerne, mellom det ytre og det indre og den praksis som reproduceres i ord og handling, blir den mannlige dominansen til et universelt prinsipp for iakttagelse, tenkning og handling. Det blir doksisk. Det blir så selvfølgelig at man ikke opplever det, det er så legitimt at det ikke er behov for å legitimere dominansforholdet. Men Bourdieu mener at dette forholdet er vilkårlig, det vil si det er blitt til under bestemte historiske vilkår og det er sosialt konstruert. Det er med andre ord ikke en gitt orden som ikke kan endres. Men en endring krever mer enn en diskursiv endring, endring krever at habitus endres. Det innebærer at det skjer over tid og krever at de objektive vilkårene og de subjektive disposisjonene endres og en ny habitus etableres (Callewaert & Petersen, 1994).

Gjennom sine studier i Algerie<sup>13</sup> viser Bourdieu hvordan disse mytiske forskjellene viser seg som naturaliserte dominansforhold. Det mannlige herredømme er en selvfølgelighet og det trenger ikke å bli rettferdiggjort. Det kommer til uttrykk gjennom diskurser, grafiske dekorasjoner på veggene, tidsoppdelingen, sosiale og tekniske praktikker og kroppsteknikker. Kjønnene blir i denne mytologien stilt opp mot hverandre i homologe motforestillinger; mann/kvinne, kald/varm, ute/inne, dominant/dominert. Det at man bruker homologe motforestillinger gir også effekten av en bekreftelse. Kjønnsgivningen gir to forskjellige karakteristikk som er såpass forskjellige at de bekrefter og «utfyller» hverandre. Arbeidsdelingen slik som den materialiserer seg i praksis er kun en effekt av tingenes mening, «slik ting er» (Callewaert & Petersen, 1994).

I denne studien har jeg blant annet vist hvordan doxa om arbeidsdelingen mellom kjønnene kommer til uttrykk i de empiriske data, dokumentene som er innsamlet og hvordan doxa

---

<sup>12</sup> En sosial norm

<sup>13</sup> Han undersøkte berbersamfunn i Algerie i det førkoloniale, koloniale og ved overgangen til det moderne

endrer seg over tid, men fortsatt er en struktur som er gjeldende i samfunnet (jamfør min empiri frem til 2017).

## 2.2 REGISTRANTANALYSE

En registrantanalyse er en teknikk som går ut på at man utfører en systematisk lesning av dokumenter som tar sikte på å danne et overblikk og et bilde av historiske forløp, det være seg små eller store endringer som har vært avgjørende for hvordan sosiale fenomener ser ut den dag i dag. På denne måten vil en historisering være med på å forklare og gi forståelse av det gitte sosiale fenomenet som man undersøker. Forklart på en enklere måte; de historiske prosessene som man avdekker vil gi en forståelse for hvorfor agenter handler (skriver) slik som de gjør om de pårørende. Historien vil være med til å forklare hvorfor pårørende har den posisjonen som de har i sykepleiefaget. Målet er også å avdekke hvilke strukturer og institusjonelle betingelser som ligger til grunn for den praksis vi ser i dag (Kropp, 2009, s. 173-174).

Rent praktisk utføres metoden ved å lage et kortfattet sammendrag av tekstene og i tillegg stille de samme spørsmålene til alle tekstene. Når man bruker en praxeologisk optikk må man stille spørsmål som kan gi svar på agentens (forfatter eller institusjon) posisjon og hvordan de/den posisjonerer seg. En dokumentanalyse som bruker en praxeologisk optikk skal man være mistenksom overfor det som står i dokumentene. Dokumentene er levninger fra en annen tid, men det er fortsatt en selvfrestilling og en bestemt diskurs som i en praxeologisk optikk krever at man analyserer kritisk og objektiviserer (Esmark, 2009, s.194)

Spørsmål som jeg stilte til hvert enkelt dokument var følgende:

1. Referanse
2. Hvem er agenten (hvilken posisjon har forfatteren i sykepleiefaget eller i NSF og hva er hans/hennes disposisjon (kulturell, økonomisk, sosial kapital), jeg forsøkte også å finne frem til bokens posisjon i faget)
3. Hva forstås som problemet (posisjonering)
4. Hva skal pårørende gjøre og hvorfor (posisjonering)
5. Hva skal pårørende ikke gjøre (posisjonering)
6. Hvem er pårørende (posisjonering)
7. Blir kjønn nevnt (posisjonering)

8. Hva er doxa (posisjonering)
9. Hva kjempes det om (posisjonering)

Ved å stille spørsmål om hva pårørende skal gjøre og ikke gjøre, ønsket jeg å se om jeg kunne avklare ansvarsforholdet mellom pårørende og sykepleier, men da spesielt hvilket ansvar sykepleier «pålegger» pårørende. Spørsmålet om hvem pårørende er, handler om hva som er den rådende mening om hvem som blir inkludert som pasientens nærmeste. Min antagelse var at dette ville endre seg over tid. Kjønn ble tatt med som et eget spørsmål til teksten for å kunne påvise eller avise antagelsen om at kvinner ble pålagt mer ansvar for omsorg enn menn. Datamaterialet representerer en diskursiv presentasjon av feltets doxa og de kampene/uenighetene som finner sted. Målet er å knytte de diskursive forandringene som man etter hvert avdekker til en sosial praksis og posisjon i et bestemt sosialt rom. Det vil hjelpe en til å forstå de «diskursive ytringene som en form for praktisk stillingtaking produsert i konkrete sosiale rom» (Kropp, 2009, s. 182)

### 2.2.1 Datautvalg

Mitt datautvalg har bestått av det som jeg underveis empirisk har identifisert som de mest sentrale lærebøkene<sup>14</sup> i hjemmesykepleie, i noen tilfeller kapitler om sykepleie i hjemmet i mer generelle lærebøker. Jeg har også inkludert artikler, reportasjer og innlegg fra tidsskriftet *Sykepleien*. Alt utvalg stammer fra tidsperioden 1945-2017<sup>15</sup>. Tidsskriftet *Sykepleien* er kun digitalt fra og med 2008, jeg har derfor lest alle tidsskriftnummer i fysisk format fra 1945-2007. For effektivitetens del og tidsbegrensningen som ligger i en masteroppgave har jeg sett stort sett på overskrifter og bare stoppet opp og lest de som hadde noe med hjemmesykepleie, eldre, pårørende, distriktshelsetjeneste og lignende å gjøre. Grunnen til at jeg har valgt å avgrense meg til eldre i eget hjem, er at det her blir mest tydelig at pårørende får en sentral posisjon, om det så er frivillig eller av faktisk nødvendighet. Jeg har tatt med stort sett alle

---

<sup>14</sup> For å begrense utvalget har jeg valgt de bøkene som har ordet «hjemmesykepleie», «hjemmets sykepleie» og lignende i tittel og tematikk. Bøker i geriatrisk sykepleie har blitt ekskludert, da de har et medisinsk fokus som vedrører sykdom og har sitt hovedfokus på sykehjem. Pensumlister har blitt hentet fra diverse høgskoler sine nettsider og ved noen tilfeller direkte kontakt med bibliotek/fagansvarlig/administrative ved høgskolene (se vedlegg nr.2 for liste over bøker som er inkludert og ekskludert fra registranten). Utvalget av bøker før 1985 har jeg søkt meg frem til i nasjonalbiblioteket, men utvalget har jeg fått bekreftet som relevant gjennom Sundal (2014, s. 43) sin liste over kilder.

<sup>15</sup> Datautvalget som ble utvalgt til bruk i analysen (kap.3.0) er lagt ved som vedlegg nr.3

artikler som handler om hjemmesykepleie, men ikke alle som handler om eldre, da mye av dette handler om institusjonspleie og til og med pårørende, men det er fortsatt ikke relevant da jeg bare vil se på det som foregår i pasientens hjem. Artikler som handler om hjemmesykepleie, men som jeg ikke har tatt med i utvalget, har i for stor grad handlet om de organisatoriske og administrative aspektene ved tjenesten. Da jeg gikk gjennom de digitaliserte numrene brukte jeg søkeord som hjemmesykepleie, pårørende, eldreomsorg, eldre og brukte samme utvalgskriterier som over.

Samme metode ble brukt på lærebøkene som var lagt ut på [www.nasjonalbiblioteket.no](http://www.nasjonalbiblioteket.no). Ved bruk av bøker i fysisk format brukte jeg innholdsfortegnelse og register for å navigere meg. Av lærebøker i hjemmesykepleie er utvalget begrenset før 1990-tallet. Dette har nok med at tjenesten ikke ble lovpålagt før i 1984, og at sykepleiefaget frem til da har vært preget av institusjonspleie (jf.kap.3.2.2 og 3.2.2.4).

Ved søk etter relevant forskning har dette blitt foretatt fortløpende. Jeg har gjort mesteparten av søkene i forkant, men da det stadig dukker opp nye problemstillinger eller relevante perspektiver som blir nødvendige å ha med har litteratursøk vært en kontinuerlig del av arbeidet med studien. Rent praktisk har søk blitt foretatt i ORIA, Nasjonalbiblioteket, regjeringen.no og Google Scholar. Jeg har også brukt *citation pearl growing*-metoden, som går ut på at en finner relevant litteratur i referanselisten til artikler som omhandler tematikken man undersøker. For eksempel fant jeg en av mine hovedkilder til historiseringen av velferdsstaten *Sosialdemokratiets tidsalder. Norge og Sverige i det 20. århundre* av Francis Sejersted i referanselisten til boken *Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894-1994* av Bjørnson & Haavet (1994).

#### 2.2.2.1 Styrker og svakheter ved datautvalget

En styrke ved dette datautvalget er at det er et rikt utvalg av format (innlegg, forskningsartikler, reportasjer, lærebøker, lederspalter, osv.) og av omfang stort. Jeg har bladd meg gjennom utallige nummer<sup>16</sup> av tidsskriftet *Sykepleien*. Det er variert i form av ulike forfattere som kan

---

<sup>16</sup> Grovt estimert til rundt 1500 nummer. Noen årganger kom det ut 2 nummer i måneden, andre 4. Jeg noterte ikke antall nummer per årgang underveis, men jeg har i alle fall gjennomgått alle tilgjengelige årganger ved Høgskolen på Vestlandet sitt magasin på Kronstad mellom tidsperioden 1945-2007. Årganger som manglet var 1964 og 1972.

sies å stå for ulike posisjoner og posisjoneringer innenfor dette feltet. En ulempe er at kildene er normative og vil ikke si noe om hvordan det ser ut i praksis. En annen ulempe er at det vil være vanskelig å avdekke heterodokse tilganger til problemene da jeg kun har valgt ett organ, det vil si Norsk Sykepleierforbund [NSF] som er utgiver av tidsskriftet. Lærebøkene vil sannsynligvis heller ikke være en representasjon av det heterodokse da NSF i stor grad har hatt kontroll over utdanning og utøvelse av sykepleiefaget, spesielt frem til 1986. Tidsrommet for utvalget (1945-2017) byr på en stor historisk variasjon og er spesielt relevant i forhold til tematikken om ansvar da man i løpet av denne perioden har en juridisk endring i forhold til ansvar for omsorg og man har en endring i sykepleietjenesten og det offentlige helsevesen og dets inntog i hjemmene. I forhold til konstruksjonen av kvinnen som «naturlig» omsorgsgiver ville det vært en styrke å gå lengre tilbake i tid. Opphavet til kvinnens posisjon slik den så ut i *husmortiden* går lengre tilbake enn 1945. Men tidsperioden er et fornuftig valg i forhold til å avdekke små eller store forandringer i pårørendes posisjon i sykepleiefaget, med tanke på de overnevnte endringene i samfunn og helsetjeneste.

#### 2.2.2.2 Bearbeiding av data og etiske hensyn

Det har vært vanskelig å finne svar på alle spørsmålene i hvert enkelt dokument. Den største utfordringen rent metodisk og teoretisk har vært å besvare spørsmålene om *hva er doxa* og *hva kjempes det om*. Dette er spørsmål som spiller spesielt hen til det å være kritisk til dokumentet og objektiveringen av det som blir sagt. Som en løsning på problemet har jeg i noen tilfeller formulert svarene som spørsmål, i håp om å se en sammenheng når jeg ser på empirien samlet. Det har også vært nødvendig å la det stå åpent og heller skrive et lengre sammendrag enn det jeg vanligvis ville under spørsmålet *hva forstås som problemet*<sup>17</sup>. Data som har blitt inkludert i analysen har i størst mulig grad blitt fremstilt som tro mot den opprinnelige teksten. De analytiske begrepene har blitt «lagt over» teksten slik at det kommer tydelig frem hva som er den originale teksten og hva som er min analyse.

Min empiri er kilder som er tilgjengelige for allmennheten og krever derfor ingen fortrolig behandling. Likevel vil det være viktig å bruke kildene på en respektfull måte og være varsom i hvordan man tolker og fremstiller det skriftlige materialet, selv om en viss grad av krenkelse

---

<sup>17</sup> Se vedlegg nr.3 for en oversikt over hvordan jeg har analysert de ulike dokumentene

er uunngåelig da menneskene bak mitt datamateriale ikke har bedt om å bli utsatt for forskning. Man skal i denne optikken være kritisk til den fremstillingen som blir presentert for leseren, men det handler mer om at en skal objektivere det som blir skrevet og gå bak det for å vise hvorfor det blir skrevet. Det handler om posisjoneringer, men man skal fortsatt ikke legge intensjoner eller «ord i munnen» på de menneskene som ikke kan forsvare seg eller argumentere for en annen begrunnelse for dokumentet. Det handler også om at man må objektivere sin egen posisjon som forsker i feltet, det vil si bruke de samme verktøy mot en selv som mot det materialet man analyserer (jf. det dobbelte brudd, kap.2.1.3)

### 3.0 ANALYSE AV STUDIENS EMPIRI

I dette kapitlet (kap.3.2-3.3) har jeg analysert de aktuelle tekstene i lys av samfunnskonteksten de var skrevet i. Analysen er gjort ved bruk av Bourdieus teoretiske begrep doxa, ortodoksa, heterodoksa, felt, kapital, posisjon, posisjonering og distinksjon (jf.kap.2.0). Analysen er delt opp i to tidsperioder for å tydeliggjøre endringene som finner sted i både velferdspolitikken og i feltet for betalt hjelp. Delanalyse I er fra tidsperioden 1945-1980, mens delanalyse II er fra 1980-2017. I analysene kommer det frem at doxa endrer seg fra at de eldre er familiens ansvar til å bli et omfattende offentlige ansvar for de eldre sitt ve og vel, til å til slutt bli et delt ansvar mellom det offentlige og familien. Doxa om at det er et delt ansvar er ikke stadfestet eksplisitt i de juridiske rammene, men min empiri og tidligere forskning tyder på at det er slik den sosiale virkeligheten ser ut.

#### 3.1 Å BRYTE MED DEN VEDTATTE SPRÅKBRUKEN

En rekke ord blir brukt som en betegnelse på forskningsobjektet mitt. Umiddelbart kan forskningsobjektet mitt sies å være "pårørende sin posisjon i sykepleiefaget". Pårørende sin posisjon i sykepleiefaget skal objektiviseres (jf.kap.2.1.3). Da vil jeg først begynne med å objektivere begrepet. Ord som har blitt brukt og som går igjen i dagens politiske og faglige dokumenter er *pårørende*, *frivillige omsorgsytere*, *uformell omsorg*, *familien*, *ytre ressurser*, *nettverk* og lignende. Disse ordene er eksempler på en språkbruk som er byråkratisk og som sykepleieinstitusjonen selv bruker som et resultat av deres underordning i det politiske felt (jf.kap.1.1.3.2). Et metodologisk grep er derfor å bryte med denne språkbruken ved å objektivere. Det man da oppnår er at man kan fremanalysere hvilke faser og kamper som har skapt terminologien og hvilke institusjoner som har vært gjeldende. Det gjelder også å bryte

med institusjonenes selvforståelse og selvframstillinger og sin egen (Petersen, 2007, s. 162, 173). I denne studien undersøker jeg sykepleie som en institusjon gjennom sykepleiernes faglige og fagpolitiske organ Norsk sykepleierforbund og sykepleielitteraturen som til en viss grad har vært under NSF's kontroll (jf. kap. 3.2.2 og 3.3.2). NSF er legitimert som fagpolitisk organ av staten og har tillatelse til å forhandle med offentlige myndigheter om lønn og arbeidsvilkår på vegne av 100.000 sykepleiere. Jeg har derfor valgt å frigjøre forskningsobjektet mitt fra språkbruken som dominerer institusjonen og overordnede maktfelt. Under vil jeg beskrive hva det er jeg studerer og derved objektivere det. Det er en preliminær definisjon av forskningsobjektet:

Hva er pårørende (1) og hva er det ikke (2), hva sykepleie er (2) og hva det ikke er (1)

1. *De som selv vurderer seg som en av dem som skal hjelpe den som ikke kan hjelpe seg selv, uten å få økonomisk kompensasjon for hjelpen (de ubetalte hjelperne)*
2. *De som blir vurdert av offentlige myndigheter som egnet til å hjelpe den som ikke kan hjelpe seg selv, som får økonomisk kompensasjon for hjelpen utbetalt av et statlig eller kommunalt organ (de betalte hjelperne)*

For å forenkle dette språklig for videre bruk i studien skiller jeg mellom de to som *ubetalte* *hjelpere* og *betalte* *hjelpere*.

I denne studien er ikke sykepleieren mitt forskningsobjekt, men hun er en agerende i feltet, derfor kan et brudd med betegnelse sykepleie være relevant. Sykepleieren er en hjelper som ikke kan hjelpe seg selv mot betaling<sup>18</sup>. Pårørende er en hjelper som pleier en syk uten betaling. Man bryter her med *den sunne fornuft*. Det å betegne pårørende som en ubetalt hjelper er en måte å analysere frem hvorfor pårørende er politisk interessant i en velferdsstatlig kontekst der det politiske målet kan fremstå å være å innskrenke det statlige økonomiske omfanget i velferden til befolkningen. I et praxeologisk perspektiv er det viktig å få frem relasjoner og distinksjoner. Relasjonen mellom sykepleier og pårørende kommer frem

---

<sup>18</sup> En som hjelper noen mot betaling kan sies å være andre enn sykepleiere. Men som et utgangspunkt er det kun sykepleieren som hjelper mot betaling. Det kommer frem senere i studien at det er flere agenter som inntar posisjonen som betalt hjelper (samaritter, hjelpepleier, o.l.), derfor blir en distingvering gjort fortløpende når disse kommer på banen.

når jeg uttrykker de to som henholdsvis betalt og ubetalt hjelp. Deres oppdrag er å hjelpe, men distinksjonen mellom dem er at den ene får betalt og den andre ikke får det.

### 3.1.1 Analysedelene sin struktur

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene (jf.kap.1.1), spørsmålene som ble stilt i registrantanalysen (jf.kap.2.2), bruddet med de doksiske begrepene i feltet (jf.kap.3.1) og Bourdieus begrepsmessige verktøykasse (jf.kap.2.0) har jeg valgt å strukturere analysedelen ved å svare på følgende spørsmål<sup>19</sup>:

- Hva er doxa om hvilken posisjon og hva slags ansvar den *ubetalte hjelperen* har for eldre pleietrengende i eget hjem ifølge *den betalte hjelpen*?
- Hvordan strukturerer det seg i henholdsvis lærebøker og tidsskrift?
- Hvilke posisjoner posisjonerer seg på hvilken måte?
- Hvor kommer det fra (genese)? – historien og disposisjoner – hvilke økonomiske, sosiale og kulturelle kapitaler er det som gjør det mulig for posisjonen å posisjonere seg på en viss måte?
- Hva er doxa om kvinnen som ubetalt hjelper?

## 3.2 DELANALYSE I – POSISJONENE BETALTE OG UBETALTE HJELPERE SIN REISE FRA AVSTAND TIL NÆRHET 1945-1980

I det følgende blir studiens funn mellom 1945-1980 presentert. Presentasjonen er delt mellom en historisering av velferdsstaten (kap.3.2.1), en konstruksjon av den betalte hjelperens institusjonelle habitus (kap.3.2.2) og empiriske funn fra lærebøker og tidsskrift (kap.3.2.3-3.2.4). Historiseringen av velferdsstaten er en kartlegging av de objektive strukturene som strukturerte og dannet grunnlaget for en offentlig overtagelse av ansvaret for eldre mennesker med pleiebehov. Det vil si hvordan det gikk fra å være en ubetalt og usynlig oppgave som foregikk i hjemmene hvor doxa var at de ubetalte hjelperne skulle ta hånd om eldre pleietrengende til å bli en offentlig regulert og finansiert tjeneste utført av betalte hjelpere. Det kan vi forstå som en kollektiv historie som hver enkelt agent i det norske samfunn er bærer av og som kan objektiveres gjennom en konstruksjon av agentenes habitus som kommer til uttrykk på forskjellige måter gjennom deres praksis, men det skaper fortsatt

---

<sup>19</sup> Spørsmålene blir ikke besvart i en kronologisk rekkefølge



en kollektiv konsensus om at eldre pleietrengende skal tas hånd om av betalte hjelpere<sup>20</sup>. Det blir til slutt feltets doxa. Denne endringen i doxa blir illustrert av de empiriske funnene fra lærebøker og tidsskrift. Empirien viser hvordan posisjonene posisjonerer seg på grunn av sin disposisjon som betalt hjelper og behandlingsassistent. Andre posisjoner som posisjonerer seg blir ikke utsatt for habituskonstruksjon, men deres posisjoneringer blir objektivert og i kapittel 4.0 satt i relasjon til hverandre og til den betalte og ubetalte hjelper.

### 3.2.1 Den offentlige finansierte omsorgens genese

Otterstad (2013) viser at eldrebølgen i Norge startet sin utvikling rundt 1870, da var levealderen rundt 26 år. I 1950 var levealderen 65 år. Eldrebølgen begynner da å vise sine dønninger på 1950-tallet og kan være med på å forklare hvorfor et offentlig ansvar ble nødvendig. I det følgende kommer en historisk fremstilling av hvordan man i Norge har gått fra å ha offentlig initierte og definerte tjenester til en avgrenset gruppe av befolkningen til at det gjelder hele befolkningen.

Den danske sosiologiprofessoren Gøsta Esping-Andersen (referert i Sejersted, 2005, s. 265) skiller mellom tre ulike velferdsregimer; liberale, konservative og sosialdemokratiske. Forskjellen mellom de ulike ligger i hvor de legger det økonomiske og faktiske ansvaret. Den står mellom henholdsvis markedet, familien og staten. Den skandinaviske, som er et eksempel på den sosialdemokratiske modellen, skiller seg sterkt fra de to førstnevnte ved at store deler av ansvaret for sosial trygghet ligger hos staten. Den norske historikeren Francis Sejersted (1936 -2015) trekker i sin bok *Sosialdemokratiets tidsalder. Norge og Sverige i det 20. århundre* spesielt frem eksempelet med at i Skandinavia har familien mye mindre ansvar for sine eldre enn i konservative velferdsstater som gir familien høy grad av forpliktelser (s.265), som enkelte av de søreuropeiske landene, for eksempel Spania og Hellas. De konservative modellene bærer preg av at de enten subsidierer familiens omsorgsarbeid økonomisk eller ved at den offentlige omsorgspolitikken er ikke-eksisterende (Leira, 2012, s. 82). Det vil si at de ubetalte hjelperne får en symbolsk sum for sin innsats eller at de blir tvunget til å ta seg av sine eldre familiemedlemmer fordi ingen andre gjør det.

---

<sup>20</sup> Jamfør.kap.1.1.4.1 – Daatland & Veenstra (2012c) viser at den generelle oppfatningen blant befolkningen er at det offentlige har hovedansvaret for eldreomsorgen

### 3.2.1.1 Fra sosialhjelpsstat til velferdsstat

Det som vi nå karakteriserer som velferdsstaten i Norge ble etablert og utviklet i forlengelsen av det Anne-Lise Seip (1984) karakteriserer som *sosialhjelpsstaten*. Det beskrives som en mellomting mellom velferdsstaten og den gamle laissez-faire staten der selvansvar var det bærende element. I sosialhjelpsstaten hadde staten sosialt ansvar for enkelte grupper og enkelte universalistiske tiltak. Systemet var en blanding av offentlig og privat ansvar der det offentlige ansvaret som oftest var begrenset til de med lavest inntekt (s.12). Det vil si at når det gjelder omsorgsarbeid knyttet til de eldre var dette ansvaret lagt til det private, til familien. Der behovene oversteg ressursene til familien eller dersom en ikke hadde familie ble det offentlige ansvaret gjeldende. Denne *sosialhjelpsstaten* ble omformet til det vi nå kjenner som velferdsstaten i løpet av rundt femti år etter 1920. Det begynte, med tanker og ideer og resulterte til slutt i mer konkrete handlinger på 1960-tallet. I slutten av 1930-årene begynner man å snakke om likhet. Arbeiderpartiet ville ha likhet mellom klasser, Bondepartiet ville ha likhet mellom by og land. Man ønsket også økonomisk likhet mellom kommunene. Profesjonene krevde like tilbud til hele befolkningen. På denne tiden hadde staten overlatt mange utgifter til kommunene, noe som førte til ulikhet i kommunenes økonomi og deres tilbud til befolkningen. Nå krevde man at staten skulle ta over og utjevne forskjellene (Seip, 1994, s.129-130).

### 3.2.1.2 Befolkningspolitikk og ekspertenes inntog

Et stadig større internasjonalt og nasjonalt fokus på befolkningens levekår førte til en politikk som i større grad enn før tok sikte på å sikre befolkningen en viss standard når det gjaldt bolig, helse og ernæring. Denne standarden kom fra et ønske om å måle hvordan nasjonens tilstand var, men da forholdene sjeldent svarte til standardmålet krevde dette også tiltak. Både standardsetting og adekvate tiltak krevde hjelp fra fagfolk, politikerne kunne ikke mestre det alene. Fremtredende økonomer og leger samarbeidet om mål og tiltak. Selv om ikke alt ble gjennomført slik som det var tenkt, ble tankegangen videre at økonomisk og sosial politikk ikke skulle adskilles. I tillegg var prinsippet om universalitet etablert i teorien, men ikke i praksis. Tanker om effektivitet, rasjonalitet og kollektivismen var også i vinden. Så kom andre

verdenskrig. Internasjonale strømninger under krigen, som Englands Beveridge-plan<sup>21</sup> og Atlanterhavserklæringen, skapte tanker og planer om universell velferd fra vugge til grav og dannet noe av grunnlaget for trygdesystemets utvikling etter andre verdenskrig (Seip, 1994. s.133-134, 139-140, 143). Den universelle velferden skulle være sosialt utjevne. Fattighjelpen var behovsprøvd og fungerte segregerende ved at de som mottok hjelp ikke var fullverdige medborgere. Derved skulle den universelle velferden unngå å stigmatisere de hjelpetrequende (Sejersted, 2005, s. 114).

Sejersted (2005, s. 233-234) beskriver en ny form for ideologi som preger sosialdemokratene i Norge og Sverige på denne tiden. Man utvikler en tro på at man kan skape et bedre samfunn ved hjelp av vitenskapen. Det var her tankene om rasjonalitet kom til uttrykk: økt offentlig satsning på forskning og utredninger som skulle danne grunnlaget for reformer for et bedre samfunn. Alliansen med vitenskapen skapte en rekke «eksperter» som hadde innflytelse på både politikk og samfunn. Sejersted fremhever at sosialdemokratenes allianse med vitenskapen var med på å gjøre at de kunne ha politisk hegemoni i så lang tid. I tillegg mener han at vitenskapsideologien bidro til den politiske enigheten man så i etterkrigstiden. Dette viser at det politiske feltet fikk nye agenter som fikk økt symbolsk kapital i feltet på grunn av deres ekspertise. Dette gjaldt spesielt legeprofesjonen. Når det gjelder helsepolitikken var Karl Evang (1902-1981) sentral, et godt eksempel på hvordan den medisinske profesjon fikk styrket sin posisjon i politikken og samfunnet under utviklingen av velferdsstaten. Evang var, ifølge Schøitz (2017, s. 298), i realiteten den som inntok den mest sentrale og dominante posisjonen i utformingen av den norske helsepolitikken i etterkrigstiden. Han var helsedirektør fra 1938-1972. Hans ambisjoner om en sunn befolkning fikk politiske bein å gå på, men et politisk fokus på sunnheten i befolkningen var ikke noe nytt. Før moderniteten var det politiske ambisjoner om sunne arbeidere og selvfølgelig sterke og kampdyktige soldater. Dette var også en del av nasjonsoppbyggingen fra 1800-tallet. Evang fokuserte sterkt på prinsippet om, og fikk gjennomslag for, at helse ikke var en utgift, men en investering. Staten ville være tjent med en

---

<sup>21</sup> En rapport skrevet av økonomen, juristen og sosialreformatoren William Henry Beveridge som la grunnlaget for den britiske velferdsstaten. Prinsippene som ble lagt frem i rapporten var statlig ansvar for befolkningens minsteinntekt og deres helse- og omsorgsbehov gjennom universelle tjenester (Wikipedia, 2018, 24. mars)

sunn befolkning og profesjonen som kunne stå for den befolkningsforbedringen var legene. (Sejersted, 2005, s.283-285).

#### *3.2.1.2.1 Befolkningspolitikk er kjønnspolitikk*

Befolkningspolitikken var på mange måter synonymt med kjønnspolitikk. Kvinnen var mor og skulle bidra til å reprodusere befolkningen. Politisk innblanding i familielivet har, i alle fall i det 20. århundre, i stor grad dreiet seg om befolkningsvekst. Både små og store barnekull har vært til bekymring. Skylden for fallende fødselstall ble lagt på både samfunn og familien som institusjon (Sejersted, 2005). Rundt 1930-tallet var det en uro rundt ulike trusler mot familien som institusjon. Man uroet seg over de fallende fødselstallene, men også kvaliteten på de som ble født. Teorier om arvehygiene var allment akseptert, noe som førte til bekymring rundt det daværende faktum at de «mindreverdige» (lav økonomisk kapital) fødte flere barn enn de «verdifulle» (høy økonomisk kapital). Skilsmisser, prevensjon, feminismen, kvinners inntog i arbeidslivet og et økt antall ugifte kvinner var også en trussel mot familien som en grunnpilar i samfunnet. Kvinner ble et hett og mye diskutert politisk område. Kvinnen var mor og et viktig element i befolkningspolitikken (Melby, 2005, s.289). Denne politiseringen av familien førte til dilemmaet mellom frigjøringen av kvinnen og bevaringen av familien som institusjon. Kjernefamilien vant kampen om samfunnets vern og årene frem til 1960-tallet ble husmorens tid. Sosialdemokratiet ga ikke nevneverdig plass til kvinnen i hverken arbeidsliv eller i det offentlige rom. Det nye var at det skulle være en familie som bestod av to og ikke tre generasjoner. Dette viste seg ved statens økende engasjement i eldreomsorgen og innføring av alderstrygd (Sejersted, 2005, s.271-72). Familiepolitikken kombinert med bedre økonomiske tider førte til oppgang i både fødselstall og inngåtte ekteskap. Et midlertidig yrkesforbudet for kvinner ble i Norge innført på 1930-tallet på grunn av økonomiske nedgangstider og de skulle forsørges av sine menn. Familieideologien om mannen som forsørger og kvinnen som husmor stod som en sterk norm i Norge og det var viktig å opprettholde denne funksjonsfordelingen mellom kjønnene i kjernefamilien, benevnt av Sejersted som «husmorkontrakten» (Sejersted, 2005, s. 268). Arbeid og hjem skilte lag under industrialiseringen. Husmorideologien kom som et svar på de utfordringene det innebar å skille produksjon og reproduksjon. Kvinnen sin plass ble i hjemmet og hennes oppgaver var reproduksjon og vedlikeholdsarbeid. Disse oppgavene skulle sidestilles med

mannens produktive arbeid utenfor hjemmet. Posisjonen som husmor skulle løftes frem og aktes høyere. Helt frem til 1969 ble menn som hadde koner som ikke var yrkesaktive beskattet mindre enn de som hadde koner som var yrkesaktive (Lund, 2012, s.125). Etter 1960 ble husmornormen mindre gjeldende. Dette førte til en forskyvning i ansvaret for omsorg fra familie til det offentlige. Kvinnene gjorde et økende inntog på arbeidsmarkedet og dette stilte krav til et offentlig ansvar for både barn og pleietrengende. De fleste kvinnene gikk inn i yrker som var knyttet til omsorg. Det vil si at de gikk fra å være ubetalt, men forsørget av en ektemann/far til å bli betalt av velferdsstaten (Blom, 2005, s. 342, 364). Jeg skiller fortsatt mellom betalt og ubetalt hjelp, fordi den ubetalte hjelpeforpliktelsen forsvinner ikke selv om betalt hjelp blir profesjonalisert og forvaltet av det offentlige. Men utviklingen av velferdsstaten førte til en enorm vekst i yrker som ble ansett som passende for kvinner. At denne veksten var mulig kan også forklares ved at kvinnelønningene var relativt lave. Dette har også vært med på å opprettholde yrkene som såkalte kvinneyrker. Arbeidsmarkedet som oppstod var og er fortsatt preget av en kjønnert arbeidsdeling. Husmoriseringen fra mellomkrigstiden og frem mot 1960-tallet skapte et kjønnsdelt arbeidsmarked der kvinner ytte omsorg og menn tok seg av økonomi og ledelse (Blom, 2005, s.353). Tilretteleggingen av et «kvinnevennlig» arbeidsmarked med offentlig småbarnsomsorg tok lang tid å bygge ut i Norge. Tilbudet var i stor grad forbeholdt enslige mødre og familier med dårlig økonomi. Løsningen ble derfor deltidsarbeid kombinert med private dagmammaer for mange yrkesaktive kvinner (Lund, 2012, s. 154, 159).

### 3.2.1.3 Kampen mellom ambisjon og økonomi

I 1948 kom Folketrygdmeldingen, men ikke før i 1965 kom Lov om folketrygd. Folketrygdmeldingen var et grundig arbeid som kom med forslag til hvordan de ulike trygdene kunne fordeles, organiseres og administreres. Denne meldingen ble mer eller mindre forbigått, men den ble dog videreført i arbeidet til Folketrygdkomiteén som ble satt ned i 1951 (Seip, 1994). Den står nå igjen som startskuddet for utviklingen av folketrygden (Haavet, 1994, s.274). Som nevnt var etterkrigstiden preget av politisk enighet, men økonomiske hindringer stod i veien for handling på 1950-tallet. Man trengte økonomiske vekst før man kunne gjennomføre reformer. Denne enigheten varte ved ut over 1960-tallet, men enigheten lå først og fremst i hovedprinsippene, hvordan reformene skulle gjennomføres ga rot til politisk konflikt.

Folketrygden ga regjeringsspolitikerne i Arbeiderpartiet bekymringer for utgiftsvekst og, de forsøkte å holde tilbake, for eksempel ved å fokusere på attføring så vel som uføretrygd. (Haavet, 1994, s.271). Folketrygden ble til som et kompromiss mellom "fellesskapets beste" og økonomiske, politiske interesser. Utviklingen av og graden av universalitet i den sosiale lovgivningen på 1960-tallet sees i sammenheng med den økonomiske veksten man så i det norske samfunn på den tiden. Når økonomien får en oppsving blir den politiske viljen til å opprette og utvide sosiale tiltak større. Det har vært en generell tendens i Norge. Men de gjennomgående prinsippene i etterkrigstiden var, uavhengig av økonomi, sosial trygghet og full sysselsetting. Man gikk fra det som Seip, som nevnt, kalte en sosialhjelpstat der staten hadde ansvar for enkelte grupper. Dette ansvaret var forankret i Fattigloven (senere kalt forsorgloven). På bakgrunn av den utøvde fattighjelpen skjønn og hjelp de som ikke kunne hjelpe seg selv og som ikke hadde familie som kunne hjelpe. Men med Lov om Sosial omsorg i 1964 og Folketrygdloven i 1965 gikk man over til et mer rettighetsbasert system som ga trygghet for alle (Haavet, 1994). Folketrygdloven var i og for seg ikke en ny lov, men en lov som samlet alle de ulike trygdlovene som ble innført i løpet av etterkrigstiden. Det som var nytt i Folketrygdloven var at de innførte en inntektsgradering i trygdene (Hjelmtveit, 2017, s.44). Systemet var på papiret en universalistisk ordning, men den skapte i mange tilfeller mer økonomisk ulikhet. Den sosialpolitiske ambisjonen bak trygdeordningen om trygghet for alle falt gjennom og skapte i stedet et system som manifesterte ulikhet. Man måtte prestere for å få. Alderstrygden var resultatet av hva man hadde ytet i sine "produktive" dager. Kvinner som var husmødre og derved ulønnet endte som minstepensjonister. Minstepensjonen ble symbolet på at deres innsats gjennom livet ikke ble vurdert særlig høyt (Haavet, 1994, s.292).

#### 3.2.1.4 Velferdsstatens helsevesen

Velferdsstatens mål om likhet mellom klasser og mellom bygd og by kom også til uttrykk rundt ambisjonene for helsevesenet. Innbyggerne skulle ha lik tilgang på sykehustjenester uavhengig av geografi og økonomi (Schøitz, 2017). De frivillige organisasjonene hadde en sentral posisjon i oppbyggingen av helsevesenet, spesielt før 1945. Små, private initiativer som ikke klarte å opprettholde arbeidet sitt økonomisk gikk ofte inn i samarbeid med det offentlige. På den måten ble den private omsorgen privat-offentlig. De private organisasjonene var med på å åpne øynene til det offentlige for områder som de forsømte eller behov som måtte bli dekket. Anne-

Lise Seip kaller tiden mellom 1870-1939 for det privat-offentlige omsorgsarbeidets moderne glansperiode (Seip, 2010).

I boken *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat* (1999, s.21-22) hevder betalt hjelper og forsker Herdis Alvsvåg, og sosiolog Anne Tanche-Nillssen, at institusjonspleien utgjorde ryggraden i den offentlige eldreomsorgen mellom 1950 og frem til 1980-tallet. Den største veksten i helsevesenet så man på 1960-70-tallet (Otnes, 2012.). I kommune-Norge opplevde man et enormt hopp i utgifter fra 1945 og frem til 1970, det samme så man i omfang av kommunalt byråkrati (Furre, 2007, s. 199). Det offentlige juridiske ansvaret for omsorgsarbeid ble konstatert gjennom lovene sosialomsorgsloven, folketrygdloven og sykehusloven i henholdsvis 1964, 1967 og 1970. Dette tilsier at en vekst i det offentlige helsevesenet måtte til. Før den tid hadde det offentlige stilt opp med opprettelse og drift av aldershjem, pleiehjem og diverse botilbud som for eksempel trygdeboliger (Otnes, 2012). I Oslo på 1950-tallet ble de eldre pleiet i eget hjem. Aktuelle agenter var familie og slektninger, hjemmesykepleiere tilknyttet det lokale sykehuset, men da kun pasienter som var utskrevet fra sykehus, og videre av menighetssøstre, slumsøstre og i noen tilfeller krestssøstre (egentlig ikke deres oppgave). Når pleien i hjemmet ikke strakk til var alternativene sykehus, som vanligvis var overfylte, og gamle- og pleiehjem. Krestssøstrene kunne bistå de ubetalte hjelperne med utlån av sykemateriell i tillegg til undervisning og veiledning (Husebye, 1956, s.254).

#### *3.2.1.4.1 Sykehuset som den dominante posisjon i helsevesenet*

Sykehusene var sentrum for helsevesenet ved en kraftig utbygging av antall institusjoner og påbygging av eksisterende. Det ble satset på store og sentraliserte enheter ut fra en argumentasjon om at det var nødvendig for å heve og opprettholde den faglige kvaliteten (Schøitz, 2017, s.198-201). Ryymin (2017, s. 151) peker på innføringen av sykehusloven i 1969 som et klart tegn på sykehusenes posisjon i samfunnet og hvordan de i løpet av 1900-tallet fikk utvikle seg som nærmest enerådende på grunn av en enorm tiltro til den høyteknologiske medisins kurative effekt på befolkningens helse. Man så også en stor økning i antall sykehjems plasser i løpet av 1970-årene (Otnes, 2012). Det var som nevnt et helsevesen preget av institusjoner.

For å gi en enda bedre forklaring på hvorfor sykehuset fikk en dominerende posisjon i velferdsstatens helsevesen og den store distansen mellom institusjon og hjem, mellom betalt

og ubetalt hjelper (jf.kap.3.2.4) må jeg gå litt lengre tilbake i tid og til det Foucault betegner som *klinikkens fødsel*. Institusjoner for syke har eksistert siden middelalderen, disse var knyttet til kirker og kloster. På 1600- og 1700 tallet oppstår en todeling. Man får på dette tidspunkt klinikker som var beregnet på undervisning og forskning, ikke behandling. Opprettelsen av klinikkene representerer et brudd i hvordan man forstod sykdom og dens tegn, men også hvordan man produserte viten om sykdom. Den andre formen for institusjon var hospitaler som var opprettet for fattige eller de uten familie hvor behandlingen var av en moralsk karakter og det i stor grad fungerte som oppbevaring. Klinikkerne var opprettet for å finne ut hvorfor folk ble syke. Det man i ettertid kan kalle for den daværende behandling av sykdom var å være i hjemmet hos familien. Der kunne sykdommen forløpe sin naturlige gang og man kunne unngå unaturlig komplikasjoner. Ikke minst var det billigere. Der hvor sykdom oppstod der kunne den best heles (behandles). Etter den franske revolusjonen blandes hospitaler og klinikker sammen og man tar sikte på en form for behandling som skal reparere, hvor målet er at det reparerte mennesket skal bli nyttig arbeidskraft. Klinikkens fødsel representerer som nevnt et skifte i produksjon av viten. Man hentet ikke lengre forklaringer på sykdommer hos metafysikken, men fra en erfaringsvitenskap som ble produsert av legene i klinikken. På denne måten skifter legene og prestene plass og medisinen overtar religionens posisjon i det moderne samfunn. Gjennom 1800-tallet øker legen sin posisjon i samfunnet gjennom et tett samarbeid med staten. Staten kan utnytte legens kunnskap og makt for å oppnå en befolkning som i størst mulig grad er arbeidsdyktig. Infeksjonssykdommene som dominerer bøtes på med isolering. Man isolerer de syke fra de friske i enten institusjon eller hjem. På denne måten kan man beskytte de arbeidsdyktige og ivareta statens økonomiske interesser (Petersen, 2010, s.32, 38; Greve & Hovind, 2017; Sundal, 2014, s. 72-73, 80). Opprinnelig og i et samfunn dominert av religion var altså hjemmet det billigste og beste rom for sykdom. De ubetalte hjelperne var hovedansvarlig for pleie og behandling – det vil si å la naturen gå sin gang. Moderniteten representerer her et skifte hvor institusjonene og de betalte hjelperne overtar og blir ansvarlig for både observasjon (innhente viten), pleie og behandling – det vil si reparasjon og tilbakeføring til samfunnet som arbeidsdyktig individ.



#### 3.2.1.4.2 Hjemmesykepleien - en assistent for sykehuset

I 1945 var ikke hjemmesykepleie et offentlig organisert tilbud og barn hadde fortsatt et juridisk ansvar for sine foreldre (NOU 2011:17, 2011, s.25) og velferdsstatens prinsipper var ikke enda satt ut i livet. Hjemmesykepleie var lenge en privat og humanitær oppgave, men staten kom etter hvert inn og regulerte tjenesten. De frivillige organisasjonene var i etterkrigstiden mer engasjert i hjemmesykepleiesaken enn NSF og henvendte seg på slutten av 1940-tallet til Rikstrygdeverket for å be om at pleie i eget hjem anses på lik linje med pleie i sykehus. Pasienter som det ikke var plass til i sykehus ble henvist til pleie i hjemmet uten å få dekket utgiftene til dette. Utgiftene til pleie i sykehus ble dekket av trygdekassen. Organisasjonene satte tvil ved hvor lenge de kunne fortsette med sykepleie i hjemmet på en frivillig basis med innsamlede midler (Bølstad, 1985, s. 15-16). Første fremstøt fra statlig hold var *Retningslinjer for husmorvikarer og hjemmesykepleie i kommunene* i 1959 (revidert i 1963). Disse skulle føre til en samordning av tjenestene i hjemmene og ble delvis finansiert av staten gjennom tilskudd til kommunene. I 1969 hadde bare rundt halvparten av Norges kommuner innført hjemmesykepleie med varierende omfang og kvalitet (Torbjørnsen, 1969, s. 448). Hjemmesykepleie var i utgangspunktet en frivillig ordning for kommunene, først i 1984 ble det en pålagt tjeneste gjennom kommunehelseloven (Otnes, 2012). I proposisjonen som leder opp til *Retningslinjer for husmorvikarer og hjemmesykepleie i kommunene* kommer det frem at fra staten sin side var intensjonen at hjemmesykepleien skulle avlaste sykehusene. Karl Evang er her klar på legens posisjon i denne tjenesten. Hjemmesykepleie skulle foreskrives av lege i forbindelse med utskrivelse fra sykehus, og hvis det var forsvarlig, i stedet for sykehusinnleggelse, og som langtidspleie av eldre og kroniske syke. I forbindelse med langtidspleie av eldre og kronisk syke var ikke legens myndighet alltid nødvendig. Legen var ansvarlig for behandlingen og pleien som skulle gis, i tillegg var legen også ansvarlig for å avgjøre når man kunne bruke personell med mindre kompetanse enn en sykepleier (Fæø, 2016, s. 42, 44). Man begynte etter hvert å åpne øynene for at pleie i hjemmet kunne være mer samfunnsøkonomisk enn pleie i institusjon. Et eksempel er Strøm-komiteén som var den første offentlige utredningen om eldreomsorgen som argumenterte med at hjemmesykepleie kunne være en måte å spare offentlige midler (Otnes, 2012, s. 60). Så i løpet av 1950-tallet så man at det offentlige erkjenner et ansvar for omsorgsarbeidet i hjemmet, men med økonomiske motiver og for å minske presset på institusjonene, ikke med et ønske om å avlaste familien.

Rekrutteringen til hjemmesykepleien var vanskelig og man begynte derfor på 1960-tallet å vurdere unntak til kravene om kompetanse som offentlig godkjent sykepleier, men når tjenesten på 1970-tallet ble evaluert i stortingsmeldingen «Om hjemmesykepleievirksomhet» ble behovet for kompetanse fremhevet spesielt med tanke på de som bodde i griskrendte strøk; arbeidskraften skulle kunne ta på seg faglig krevende oppgaver uten tilgang på assistanse. Det var også begrunnet med at kompetansekravet gjorde hjemmesykepleie til et reelt alternativ til sykehus. Rekrutteringsproblemer ble mindre utover 1970-tallet (Fæø, 2016, s. 47, 49). Fra midten av 1970-tallet ble LEON-prinsippet innført i helsevesenet. Det handlet om at syke og pleietrengende skulle behandles på Lavest Effektive Omsorgs Nivå. I praksis innebar dette at de som kunne skulle behandles og pleies i eget hjem. Institusjoner for psykiatriske pasienter og eldre m.m. ble utsatt for kritikk fra samfunnsvitenskapelig hold utover 1950- og 1960-tallet. Dette førte til ideer om at institusjonene måtte forbedres og/eller at de måtte bygges ned. I Norge ble avinstitusjonaliseringen endelig satt ut i livet med LEON-prinsippet og med kommunehelsetjenesteloven av 1982 (Alvsvåg & Tanche-Nillssen, 1999, s.15-16, 28-30).

Fordelingen i det offentlige ansvaret har vært mellom stat, fylkeskommune og kommune. Fordelingen dem imellom har variert, for eksempel ved at av sykehusloven i 1970 fikk fylkeskommunene ansvar for sykehjemmene, mens hjemmesykepleie var en kommunal frivillig tjeneste. På grunn av desentralisering ble ansvaret for sykehjem overført til kommunenivå i 1988 og hjemmesykepleie ble en lovpålagt kommunal oppgave i 1982 (Otnes, 2012).

### 3.2.1.5 Velferdsstatens faktum

Fattigloven, senere kalt forsorgloven, påla foreldre og barn en gjensidig forsørgelsesplikt (Seip, 2010). Lov om Sosial omsorg avløste forsorgloven (Hjelmtveit, 2017, s. 45) og med dette blir den gjensidige forsørgelsesplikten mellom foreldre og barn opphevet (Fjørtoft, 2016). Staten overtar i prinsippet ansvaret for de som ikke kan klare seg selv. I lovteksten stod det at "til den som ikke er i stand til å sørge for sitt livsopphold eller til å dra omsorg for seg selv ytes sosialhjelp(..)" (Sosialomsorgsloven, 1964, § 3). På slutten av 1960-tallet har man altså et omfattende trygdesystem som skal omfatte hele befolkningen og man har en mer "verdigg" lovgivning for de som ikke kan ta vare på seg selv med at sosialomsorgsloven erstatter den stigmatiserende forsorgloven. Folketrygdloven og Sosialomsorgsloven sikrer inntekt ved arbeidsløshet, tap av forsørger og de sikrer hjelp ved hjelpeløshet. Her ser vi hvordan den

sosialdemokratiske velferdsmodellen er omfattende med en rekke rettigheter for nasjonalstatens innbyggere. Videre utvikler den norske velferdsstaten seg ved å ta mer og mer ansvar for en rekke helse- og utdanningstjenester. Behovene til de omsorgstrengende blir et offentlig anliggende og med det innskrenkes familiens ansvar (Leira, 2012, s.76, 86).

Seip (1994, s.) lister opp fire elementer som gjorde at velferdsstaten fikk utvikle seg slik som den gjorde i Norge. For det første hadde Arbeiderpartiet politisk hegemoni i om lag 30 år, de hadde stor makt og innflytelse, noe som gjorde at den sosialdemokratiske ideologi fikk spillerom. For det andre hadde vi i Norge en sterk fagbevegelse og for det tredje et aktivt og omfattende organisasjonsliv. Organisasjonene har også tidligere hatt en sentral posisjon i sosiale saker og delte oppgaver og ansvar med det offentlige. I velferdsstaten ble antall organisasjoner økt og de utøvde politisk press og påvirket utformingen av velferdsstaten. Den fjerde og siste faktoren er profesjonene. Det vil si at vi har fire forhold i spill

1. Arbeiderpartiet dominerer i politikken fra 1935 – 1965
2. En sterk fagbevegelse
3. Et omfattende organisasjonsliv
4. Profesjonene

Vi fikk en vekst i de ulike yrkene, spesielt i helse- og sosialsektoren, og disse påvirket gjennom sine respektive fagorganisasjoner. Innen sykepleie er det Norsk Sykepleierforbund (NSF) som har vært og er den gjeldende fagorganisasjonen. Under velferdsstaten så man en profesjonalisering av tradisjonelle omsorgsykker og opprettelsen av nye profesjoner med basis i ny vitenskapelig kunnskap. Velferdsstaten ga en vekst i makt og posisjon for både stat og profesjonene som forsterket hverandre på gjensidig vis (Slagstad & Messel, 2014).

### **3.2.2 Den betalte hjelperens institusjonelle habituskonstruksjon I**

De betalte hjelpernes posisjoneringer som kommer til uttrykk i studiens empiri kan forklares ved å vise til en kollektiv historie som de har felles. I tillegg til de samfunnsmessige og økonomiske vilkårene som er beskrevet over, kan man ytterligere forklare ytringene som et

resultat av deres historie som kan konstrueres frem som en institusjonell habitus<sup>22</sup>. Det vil si en slags yrkeshabitus som alle agerende agenter innen den betalte hjelpen har felles.

### 3.2.2.1 Den betalte hjelperen som en behandlingsassistent for behandleren

Den betalte hjelpen har vært preget av ulike utfordringer og motsetninger. Motsetningene i den betalte hjelpen har stått mellom forståelse av den betalte hjelpen som et religiøst kall og betalt hjelp basert på faglighet, men også mellom betalt hjelp som et selvstendig fag med en egen logikk og en faglig underordning av medisinske regime underlagt den medisinske logikk, det vil si som en assistent til behandleren<sup>23</sup>. Vi kan også si at den betalte hjelperen har oppstått i skjæringspunktet mellom det religiøse og det medisinske felt.

Moseng (2014) hevder at man kan se tre ulike forgreininger til den betalte hjelperens oppkomst og forklarer det som årsaken til at man har vansker med å definere faget på en enhetlig måte innad i fagfeltet. De tre forgreiningene er ifølge Moseng *sykehuset, kvinnelig diakoni og borgerlig, religiøs filantropi*. Schøitz (2017, s. 329) legger også utviklingen til den betalte hjelperen på utbyggingen av sykehusvesenet, etterspørsel fra filantropiske foreninger, ugifte kvinners behov for et passende levebrød, inspirasjon fra utlandet (spesielt Tyskland, England og Frankrike) og det faktum at samfunnet var preget av ønsket om tiltak mot sykdommer. Utviklingen i medisinen ved aseptikk, antiseptikk, anestesi, bakteriologi og laboratoriemedisin gjorde sykehuset til åstedet for behandling og et sentrum for det moderne helsevesen. Spesialiseringen krevde kompetent personell, legene trengte lydige og dannede assistenter (Moseng, 2014). Sykehusene var sentrum for det moderne helsevesenet. Antallet institusjoner økte enormt utover 1900-tallet og det var den arbeidsplassen som ble den vanligste blant de betalte hjelperne (Melby, 1990, s.23, 26). Fra 1920-årene ble det krav om å ha en treårig utdanning fra sykehus for å få medlemskap i NSF og etter andre verdenskrig ble det en plikt for de offentlige sykehusene å utdanne helsepersonell (Schøitz, 2017).

---

<sup>22</sup> En skjematisk fremstilling av den institusjonelle habituskonstruksjonen er å finne i vedlegg nr.4

<sup>23</sup> Jeg benevner legen som en behandler da det er den funksjonen posisjonen lege har i dette sosiale rommet, men også for å distingvere posisjonen fra posisjonen betalt hjelper som i relasjon til behandleren er en behandlingsassistent.

### 3.2.2.2 Den betalte hjelperen som forkynningsassistent for forkynneren

Diakonisseanstalten åpnet i 1868 som den første utdanningen for betalte hjelpere i Norge. Den hadde et religiøst og sosialt preg. Diakonissene skulle kombinere sosialt arbeid med forkynnelse. Ideologien som lå til grunn var en streng pietistisk kallsforståelse. Man skulle være lydige og lojal overfor Gud. Dette var inspirert av den lutherske underordningsteologi som også lot seg overføre til dominansforholdet mellom mannen og kvinnen ellers i samfunnet. Den betalte hjelperens posisjon ble utviklet som en videreføring av den dominerte husmorposisjonen som selvoppofrende og til tjeneste for familien sin. Men til forskjell fra posisjonen som kvinnen inntok i familien, skulle kvinnen som betalt hjelper underkaste seg legen og/eller presten, ikke ektemannen (Schøtitz, 2017, s. 324). Vi fikk etter hvert både sakrale og verdslige utdanninger for den betalte hjelperen. De verdslige skulle i stor grad produsere assistenter til legens klinikk og hadde en sterk tilknytning til sykehusene, da både undervisning og praksis foregikk der (Sortland, 2011, s.23). Historisk sett har den betalte hjelperen i sin opprettelse og tidlige utvikling som nevnt vært preget av kallstanke. Man fremmet uegennytt og selvoppofrelse for pasienten. En av NSF første kamper var forkortelse av arbeidsdagen og man fikk allerede da en konflikt mellom kallstanken og den betalte hjelperens behov for akseptable arbeidsforhold (Blom, 2007). NSF kjempet fra 1912 for utdanningen av de betalte hjelperne og dens status og klarte til slutt å få gjennom sitt krav om treårig utdanning og offentlig godkjenning av betalte hjelpere i 1948 (Melby, 2005, s.312). Dette ga også tilgang for menn til å utdanne seg til betalte hjelpere (Lund, 2012, s.50)

### 3.2.2.3 Den betalte hjelpens kamp mot dominansforholdet

Det som muligens kan konstrueres frem som feltet for den betalte hjelpen har altså vært dominert og oppstått som et subfelt, i både det religiøse felt og det medisinske felt. Moseng hevder at en rekke av kampene forbundet tok fra og med det ble opprettet i 1912 var et forsøk på profesjonalisering, selv om det ikke ble artikulert. Kampen om treårig utdanning, offentlig autorisasjon, søstertittelen<sup>24</sup> og fortsettelsesskolen er alle eksempler på dette (Moseng, 2014, s.617, 620, 624). Men også forsøket på å få kontroll på markedet *for privatsykepleiersker*, her benevnt som privat betalt hjelp, i Kristiania kan ansees for å være en profesjonaliseringsstrategi.

---

<sup>24</sup> Det ble viktig å distingvere mellom de som hadde den formelle utdanningen og de som *ikke* hadde det. Uten den formelle kompetansen kunne man ikke kalle seg selv for *søster* (Moseng, 2014).

Deres mål var å sikre at de som ble ansatt som privat betalt hjelp hadde den riktige utdannelsen. Kvinner uten den *riktige* kompetanse skulle ikke kunne kalle seg for *sykepleier*. Det vil si for å få betalt for hjelpen må man ha en bestemt kompetanse som var for de innvidde (Moseng, 2012, s. 174). NSF opprettet derfor et byrå for formidling av betalt hjelp. Dette var i tråd med tendensen fra arbeiderbevegelsen der arbeidstakerne kontrollerte sin egen arbeidsformidling. Etter hvert kom det offentlige på banen. NSF fryktet at denne arbeidsformidlingen ikke var god nok og at den manglet den faglig kontrollen av den betalte hjelpen. Hos de offentlige kontorene kunne alle og enhver kalle seg for *sykepleiere*. Kvinner uten riktig kompetanse kunne heller henvises til jobber som tjenestepike og lignende, mente NSF. Kari Martinsen har påpekt at det for forbundet var en fordel å alliere seg med de som kunne betale for hjelpen. Denne målgruppen hadde høy økonomisk kapital og kunne stille krav til pleien. Denne alliansen var nyttig for forbundet sitt engasjement for å øke kravene til utdanningen av de betalte hjelperne og det ville også være med på å heve deres status. I denne kampen allierte forbundet seg også med leger og pressen og vant kampen om formidlingen frem til 1926, da kom de kommunale kontorene på banen i Oslo (Melby, 1990, s. 57-58).

#### *3.2.2.3.1 Profesjonalisering inspirert av USA*

Grunnen til at profesjonskampen ikke ble artikulert før i etterkrigstiden, er fordi profesjon ikke var et ord som ble brukt i forbundets offisielle dokumenter eller hos sentrale skikkelser. Det var først etter at Helga Dagsland<sup>25</sup> kom tilbake fra sine studier i USA at dette ordet ble relevant. På denne tiden ble stadig flere av den betalte hjelperens oppgaver og arbeidsområder overtatt av nye yrkesgrupper. Dette skapte et behov for å definere yrkets funksjon og særegenhet. I tillegg var det et økende behov for å definere seg bort fra posisjonen som legens assistent. Det å definere den betalte hjelpen som en profesjon var også en måte å nærme seg legen og distingvere seg fra de ufaglærte eller mindre utdannede i hierarkiet i det medisinske felt. Ved å ha status som profesjon ville de betalte hjelpernes kulturelle kapital og derved deres totale kapitalmengde øke. Profesjonsbegrepet fungerte også for noen som en erstatning for

---

<sup>25</sup> Helga Dagsland (1910-2003). Norsk sykepleier, forsker og forbundsleder i NSF 1967-73. Lektor og viserektor ved Norges Sykepleierhøgskole 1957-77. Bachelors degree in nursing og Masters of Art degree ved Columbia University, USA; hovedfag i pedagogikk ved Universitetet i Oslo (von Krogh, 2016). Studieoppholdene i USA ga opphavet til hennes overbevisning om at sykepleieforskningen var en nødvendig del av profesjonaliseringen av faget. I 1955 kom hun med det første bidraget til sykepleieforskningen i Norden (Melby, 1990).

kallstanken. Med profesjon forstod man yrket og engasjement i yrket som faglighet og kvalitet, en form for idealisme som skulle motivere for yrket mer enn materielle goder som lønn (Melby, 1990). Lønn var og er fortsatt ikke den oppgitte grunnen til at sosiale agenter søker posisjonen som betalt hjelper, paradoksalt nok.

#### *3.2.2.3.2 Profesjonelt kvinnearbeid*

Det som i ettertid har blitt benevnt som det første forskningsarbeidet utført av en betalt hjelper ble utført i 1953. Helga Dagsland fikk i oppdrag av en anonym direktør ved et sykehus og NSF om å undersøke de betalte hjelpernes arbeidsoppgaver ved sykehuset med henblikk på å rasjonalisere arbeidet og analysere pasientens pleiebehov. Resultatet var blant annet en avdekking av uklare grenser for hva som var de betalte hjelpernes spesifikke arbeidsoppgaver. I et profesjonaliseringsperspektiv var dette negativt, da veldig mange av de oppgavene som ble utført av betalte hjelpere kunne sammenlignes med de som ble utført av ubetalte hjelpere i private hjem. Det vil si at jobben de utførte kunne sammenlignes med uprofesjonelt kvinnearbeid. På dette tidspunktet var det egentlig bare utdannelsen som definerte rammene til den betalte hjelperen. Arbeidsoppgave-monopol fantes ikke og derfor ble grensene uklare for hva den profesjonelle betalte hjelper kunne gjøre kontra den uprofesjonelle betalte hjelper<sup>26</sup>. Som et ledd i sin profesjonaliseringsiver foreslår Dagsland at de betalte hjelperne må bruke mindre tid på husarbeid og mer tid på pasienten (Lund, 2012, s. 38-39, 50).

#### *3.2.2.3.3 Forskning som profesjonaliseringsstrategi*

Forskning blir en del av NSF's profesjonaliseringsstrategi fra rundt 1950-tallet, med Helga Dagsland i bresjen. Hun uttrykte klart og tydelig at hvis sykepleie skulle være en profesjon var det nødvendig med en vitenskapelig granskning av fagets funksjon og vilkår fra fagets egne rekker og disse måtte selv velge hvordan resultatene av forskningen skulle brukes. I 1964 ble NSF's forskningskomité stiftet og i 1966 arrangerte de sitt første kurs i forskning for medlemmene. Helga Dagsland ledet kurset og var svært sentral i opprettelsen av forskningskomitéen. NSF sin uttalte ambisjon med sykepleieforskningen var å øke kvaliteten på sykepleien, men også den tidligere nevnte profesjonaliseringen (Melby, 1990). Forskningen skulle avdekke sykepleierens særegne funksjon for derved å gi dem et yrkesmonopol -

---

<sup>26</sup> Eksempelvis ufaglært arbeidskraft i sykehus eller annet støttepersonell

profesjonalisering. Den andre årsaken til at sykepleieforskningen var nødvendig handlet om sykepleierens underordning og avhengighet av legen. Ved å forske kunne sykepleieren avdekke og frambringe et kunnskapsgrunnlag som var spesifikt for sykepleie og uavhengig av medisinen (Juvkam, 1985). Behovet for forskning på egen virksomhet viser hvordan de gjeldende strukturene og de maktforholdene som var i spill satte den betalte hjelperen i en dominert posisjon.

Helt fra opprettelsen av NSF var det et mål å heve statusen til den betalte hjelpen. Det skulle være et arbeid som var verdig for middelklassekvinner og burde gi assosiasjoner til borgerskapet og ikke lavere sosiale klasser. Dette var også et ønske fra behandlerne sin side. I tillegg til tilknytningen til borgerskapet ble også den betalte hjelpen tilknyttet kvinnesakskampen. Kvinnesakskampen ble her frontet med at kvinnen skulle verdsettes høyere for sine medfødte egenskaper og verdier. Disse skulle bli hevet i samfunnet og skulle få en høyere status på arbeidsmarkedet. Kvinnen skulle ikke likestilles ved å bli som mannen. Men kvinnen og mannens ulike egenskaper skulle bli verdsatt likeverdige (Lund, 2012, s.59-61). Profesjonskampen handlet om å sette grenser for hvem som kunne utføre den betalte hjelpen, hvilke oppgaver den betalte hjelpen innebar, å forske og skape en egen logikk, et eget kunnskapsgrunnlag og å hevde seg i motsetning til andre betalte hjelpere innen helsevesenet og fremheve sin verdi overfor pasienten (Lund, 2012, s. 61). Denne kampen kan objektiveres til en distinksjon. Man forsøker å skape en posisjon som er forskjellig fra andre. Ønsket er å innta en dominant posisjon. Ut i fra sitt utgangspunkt som behandlingsassistent og forkynnesassistent og kvinne viser det seg vanskelig å komme i en dominant posisjon for den betalte hjelperen. Den betalte hjelpen kan vise til distinksjon ved hjelp av utdanning og kommer derved i en dominant posisjon til de betalte hjelperne med mindre utdanning og de ubetalte hjelperne uten utdanning og uten økonomisk kapital. Men medisins dominans viser seg å være vanskelig å komme unna.

#### *3.2.2.3.4 Medisins dominans som et tveegget sverd*

Utfordringen ved å frigjøre seg fra medisins dominans lå også i det faktum at medisinsk kunnskap ga status, samtidig som det vanskeliggjorde en fullstendig frigjøring av faget for den betalte hjelperen. Dette ble en av hovedutfordringene til Helga Dagsland på 1960-tallet og noe av det som gjorde visjonene hennes motstridende. Den betalte hjelperen måtte



oppdatere sin kunnskap på grunn av en rivende utvikling innen det medisinske felt, men den betalte hjelperen måtte også frigjøre seg fra assistentposisjonen (Lund, 2012, s.63). Denne motsetningen mellom frigjøring og tilslutning skapte etter hvert to fløyer blant de betalte hjelperne. På 1970-tallet var den ene oppfatningen at de betalte hjelperne måtte basere sin praksis på en naturvitenskapelig og medisinsk kunnskap. Den andre oppfatningen var at man skulle satse på tradisjonen i faget. Det vil si det var en ortodoks reaksjon på den medisinske utviklingen og konsekvensene det hadde for den betalte hjelperens funksjon og utøvelse av faget. Derfor forsøkte denne fløyen å opprettholde det opprinnelige doxa ved å gå tilbake til røttene. Denne fløyen ble også truet av en ny yrkesgruppe som skulle fungere som assistenter<sup>27</sup> for den betalte hjelperen og avdempe mangelen på betalte hjelpere i helsevesenet. Disse skulle utføre det som var ansett som tradisjonen i faget. Definisjonsproblemen ble nok en gang utfordret (Lund, 2012, s. 96).

### *3.2.2.3.5 Sykepleierloven*

I 1960 kom ny lov om offentlig godkjenning av de betalte hjelperne og den ga dem større innflytelse over eget fag og en fordobling av teoriandelen i utdanningen. Dette var et sterkt ønske fra forbundet, en kamp de vant. At yrket skulle utvikle seg i tråd med den medisinske utviklingen var et argument som slo an hos myndighetene. Dessuten var det et stort behov for betalte hjelpere i et stadig ekspanderende helsevesen med stadig flere behandlingsmuligheter og en økende tro på forebyggende helsearbeid. Utgangspunktet for loven var at det offentlige skulle sikre utdanningen økonomisk. Loven førte til at skolene ble selvstendige administrativt og pedagogisk, det førte også til at forbundet fikk større innflytelse på utdanningen. I tillegg førte det til en delvis frigjørelse fra sykehusene, men elevene var fortsatt billig arbeidskraft under praksisperiodene sine og disse utgjorde to tredjedeler av utdanningen. Men det faktum at med denne loven økte omfanget av teori, de betalte hjelperne ble underlagt taushetsplikt (før bare for legene) og de fikk undervisning i etikk, innebar en økt status for faget (Lund, 2012, s.95, 99)

---

<sup>27</sup> Hjelpepleieren skulle avlaste sykepleier ved å utføre enklere sykepleieroppgaver

### 3.2.2.3.6 Offentlige tiltak mot mangel på betalte hjelpere

Mangelen på betalte hjelpere økte fortløpende med et helsevesen i vekst. Myndighetenes satsning på velferd ble utfordret av deres ideologiske satsning på kvinnen som husmor (jf.kap.3.2.1.2.1). Når de betalte hjelperne i stor grad var kvinner og disse kvinnene ble gift førte det ofte til at de gikk delvis eller helt ut av arbeidslivet. Årsakene var blant annet skattemessige fordeler for ekteparet, lav lønn, vanskelighetene med å kombinere yrkets arbeidstid med familieliv og de overhengende likhetene mellom arbeidet som betalt hjelper og som husmor i hjemmet. Myndighetene svarte blant annet med å legge til rette for assistenter<sup>28</sup> og etter hvert å formalisere en av dem. En overhengende trussel var at myndighetene ønsket å innføre en felles grunnutdanning for betalte hjelpere og andre<sup>29</sup>. Kampen endte med at assistentene fikk betegnelsen *hjelpepleier* og de skulle utdannes i løpet av åtte måneder og få 75 prosent av grunnlønnen til den betalte hjelperen. Dette muliggjorde at den betalte hjelperen kunne innta posisjoner som ledere og lærere. Den betalte hjelperen fikk en assistent som den var faglig ansvarlig for. Assistenten skulle utføre pasientnært arbeid og husarbeid. Den betalte hjelperen som ikke var lærer eller leder skulle nå utføre mer medisinsk tekniske oppgaver. Posisjonen som behandlingsassistent var vanskelig å endre på (Lund, 2012, s. 123-135, 171).

Et neste ledd i kampen mot personellmangelen kom mot slutten av 1960-tallet og tanken var å legge til rette for deltidsarbeid og bygge ut barnehagedekningen. Forbundet var imot deltidsarbeid og ønsket at fulltid skulle være normen. Deltidsarbeid ble også foreslått for gifte kvinner som var utdannet betalte hjelpere, men ikke yrkesaktive, i virksomheten hjemmesykepleie som etter hvert fikk økt politisk fokus. De gifte kvinnene kunne gå inn i tjenesten og den skulle derved avlaste sykehusene og med det bøte på mangelen på betalte hjelpere i institusjonen. NSF var også negativ til at gifte kvinner skulle tilbake i jobben som betalte hjelpere, spesielt når de hadde små barn og den særbehandlingen det ville kreve.

---

<sup>28</sup> Benevnelser som ble brukt var *krisehjelp*, *søsterhjelp*, *samaritter*, *stuehjelper* og *hushjelper*.

<sup>29</sup> For nyanseringens del må det nevnes at dette var en lang og vanskelig kamp for NSF som forsøkte å omdanne yrket til profesjon. Forslag om felles grunnutdanning for sykepleiere og hjelpepleiere (med mulighet for videre utdanning som sykepleier) kom opp med jevne mellomrom på 1950-60-tallet. Det var så vidt de vant kampen, men det ga viktige erfaringer innen fagpolitisk strategi (Lund, 2012, kap.5.).

Synet var at yrket og posisjonen som mor vanskelig kunne la seg kombinere. Forbundet ville heller utdanne flere, men fra politisk hold ble det hevdet at man utdannet nok, problemet var mulighetene for å bli i arbeidslivet. Mot slutten av 1970-tallet var yrkesaktiviteten blant de betalte hjelperne over 80 prosent, men hovedforklaringen på dette var at de fleste jobbet deltid, ikke at strukturene hadde tilrettelagt for en posisjon som tillot kombinasjonen fulltidsarbeid og ivaretagelse av egne barn (Lund, 2012, s.142-147, s.158).

#### *3.2.2.3.7 Sykepleieraksjonen*

På 1970-tallet fjerner de betalte hjelperne seg fra posisjonen som selvoppofrende kallsarbeidere. Sykepleieraksjonen i 1972 markerte et brudd i institusjonens historie og de betalte hjelperne gikk for første gang ut i streik for å kreve bedre lønn. Resultatet var skuffende og lønnsopprykk ble det bare for betalte hjelpere i lederposisjon. Men grunnlaget ble lagt for videre lønnskamper og den betalte hjelperen ble styrket i sin selvtillit og kampvilje. Deres plass i helsevesenet ble også tydeliggjort. Forbundet fikk også et bud på at lønn var begynt å bli av en større interesse for medlemmene enn fag og at forbundet måtte satse på å oppgradere sine lønnspolitiske evner (Lund, 2012, s. 252, 287, 291).

### **3.2.3 Lærebøker**

Den første norske lærebok i sykepleie kom ut i 1877 (Sundal, 2014, s. 43). Bortimot 100 år senere oppstår den første lærebok i sykepleie som spesielt handlet om hjemmesykepleie. Selv om egne lærebøker i hjemmesykepleie ikke kommer før etter 1985, så var hjemmesykepleie, som privat betalt og offentlig betalt tjeneste, omtalt både i fagets lærebøker og tidsskriftet «Sykepleien» i perioden 1945-1980.

#### *3.2.3.1 Hjemmets ufaglærte hjelp*

På 1940-50-tallet er ikke litteraturen om sykepleie i hjemmet spesielt rettet mot betalte hjelpere, men mot husmødre og andre som utførte ufaglært sykepleie i hjemmet: fordi de ikke hadde mulighet til å skaffe kyndig hjelp i hjemmet eller få plass på institusjon. På denne tiden var med andre ord doxa at pleie av syke i hjemmet var en oppgave som ble tillagt de som hadde en familiær tilknytning til vedkommende. Pleie i hjemmet skulle skjøttes av en ubetalt hjelper. Av disse bøkene kommer det frem at det beste for den syke var å være hjemme og bli pleiet av en velvillig og selvoppofrende mor eller ektefelle, men som selvfølgelig tok nok hensyn til seg selv og unngikk smitte (Lycke, 1940; Gleditsch et al., 1945). Boken av Frida Lycke er utgitt av

A/S Bergens mødrehygienekontor. Tendensen fra mellomkrigstiden som la et stort ansvar på mødrene om å stå for hele familiens helse, og spesielt den oppvoksende garde, og derved befolkningen, stod altså fortsatt ved lag (Schøitz, 2017, s.270). Det opprettholdt den førmoderne idé om at sykdom heles best der den oppstår, i hjemmet, i familiens hender uten unødvendige forstyrrelser som stod i veien for sykdommens naturlige utvikling (jf. Kap.3.2.1.4.1).

### 3.2.3.2 Hjemmets faglærte hjelp

*Lærebok for sykepleiersker* utgitt i 1941 og i ny utgave 1951, med overlege og professor Anton Jervell som hovedredaktør, vil jeg å anta er mye brukt i utdanningen da den hyppig ble annonsert i *Sykepleien* samt at deler av redaksjonskomitéen var i sentrale posisjoner i Norsk Sykepleier Forbund og forstanderinner ved de ulike skolene og sykehusene i hovedstaden<sup>30</sup>. I bokens bind I finner man et kapittel som heter *Sykepleie i hjemmet*. Det er skrevet av en privat betalt hjelper, Sofie Marie Hytten, og er på knappe 3 sider. Pårørende og familien er betegnelsene som blir brukt om de ubetalte hjelperne og det innebærer de som bor i husholdningen. Det blir ikke lagt noen spesielle forventninger til husmoren i hjemmet, men det nevnes at hvis det finnes noen som *egner* seg til det kan de bidra med stell og pleie og det må vurderes ut fra menneskekunnskap. Man blir også gjort bevisst på at det er en påkjenning for de ubetalte hjelperne å ha et sykt familiemedlem, de trenger støtte og hjelp. Denne påkjenningen tolker jeg ikke som lik den som kommer til uttrykk i sykepleielitteraturen senere i studiens tidsperiode. Da handler påkjenningen om alt ansvaret de ubetalte hjelperne har og hvordan det går utover deres normale livsførsel (jf.kap.3.3.3-3.3.4). Her er det en «nervepåkjenning»: Det vil si at man er sårbar fordi noen man er glad i er syk, ikke fordi man har en arbeidsmessig belastning som overstiger ens fysiske og psykiske ressurser. Man må også være forsiktig med hva man krever av innkjøp av utstyr. Husholdningen har kanskje økonomiske midler til det, men det tar seg dårlig ut og kan skape motvilje hvis den privat betalte hjelperen krever for mye. Utover dette trekkes det også frem at hjelp i hjemmet byr inn på en annerledes måte å bli kjent med de ubetalte hjelperne, noe som er positivt ved denne formen for arbeid

---

<sup>30</sup> Gudrun Arentz (forstanderinne ved Oslo Sanitetsforenings sykepleierskole, senere formann av NSF), Karen Elise Moe (forstanderinne ved Røde Kors Sykepleierskeskole), Magda Asbjørnsen (Diakonisse ved Diakonissehusets sykehus) og Agnes Rimestad (Forstanderinne ved Oslo Kommunale sykehus).

(Hytten, 1941;1951). Den privat betalte hjelperen Hytten posisjonerer seg ut i fra sin posisjon som en betalt hjelper i et hjem som har høy økonomisk kapital da de har mulighet til å betale en hjelper til å utføre de oppgavene som for agenter med lav økonomisk kapital ville bli pålagt dem selv. Doxa er derfor at pleie av pleietrengende skal foregå i eget hjem utført eller administrert av ubetalte hjelpere Den ubetalte hjelper som har økonomisk kapital til å betale en betalt hjelper for å utføre pleien, har fortsatt ansvaret, men som en administrator ikke en utfører. Sympatien hun viser for familien kan tolkes som et uttrykk for at hun er i en dominant posisjon, men også at hun vil unngå å øke distansen mellom seg og de dominante. De ubetalte hjelperne, som hjelper indirekte ved å betale noen andre, har høyere økonomisk kapital enn den privat betalte hjelpen og innehar en dominant posisjon i forhold til den posisjonen som den privat betalte hjelperen inntar på grunn av hennes disposisjoner (jf.kap.3.2.2).

Utover dette er det ikke særlig mer fokus på sykepleie i hjemmet i sykepleielitteraturen i perioden 1945-1980. Jervell sin *Lærebok for sykepleiersker* kommer i ny utgave i 1960, men da er det ingen kapitler som omhandler sykepleie i hjemmet. I 1968 kommer en 12-binds serie ved navn *Lærebok for sykepleieskoler* utgitt av Norsk Sykepleierforbund og med sykepleielærer Kjellaug Lerheim som redaktør. Disse bøkene ble gitt ut fordi sykepleierskolene hadde fått nytt undervisningsopplegg og det ble derfor et ønske om å tilpasse litteraturen etter de behovene det medførte (jf.kap.3.2.2.3.5). Denne serien inneholdt ikke sykepleie i hjemmet (Lerheim & Norsk sykepleierforbund, 1968). De betalte hjelperne posisjonerer seg her ved å selv stå for utgivelse og redigering av faglitteraturen etter å ha fått politisk gjennomslag for en mer selvstendig utdanning og overlegen Jervell mister sin posisjon som hovedredaktør. De forsøker å frigjøre seg fra medisins dominans over faget ved å selv innta posisjonen som premissleverandør for hva faget skal inneholde. Det var en del av fagets profesjonaliseringsstrategi (jf.kap.3.2.2.3) Det som kommer til uttrykk er at doxa er betalt hjelp til eldre skal foregå i institusjon, og derved at ubetalt hjelp skal foregå i hjemmet.

Distingveringen mellom offentlig institusjon og hjem (den private institusjon), betalt og ubetalt hjelp, blir tydeliggjort ved at sykepleielærer Kjellaug Lerheim i 1966 gir ut boken *Heimesykepleie*. Denne boken er ikke beregnet på sykepleierutdanningen, men til undervisning i faget heimkunnskap i folkeskolen. I forordet skriver Lerheim «Under de nåværende vanskelige sykehusforhold må syke ofte pleies i heimen (...) Ofte kan en likevel med forholdsvis enkle

midler gjøre den (sykdomstiden) lettere. Det er mitt håp at boka kan vise seg nyttig her» (Lerheim, 1966). Om den syke kunne pleies i hjemmet skulle avgjøres av en lege. Hvis legen mente det var forsvarlig, var det opp til hele familien å stille opp for at dette skal la seg gjennomføre. Én i familien burde ha hovedansvaret, men alle måtte bidra. Den syke skulle føle seg trygg og få omsorg. Det fremhevdtes også at de eldre trengte selskap og et brudd i sin ellers isolerte tilværelse (Lerheim, 1966). Denne boken ble gitt ut i 1966, to år etter at Sosialomsorgsloven opphever det juridiske ansvaret barn hadde for sine foreldre (jf.kap.3.2.1.5) og doxa er at de betalte hjelperne skal ta seg av de som trenger hjelp til pleie og behandling. Sykepleielæreren er ortodoks og posisjonerer seg her ved å si at det beste er den tradisjonelle ordningen der ubetalte hjelpere hjelper de pleietrengende i hjemmet, men dog innenfor faglighetens forsvarlige grenser, definert av den dominerende posisjonen i det medisinske felt, men på dette tidspunktet også i det politiske felt (jf.kap.3.2.1.2). Betalte hjelpere hjelper i institusjoner, noe som også kommer til uttrykk i lærebøkene som Lerheim er redaktør for. Institusjonene er under vanskelig forhold. En forklaring kan være at de nå var blitt pålagt ansvaret for alle som ikke kan hjelpe seg selv.

Denne boken ble anmeldt i *Sykepleien* av Ruth Torbjørnsen<sup>31</sup> i 1967. Den var selvfølgelig ikke faglig tilstrekkelig for hjemmesykepleiere og ble bedømt ut i fra at den var beregnet på folkeskolen. Torbjørnsen var likevel skeptisk til hvordan man skulle legge opp undervisningen i dette faget og ikke minst *hvem* som skulle undervise. Men hun var positiv til at boken tok opp problemer knyttet til alderdom og kronisk sykdom med tanke på sysselsetting og trivsel. Datidens unge ville komme til å bli stilt overfor store krav når det gjaldt den framtidige omsorgen for de eldre (Torbjørnsen, 1967). For Torbjørnsen, som var leder av hjemmehjelpsordningen, er boken en heterodoks stillingstaking til doxa i den virksomheten som hun leder, det vil si det feltet virksomheten hennes eksisterer i. I det som kan konstrueres frem som subfeltet hjemmesykepleie må man anta at doxa er at betalte hjelpere kan ha sitt virke i pasientens hjem. Lerheim uttrykker at som et alternativ til institusjon kan de ubetalte hjelperne overta pleien (innenfor faglig forsvarlige grenser). I stedet for å skrive en bok om hjemmesykepleie beregnet på betalte hjelpere som skal jobbe i hjemmesykepleien som sykehuset «forlengede arm», «gir» hun de ubetalte hjelperne posisjonen som en forlenget arm.

---

<sup>31</sup> Forstanderinne, leder av hjemmehjelpsordningen i Tønsberg.

Allerede i 1960 argumenterer Torbjørnsen for den betalte hjelperen sin posisjon i hjemmesykepleien. I følge henne kan ubetalte hjelpere fungere som hjemmehjelp, det vil si ikke som betalt hjelper (jf.kap.3.2.4.5). Praktiske oppgaver knyttet til husstell og husmorens domene er passende for den ubetalte hjelper, men hvis hjelpen skal være faglig tilstrekkelig må den betalte hjelperen utføre den.

### 3.2.3.3 Oppsummering

Oppsummerende kan en si at doxa i lærebøkene uttrykker to forskjellige ting. På den ene siden skal pleie av syke og eldre foregå i hjemmene administrert eller utført av ubetalte hjelpere. Det vil si at den betalte hjelperen kunne i noen tilfeller jobbe utenfor institusjonen og i den sykes hjem mot betaling fra en ubetalt hjelper med høy økonomisk kapital. Det gjør seg gjeldende frem til 1960 da Jervells siste utgave av *Lærebok for sykepleiersker* ikke inkluderer *privatsykepleie*. På en annen side opprettholdes et sterkt skille mellom den betalte og ubetalte hjelperen, mellom institusjon og hjem. Dette blir spesielt uttrykt fra 1960 og frem til 1985 ved at lærebøkene til de betalte hjelperne er lagt til pleie og behandling i institusjoner i et offentlig helsevesen som er dominert av institusjoner (jf.kap.3.2.1.4), samtidig som betalte hjelpere gir ut bøker som ubetalte hjelpere kan benytte i pleien av syke og eldre i hjemmet. Det er en del av den faglige kvalitetssikringen som muliggjør at noe av presset på institusjonene dempes. En lege skal avgjøre om det er medisinsk forsvarlig å unngå innleggelse i institusjon, den betalte hjelperen bistår denne posisjonen ved å drive med folkeopplysning til landets familier, det vil si den oppvoksende generasjon for tiden elever ved folkeskolen.

### 3.2.4 Tidsskrift

Sentralt i denne studien har vi eldrebølgen fordi dette på mange måter var hovedproblemet i tidsskriftet *Sykepleien* og samfunnet i tidsperioden fra ca. 1950 og fortsatt den dag i dag, og derved en utfordring for den betalte og ubetalte hjelpen. Dette kommer tydelig frem i empirien. Problemet «eldrebølgen» blir kartlagt og ulike løsninger blir lansert. Den ubetalte hjelperen til eldre i eget hjem har i denne delen av studien, som tar for seg perioden 1945-1980, en posisjon som tilsier det hele og fulle ansvaret for de eldre. Det kommer tydelig frem at dette er et ansvar som, ifølge de betalte hjelperne, blir forsømt.

### 3.2.4.1 Hedre din far og din mor, at det kan gå deg vel og du må lenge leve i landet

I *Sykepleien* i 1948 ble det skrevet om en eldre enke som ikke ville være til bry for ungene sine, som var gift og flyttet ut, og som derfor anså det som best å bli innlagt på sykehus når hun var syk (Bøyum, 1948). Det vil si at når de eldre ble syke og avhengige av andre kunne dette bli et problem for sykehusene. De betalte hjelperne søkte etter årsaker til problemet hos *familien* som institusjon og uttrykte holdninger preget av antipati overfor de ubetalte hjelpernes manglende ansvarstaking.

For det første ble det fremhevet at de ubetalte hjelperne var viktig for den eldre sine psykososiale behov (Kanavin, 1953; Lerheim, 1966; Hahn, 1970). Noe som kanskje var med på å forsterke antipatien, eller rettferdiggjøre den. Det ser ut til at mange mente at de ubetalte hjelperne hadde forlatt sitt rettmessige ansvar. Industrialiseringen og urbaniseringen får skylden for endringen i familiestrukturene som igjen var skyldig i den endrede ansvarsfordelingen mellom de ubetalte og betalte hjelperne (Rimestad, 1952; Alveberg 1951).

Den betalte hjelperen Alveberg (1951) refererte i et innlegg til Det gamle testamentet og 2. mosebok, kap. 20<sup>32</sup> med tittelen *Hedre din far og din mor, at det kan gå deg vel og du må lenge leve i landet* og kom med oppfordringer om at samfunnet måtte respektere og verdsette de eldre. Hun skrev at på grunn av de endrede samfunnsstrukturene etter industrialiseringen hadde ansvaret for de eldre blitt overført *fra familien til staten*. Med det mister de eldre noe viktig, nemlig «personlig kontakt med familien og varmhjertede levende mennesker» (s.34). Alderstrygd og institusjoner kan ikke stille opp mot det. Alveberg jobbet som kretssøster i Oslo Sosialtrygd og hadde derfor hatt erfaringer som vitnet om hvordan de ubetalte hjelperne forsømmer sitt ansvar:

Dessverre har jeg mer enn en gang hatt anledning til å se hvordan slektninger har gått fra den ene instans til den andre for å skaffe plass til en far eller mor på gamlehjem. Når så den gamle har fått plassen, er det som om de har gjort sin plikt, og så sitter den gamle der alene. (Alveberg, 1951, s.34).

Samfunnet viste tendenser til at det var behov for å institusjonalisere eldreomsorgen og det tvang Alveberg til å bli ortodoks. Det vil si at hun ble nødt til å fastholde de opprinnelige

---

<sup>32</sup> Wikipedia (2016, 14. april) De ti bud. Hentet fra [https://no.wikipedia.org/wiki/De\\_ti\\_bud](https://no.wikipedia.org/wiki/De_ti_bud)



verdiene om at de ubetalte hjelperne skal ta ansvar for sine eldre og derfor gikk hun tilbake til kildene, det vil si til bibelske tekster og de ti bud om at man skal ære sin far og sin mor. Alveberg sin posisjon står i motsetning til de tendenser som viser seg i samfunnet, som på mange måter er et oppgjør med doxa om at de ubetalte hjelperne skal ta ansvar og pleie de eldre i hjemmet: det representerer heterodoksa. Hun la skyld og ansvar på individer som hadde en familiær tilknytning til pleietrengende eldre, men også som en konsekvens av industrialiseringen.

Overlege Per Hansen (1950) konstaterer at fordi de ubetalte hjelperne ikke kan ta seg av de eldre og/eller fordi det ikke er sykehjems plasser til dem får man et økt press på sykehusene. Dette presset utgjør et stort problem både for sykehuset, for de yngre pasientene på grunn av redusert behandlingsskapasitet, men det er også et problem for de eldre. Hansen oppfordrer til samarbeid mellom ulike aktører i samfunnet som stat, kommune, frivillige organisasjoner og private (1950, s. 143). Som overlege er Per Hansen i en dominerende posisjon i det medisinske felt og i en dominant posisjon i forhold til den betalte og ubetalte hjelperen. Han uttrykker her en misnøye ved at de eldre står i veien for sykehusets funksjon som behandlingssinstitusjon. Hans posisjon som behandlende lege<sup>33</sup> blir truet ved at sykehuset er i ferd med å bli et sted for vedlikehold (stell og pleie) og ikke reparasjon (behandling). Han er ortodoks ved at han argumenterer for at *andre* må inn i bildet og ta seg av de eldre slik at doxa om sykehuset som behandlingssinstitusjon opprettholdes. Disse andre er agenter som tradisjonelt har stått for pleie og oppbevaring (jf.kap.1.1.3.1 - Seip) noe de sannsynligvis på den tid fortsatt gjør, men eldrebølgen legger press på alle instanser og det som står på spill er derfor hvor belastningen skal legges.

I 1951 får *Sykepleiens* lesere et referat fra Den sjuende internasjonale sykekongress der saken om de eldre blir tatt opp. Pierre Delore, en fransk professor i medisin fra Universitetet i Lyon, kommer med forslag til hvordan man skal organisere og rasjonalisere arbeidet med de eldre i sykehuset og foreslår blant annet egne geriatriske avdelinger (Rimestad, 1951a). Behandleren Delore blir ortodoks og også han vil opprettholde doxa om sykehusets funksjon. Det vil si at han fastholder at pasienter skal være på sykehus og gamle som har sykdommer

---

<sup>33</sup> En objektivisering av begrepet lege må også til for å tydeliggjøre posisjonene og forskjellene mellom de ulike posisjonene. Leger (overleger, fylkesleger, professor i medisin, osv.) blir objektivert til en *behandler* da deres funksjon i denne sammenheng er en behandler og viser også til deres interesse eller manglende interesse i de eldre som pasient.

defineres nå med en diagnosekode: geriatri på egne avdelinger og som en egen medisinsk spesialisering. Egne avdelinger til de eldre vil frigjøre plasser på de andre avdelingene som kan brukes til behandling, men muliggjør også observasjon og forskning på alderdommen.

Representanter for den betalte hjelpen fra England argumenterte under kongressen for at pleien av de eldre burde foregå i hjemmet og at denne virksomheten krevde en helt spesiell type pleie. Men likevel kunne kvinner som hadde personlige ønsker om å få stelle gamle få muligheten til det, men disse måtte få *den nødvendige opplæringen* før de kunne bidra. Sosialkuratoren<sup>34</sup> Miss Robertson mente at man burde kartlegge hva den eldre pasienten hadde av *pårørende* og klargjøre ansvarsforholdene for å unngå at de ubetalte hjelperne overlot pasienten i sykehusets hender for alltid (Rimestad, 1951a). Agnes Rimestad<sup>35</sup>, forstanderinne ved Ullevål sykehus, problematiserte hvordan man har gått fra familieinstitusjoner bestående av tre generasjon til nå bare to:

Det er ikke så lenge siden at det var vanlig praksis her i landet at de mellomste ledd sørget for de gamle som var på sitt siste avsnitt og for de nye skudd på stammen. Selv om dette ikke alltid var like ideelt var det i hvert fall en form for samarbeid som var nyttig for alle parter. Med den økte industrialiseringen har flere folk flyttet fra landet til byer og bylignende strøk. Hjemmene er blitt trangere og de gamle er etter hvert blitt henvist til seg selv. Resultatet av dette er mest følbart i de største byene. (Rimestad, 1952, s.314).

På samme måte som Alveberg blir Rimestad ortodoks og klamrer seg til og idealiserer tidligere familiekonstellasjoner fra førmoderne tid.

#### 3.2.4.2 Can't buy me love, love

Den betalte hjelperen E. Kanavin som jobbet som sosialkurator ved Ullevål sykehus understreket at man ikke kunne erstatte kontakt med den ubetalte hjelperen med økonomisk støtte fra staten. Hun utførte en intervjuundersøkelse med 60 eldre mennesker i Oslo der det blant annet kom frem at det var viktig for dem å ha gode forhold til *familien* og et godt samhold. Dette fremhevet hun og mente at det er noe barna må være bevisst på (Kanavin, 1953). Kanavin

---

<sup>34</sup> En sosionom ansatt på sykehus (Braut, 2014)

<sup>35</sup> Fikk i 1947 Kongens Fortjenestemedalje i gull  
(<http://www.kongehuset.no/tildelinger.html?tid=28028&sek=27995&q=&type=27125&aarstall=1947>)

setter her økonomi opp mot familiære relasjoner. For den gamle kan ikke den ubetalte hjelpen erstattes av betalte hjelpere fra staten fordi den ubetalte hjelpen er preget av kjærlighet og ikke kynisk økonomi. For den betalte hjelperen trumfer de myke verdiene de harde.

I 1964 blir Lov om sosial omsorg vedtatt og det offentlig overtar det juridiske ansvaret for alle som ikke klarer seg selv (jf.kap.3.2.1.5). Ved å vedta en slik lov blir doxa satt av den dominerende posisjonen i samfunnet (staten) og man kan derfor si at doxa nå er at de betalte hjelperne skal ta seg av de som trenger hjelp til pleie og behandling. Hvilke utslag får dette i tidsskriftet?

I 1969 gjengis deler av en innstilling<sup>36</sup> fra Komitéen for eldreomsorgen som er nedsatt av Høyres sentralstyre<sup>37</sup>. Den blir sannsynligvis tatt med i tidsskriftet fordi den omhandler drift av sykehjem og spørsmål om organiseringen av eldreomsorgen. Det som er relevant i denne sammenhengen er et sitat som er klart og tydelig på hvilken ansvarsfordeling som partiet Høyre anser som fornuftig: «De eldres familier må være klar over at samfunnet aldri vil kunne overta ansvaret og omsorgen for de eldre alene» (Sykepleien, 1969, s. 574). Partiet Høyre representerte på dette tidspunktet en konservativ del av norsk politikk<sup>38</sup>. Selv om det i etterkrigstiden var enighet om velferdsprinsipper på tvers av politiske grenser, var striden ofte knyttet til hvor den økonomiske belastningen skulle plasseres (jf.kap.3.2.1.3). Med en truende og pågående eldrebølgen kan det være logisk å slutte at Høyre ikke ønsket å overta *hele* den økonomiske belastningen som det å overta ansvaret og omsorgen for de eldre *alene* vil innebære. Høyre blir derfor heterodoks og forsøker å gå tilbake til doxa om at ubetalte hjelpere skulle pleie de eldre i eget hjem. Høyre var i tillegg på dette tidspunkt i posisjon og ikke i opposisjon. De måtte ta konsekvensene av en sosialdemokratisk dominans som hadde funnet sted i nesten 50 år, og som nå var det herskende doxa. De strides derfor mellom å ivareta befolkningens interesse og den konservative ideologien om viktigheten ved å bevare

---

<sup>36</sup>Komitéen for eldreomsorgen, 1964 (1969) *Innstilling om institusjoner for eldre: Instilling II*. Oslo: Sosialdepartementet.

<sup>37</sup> Høyre var på dette tidspunkt (1965-1971) med i koalisjonsregjeringen til statsminister Per Borten (SP) sammen med Venstre (V) og Kristelig Folkeparti (KRF) (Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (DSS), 2013).

<sup>38</sup> Om Høyre er et konservativt eller liberalistisk parti kan diskuteres, men i utgangspunktet har partiet hatt en konservativ profil. Deres nåværende leder, Erna Solberg, har uttalt at de har en politikk som bygger på et konservativt samfunnssyn og liberale verdier (Solberg, 2013)

tradisjonelle verdier. Deres uttalelse er både heterodoks og ortodoks. De blir ortodoks ved at de forsøker å holde fast i opprinnelige verdier, som at det er best å være hjemme, men samtidig blir Høyres uttalelse heterodoks og en begynnelse på en nedbygging av velferdsstaten i Norge bare fem år etter at den er manifestert i lovverket.

I likhet med Rimestad og Alveberg idealiserer arkitekt Knut Askelund, tjue år senere, tidlige tiders ansvarsfordeling. Det som han uttrykker er på dette tidspunktet ortodoksa. Askelund karakteriserer dagens samfunn slik:

(..) med øket samfunnstakt, konkurranse og større krav til den enkelte, med oppløsningstendenser i familiestrukturen og sprengningen av kjernefamilien, med så svekkede slektsbånd, at *besteforeldrene* som bare i forrige generasjon var de yngres sikre tilfluktssted, nå må sies å være ute av bildet i familiesammenheng, mens kontaktløshet og tilpasningsvanskeligheter preger stadig større grupper av vårt folk, og kanskje i særlig grad de eldre (..). (Askelund, 1974, s.302-303).

Også Askelund går tilbake til kildene. Dagens situasjon sammenlignes med kårordningen, som han betrakter som en god ordening for alle generasjonene. Da fikk de eldre fortsatt føle på litt verdighet da de kunne tas i bruk på gården og de fikk kontakt med de yngre generasjonene. På denne måte var de eldre også en ressurs for generasjonen under, ikke bare en belastning. Innlegget er Askelunds tanker om institusjonsbyggingen for eldre. På denne tiden hadde det vært en kraftig utbygging av institusjonene, men de blir etter hvert utsatt for kritikk (jf.kap.3.2.1.4.2). Askelund argumenterer for at man i helse- og boligpolitikken må legge til rette for at de ulike generasjonene kan omgås (integrering). Også arkitektene fikk økt symbolsk kapital under velferdsstatens utbygging. De fikk posisjonen som en av ekspertene som var med på å utforme sosialpolitikken på denne tiden (jf.kap.3.2.1.2). Det kan forklare hvorfor en arkitekt får tilgang til feltet og får rett til å uttale seg om eldreomsorg i *Sykepleien*.

Sykepleiesjef Edward Hulbak<sup>39</sup> sa på NSF sitt seminar *Samarbeid i og koordinering av den primære helse- og sosialtjeneste* i 1975 at «stat, fylke og kommune vil ikke kunne gå inn som mor eller far, sønn eller datter i alle hjem hvor behov for hjelp utenfra måtte melde seg» (Hulbak, 1976, s. 214). Hulbak mente også at man i samfunnet hadde uheldige holdninger rundt

---

<sup>39</sup> Han var også formann i *Sykepleiens* redaksjonsutvalg

de rettigheter folk mente å få ved å betale skatt. Folk syntes å ha en holdning om at hvis de betaler skatt skal det offentlige ta seg av alle deres problemer. Med slike holdninger var han redd for at tjenestetilbudet skulle rakne. Han ville selvfølgelig jobbe for gode tilbud til befolkningen, men «(..) vi skal ikke ta fra mennesket ansvaret for seg og sine – derved gjøre dem fattigere» (Hulbak, 1976, s. 214). Over ti år etter at det har blitt politisk konsensus gjennom lov og politikk om at det offentlige skal hjelpe dem som ikke kan hjelpe seg selv kommer dette innlegget. Det tar altså ikke lang tid før resultatet av velferdsstaten (defamilisering, uavhengige individer med individuelle rettigheter, jf.kap.3.3.1 og 1.1.3.1) begynner å sette stopper for oppslutningen om velferdsstaten. Hulbak<sup>40</sup> er sykepleiesjef og økonomisk og faglig ansvarlig for hjemmesykepleien. Hans posisjonering er ortodoks og heterodoks<sup>41</sup>, ved at han fremhever avhengigheten mellom individene i en familie og deres ansvar for seg selv. Velferdsstaten skal ikke være en hvilepute, individene må fortsatt være ansvarlige for sitt og sine nærmeste sine liv. Hans posisjon som sykepleiesjef forklarer hvorfor han frykter befolkningens avhengighet av det offentlige og uavhengighet av hverandre. Tjenesten hans vil være i en konstant ressursmangel på grunn av en unødvendig høy etterspørsel i befolkningen.

#### 3.2.4.3 Samfunnets uheldige nedvurdering av de eldre

Det at man får stadig flere eldre i samfunnet var også et problem for de eldre selv og problemene var blant annet knyttet til deres lave status i samfunnet. De kunne ikke la seg behandle i sykehus og var derfor et hinder for de «behandlingsdyktige» i samfunnet (Hansen, 1950). De måtte oppvurderes til intellektuelle ressurser og deres fysiske ressurser kunne oppvurderes ved at man økte pensjonsalderen (Hansen, 1950). Deres livserfaring og visdom måtte bli gangbar valuta i samfunnet (Alveberg, 1951). Mot slutten av tidsperioden blir det fremhevet av fylkeslege og tidligere formann av Rådet for Eldreomsorgen<sup>42</sup> Gustav Vig at alderdom ikke er en sykdom. Han uttaler videre

---

<sup>40</sup> Etter et par søk på internett fant jeg ut at han er utdannet diakon og at han stod på listen til KRF Bærum i 2015. Født i 1936. Aktiv i Sjømannskirken.

<sup>41</sup> Arbeiderpartiet har fortsatt regjeringsmakt på dette tidspunktet (regjeringen.no, 2017)

<sup>42</sup> Rådet for eldreomsorgen ble opprettet i 1970 og fungerte som et statlig rådgivende organ som skulle drøfte prinsipper og planer rundt eldreomsorgen. Heter nå Statens seniorråd. Hentet fra <https://seniorporten.no/om-radet/historie/>

Vi må også begynne å lære folk å ta bedre vare på seg selv. Vi har hittil vært alt for opptatt av å skulle yte hjelp, og har i for liten grad tenkt på å utnytte de ressursene de eldre selv har, eller har rundt seg. Det er ikke så lenge siden en datter ringte til sykepleiesjefen i en kommune og forlangte at han skulle sende noen hjem som kunne vaske håret til hennes syke mor. (Vig, 1979, s.25).

Denne uttalelsen kom på slutten av 1970-tallet og kan sies å være en heterodoks tilnærming til det som nå er doxa. Doxa er at det offentlige skal ta ansvar for de eldre<sup>43</sup>. Han latterliggjør det faktum at en datter ber noen fra kommunen om å vaske håret til hennes mor. En uttalelse som også er ortodoks og uttrykker at "nå har det gått for langt", velferdsstatens omfang må begrenses, befolkningen har blitt passive mottakere og vi må fokusere på ressursene deres i stedet for behovene deres. I lærebøkene til Lerheim og NSF (jf.kap.3.2.3.2) vises det til at pasienten bør og har behov for å være selvhjulpen. Dette kan komme av at bøkene i stor grad var inspirert av den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson. Hennes definisjon av sykepleie er at sykepleieren skal hjelpe pasienten å bli mest mulig uavhengig av andre (Sundal, 2014, s. 166). Den betalte hjelperen skal derfor utøve hjelp til selvhjelp ifølge dominerende posisjoner i feltet (fylkeslege, NSF).

#### 3.2.4.4 Borte bra, men muligens er hjemme best

Utover 1950-tallet oppstår en økende ambisjon om å muliggjøre at de eldre kunne pleies i eget hjem av betalte hjelpere. Det var et ledd i å avlaste sykehusene og når hjemmesykepleiens funksjon og virke ble diskutert var det i stor grad hvordan tjenesten kunne dempe presset på sykehustjenesten. På samme måte som den betalte hjelperens funksjon som behandlingsassistent, skal hjemmesykepleiens funksjon være sykehusets assistent. Fylkeslege Lunde i Hedmark argumenterte i 1953 for at de gamle burde få være i sine vante miljøer. Det vil være en fordel for de eldre selv, men det ville også være økonomisk fordelaktig. Ikke minst var det et rikt arbeidsfelt for den humanitære virksomheten og perfekt for kvinner mellom 40 og 70 år. Disse kvinnene ville ha stor glede av å få hjelpe andre, en måtte la dem få lov til det (Lunde, 1953). I likhet med overlege Per Hansen og professor Pierre Delore (jf.kap.3.2.4.1) forsøker fylkeslege Lunde på sitt ortodokse vis å dra inn andre agenter som tradisjonelt sett har

---

<sup>43</sup> Arbeiderpartiet har fortsatt regjeringsmakt på dette tidspunktet (regjeringen.no, 2017)

tatt seg av de eldre. De kan få muligheten til å ta på seg eldrebølgen og derved får man omplassert de eldre. Her ser det ut til at kompetansen ikke er det viktigste kriteriet for hjelpen som skal gis, og den kan gjerne være ubetalt.

Noen år senere fikk en representant fra denne humanitære virksomheten fortalt leserne om sin arbeidshverdag. Betalt hjelper Ingunn Bjørgo som jobbet i menighetspleien i Oslo fortalte om travle vakter, de hadde flere pasienter enn de hadde tid til og de brukte mye tid på å undervise familier slik at de kunne overta pleien fordi de ville frigi tid til flere pasienter. For henne var det også problematisk at de hadde det så travelt at den sjelelige omsorgen måtte tilsidesettes. Bjørgo hadde avdekket behov som kunne tilfredsstilles av kvinner som ikke hadde andre ting å foreta seg: Kvinnene kunne gå å besøke gamle ensomme mennesker for å fylle tiden sin (Jordheim, 1957). Funksjonær Grimstvedt i Sykepleieformidlingen i Oslo kommune problematiserte at de eldre som ikke fikk plass på syke- eller aldershjem og som ikke hadde familie som kunne ta vare på dem kom i en svært dårlig posisjon. For dem var det så å si umulig å få tak i hjelp. For de som var så heldige at de bodde med sin datter var det litt bedre, men de var fortsatt alene på dagtid mens datteren var på jobb. For datteren var det selvfølgelig en glede å få utøve omsorg, men Grimstvedt problematiserte likevel at arbeidet kunne være en byrde å kombinere med jobb og annet husarbeid. Med dette oppfordret hun NSF til å gi kurs til de som ønsket å hjelpe gamle både i og utenfor institusjon (Grimstvedt, 1952). Dette erklærte NSF i samme nummer at de ville gjøre, men det ble mer et ledd i å øke kapasiteten til institusjonene. De erklærte at de ville sette i gang kurs for såkalt stuehjelp som tok sikte på hjelp i gamle- og pleiehjem.

Men i 1950 ble det nedsatt en komité i NSF som skulle utarbeide forslag til korte kurs i hjemmets sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 1951) og fra da av ser en at forbundet begynte å få øynene opp for denne virksomheten og etter hvert ansees det som en løsning på problemet med de overfylte sykehusene. I 1956 opprettes en *Komite for helsearbeid utenfor anstalt* i NSF og under et representantskapsmøte kommer det frem at det ble diskutert og at det var enighet om at moderne sykepleie også kunne foregå utenfor sykehuset (Norsk sykepleierforbund, 1956). I februar 1956 startet Norsk Sykepleierforbunds skole for videreutdanning et kurs i hjemmesykepleie. Det gikk over fire måneder og hadde elleve elever (E. B., 1956, s.383). Satsningen på hjemmesykepleien fra NSF sin side var altså forsiktig. De arrangerte kurs, men

de var korte og faglitteraturen var begrenset. Distansen mellom institusjon og hjem ble opprettholdt og den betalte hjelperen mistet ikke sin posisjon i institusjonen ved å hengi seg fullstendig til pasientenes hjem.

Først fra 1960 ser en tegn til en fagpolitisk kamp rundt hjemmesykepleien fra NSF sin side. *Retningslinjer for husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie* (1959) blir gjennomlest og kommentert av redaksjonen i *Sykepleien*. De reagerer sterkt på manglende kompetansekrav til de som skal jobbe i hjemmesykepleien og mener tjenesten ikke vil være kyndig nok hvis den ikke ledes av en offentlig godkjent betalt hjelper (*Sykepleien Red.*, 1960). Dette tas videre til statsråd Aase Bjerkholt<sup>44</sup> og vi får referat fra samtale mellom henne og NSF. Det blir uttrykt tilfredshet ved at hjelp ved sykdom i hjemmet settes i system, men at tjenesten må være faglig trygg. Med andre ord det bør være krav om utdanning. Henvendelsen blir møtt med at den pågående mangelen på betalte hjelpere gjør det uønsket å trekke flere betalte hjelpere bort fra sykehusene (*Sykepleien, Red./ Aa. L.*, 1960). Debatten fortsetter. Kjell Haddeland<sup>45</sup> kommer med svar på innvendingene til NSF. Han forsvarer at manglende presisering av hvem som skal ha ansvar for den daglige driften av hjemmesykepleien kommer av at tjenesten (som offentlig ytelse) er i sin spede oppstart. Han ser også for seg at det blir vanskelig å rekruttere betalte hjelpere enkelte steder og at det derfor ikke bør være et krav, men at det uansett vil falle seg naturlig at en betalt hjelper inntar disse stillingene. Betalt hjelp uten utdanning bør være i orden i tilfeller der det ikke er behov for medisinsk behandling, men mer stell og pleie og husstell (Haddeland, 1960). Ruth Torbjørnsen, som selv er leder av hjemmehjelpsordningen, i Tønsberg kommune, følger opp og mener at hvis hjemmehjelpsordningen også skal inneholde hjemmesykepleie er det ingen tvil om at den daglige lederen skal være en betalt hjelper med utdanning. Først og fremst av hensyn til pasienten, men også for å kunne gi saklig rapport til behandleren og kyndig utførelse av behandlerens ordinasjoner. Riktig pleie innenfor hjemmets rammer kan kun forekomme hvis en utdannet betalt hjelper har det overordnede ansvaret. Ved behov for hjemmehjelp kan det være en god syssel for kvinner i 40-50 års alderen (Torbjørnsen, 1960). Disse innvendingene som er beskrevet over blir ikke nevnt når

---

<sup>44</sup> Statsråd og sjef for Familie- og forbrukerdepartementet i Einar Gerhardsens tredje og fjerde regjering (1955-1965) (Wikipedia, 2017, 16. august)

<sup>45</sup> Klarer ikke å finne ut hvem vedkommende er, hvilken posisjon han uttaler seg fra, men det er naturlig å tenke at han enten er fylkeslege eller sosialsjef, selv om det vanligvis blir presisert.



Stortingsmelding nr. 88 *Om husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie* er oppe til behandling i Stortinget i november 1962, den blir enstemmig vedtatt uten særlig debatt (Sykepleien/red., 1962).

Under NSF's landsmøte i 1969 blir det vedtatt en resolusjon om at NSF skal be de offentlige myndigheter om å vurdere og fremme en lov om hjemmesykepleie. De stilte følgende krav til en tilfredsstillende hjemmesykepleie: den skulle kunne avlaste sykehus, sykehjem og pleiehjem. Det vil si det skulle kunne fungere som institusjonenes assistent. Det ville gi en klar samfunnsøkonomisk gevinst og ikke minst ville det imøtekomme pasientens ønske om å få være i sitt eget miljø. For at dette skulle la seg gjøre måtte en stille lovpålagte krav om kompetanse. En hjemmesykepleier var en offentlig godkjent sykepleier. Den faglig og administrative ledelsen måtte være offentlig godkjente betalte hjelpere, med nødvendig tilleggsutdanning (Norsk Sykepleierforbund, 1969, s. 394). Argumentasjonen for de faglige kravene til hjemmesykepleien fortsetter. Hvis tjenesten skal fungere som sykehuset «forlengede arm» er det nødvendig med offentlig godkjente sykepleiere i både ledelse og utførelse (Sykepleien, 1969). Ruth Torbjørnsen (1969) mener at politiske avgjørelser vedrørende hjemmesykepleie må tas på bakgrunn av faglig, men helst sykepleiefaglig konsultasjon. Hun ble i 1966 valgt som formann for NSF's *Utvalg vedrørende hjemmesykepleie*. Hennes engasjement for hjemmesykepleien var stort og hun fremhevet at man her hadde en unik mulighet til å kombinere omsorg og økonomisk besparelse. «Vi har her noe å komme med som myndighetene forstår, nemlig den økonomiske faktor. Nasjonaløkonomisk betyr en kvalifisert hjemmesykepleie besparing og for en gangs skyld faller den menneskelige omsorg for våre syke og gamle sammen med økonomisk besparing» (Torbjørnsen, 1969, s. 451). Den betalte hjelperens posisjon i hjemmet som faglig ansvarlig måtte kjempes for og strategien som blir valgt (ubevisst) var å bruke en medisinsk og økonomisk logikk for å hevde sin relevans i tjenesten.

I 1971 slo formann Helge Dagsland fast at hjemmesykepleien endelig har kommet inn i fastere rammer. Hun hadde lest gjennom stortingsmelding nr. 85 *Om helsetjeneste utenfor sykehus og Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomhet*. Her kom det tydelig frem at det var sykehusene som skulle dra fordel av virksomheten: «En velutbygget sykepleie vil være en av forutsetningene for å anvende sykehusplassene rasjonelt. Det vil sterkt bidra til at sykehuspersonell avlastes – noe som vi i denne tid så inderlig ønsker» (Dagsland,

1971, s.822). Tre år senere og fra et forbund med ny leder<sup>46</sup> slås det fast at den betalte hjelpen til nå har vært for institusjonsorientert. Det måtte erkjennes og man måtte øke fokuset på primærhelsetjenesten og hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien åpner dessuten opp for et mer helhetlig syn på pasienten og dennes situasjon (Kristiansen, 1974). Selv om Dagsland var positiv til de rammene som stortingsmeldingen og retningslinjene skisserte ser det ut til at det tar tid før tjenesten får utløst sitt fulle potensiale. En rekke innlegg vurderer tjenesten for uutnyttet og lite kjent for andre instanser i helsevesenet. Det vil si at leger i for liten grad benytter seg av muligheten til å få avlastning og at pasienter som kunne vært hjemme med hjemmesykepleie blir liggende for lenge i sykehus, sykehjem eller aldershjem (Hulbak, 1976; Brynhildsen, 1976; Taule, 1977). En mulig forklaring på at eldre ble liggende for lenge i institusjoner har vært at kommunene i liten grad bygde ut tjenester som alternativer til institusjon da det økonomiske ansvaret for institusjonene var lagt på fylkeskommunen (Bølstad, 1985, s. 18-19).

På slutten av delanalysens tidsperioden ser vi altså at doxa om hvor den betalte hjelperen skal ha sitt virke har endret seg. Den betalte hjelperen er i ferd med å gi slipp på sin posisjon som behandlingsassistent i institusjonen og forsøker å kjempe for at den posisjonen som skal inntas i pasientens hjem skal innebære faglig ansvar, lederansvar og et opprettholdt skille mellom den betalte og ubetalte hjelper. Faren for å måtte innta en posisjon som husmor var muligens truende, derfor ble det uttalt at husstell og hjemmehjelp kunne være en god aktivitet for kvinner som var ferdig med småbarnsfasen.

#### 3.2.4.5 Kvinnen som tilgjengelig omsorgsreserve

Jeg har over vist at doxa om kvinnen var at hun representerte en omsorgsreserve som kunne brukes til å dekke en del av de behovene som eldrebølgen representerte. Kvinner i 40-50 års alderen, det vil si de som var ferdig med den mest krevende og omfattende fasen av barneomsorgen, kunne nå få utløst sitt naturlige potensiale for omsorgsutøvelse på den voksende andelen eldre i samfunnet. Dette er holdninger som gjør seg gjeldende hos både menn og kvinner, hos behandlere og betalte hjelpere. Det tyder også på at den ubetalte hjelperen på dette tidspunktet er kvinne. Argumentene handlet om at kvinnene burde *få lov*

---

<sup>46</sup> Eli Kristiansen, formann av NSF 1973-1977 (Melby, 1990, s.244-245)

til å yte omsorg for de eldre og økonomisk kompensasjon var ikke et tema. Med unntak av når kvinner foreslås som aktuelle kandidater for hjemmehjelpstillingen i hjemmetjenesten av sykepleiesjef Ruth Torbjørnsen. Kanskje det nettopp derfor var ekstra viktig å skape distanse mellom betalte og ubetalte hjelpere: uten et faglig alibi var de betalte hjelperne i hjemme i prinsippet bare kvinner som utførte omsorgsarbeid. Faglig ansvar legitimerte betalingen og den kulturelle, økonomiske og sosiale kapitalen som det kunne tenkes å produsere.

I løpet av 1970-tallet er det lite fokus på kvinnens funksjon som omsorgsreserve i datautvalget mitt. Et brudd kommer i form av at deler av en bok blir publisert i tidsskriftet. I 1978 får man et utdrag av boken *Damenes vals* av Margaret Johansen. Denne boken skildret «ikke bare en pårørendes skjebne og vanskjebne, men sier en del om kvinneroller skapt i mannsamfunnets bilde» (Sykepleien, 1978, s.1342). Utdragene som ble publisert i *Sykepleien* beskriver hvordan Margaret Johansen opplevde å få forventninger knyttet til sin posisjon som kvinnelig ubetalt hjelper fra de kvinnelige betalte hjelperne og hvordan kravene til kvinnelige ubetalte hjelpere var høyere enn til mannlige ubetalte hjelpere. «Og slik er kvinner med på gjøre kjærlighet til hat mellom kvinner og menn – kvinner og kvinner. For veien er slett ikke så lang mellom disse to følelser, når kravene blir umenneskelige». Boken ble anbefalt av spesialsykepleier Inger Seeberg på det sterkeste til betalte hjelpere. Boken ga et godt innblikk i hvor omfattende både arbeidet og ansvaret var for den ubetalte hjelperen (Seeberg, 1978). Dette bruddet er både relatert til kvinnens posisjon som ubetalt hjelper, men også den ubetalte hjelperens posisjon i sykepleiefaget.

#### 3.2.4.6 Oppsummering

Oppsummerende kan man slutte av denne empirien at den ubetalte hjelpen og samfunnet hadde vanskeligheter med å ivareta de behovene som en økende andel eldre representerte. Det samme gjaldt institusjonene. De eldre gjorde det vanskelig for sykehusene å utfylle sin samfunnsfunksjon, nemlig behandling. Det kan også fremstå som om de ubetalte hjelperne var så desperate etter å få hjelp til sine eldre familiemedlemmer at de var villig til å overgi dem til den offentlige varetekt for «alltid». Dette var kanskje skremmende for de betalte hjelperne og de som rådet over dem (politikere, leger) da det etter hvert ble viktig å presisere at det offentlig ikke kan ta ansvar for de eldre alene samtidig som man idealiserte tidligere familiekonstellasjoner som kårordningen. Doxa kan derfor sies å være at de ubetalte hjelperne

sviktet sine eldre og førte til et økt press på sykehusene og på de betalte hjelperne og deres funksjon som behandlingsassistent. Derfor blir også doxa om hjemmesykepleiens funksjon at det skal være en tjeneste som skal avlaste sykehusene. Det er også ut i fra denne funksjonen at NSF kan kjempe for kompetansekrav til de som leder og jobber i tjenesten og dette blir nødvendig for NSF for å opprettholde distansen mellom betalt og ubetalt hjelper. Mot slutten av perioden kan det synes som om de betalte hjelperne har akseptert det faktum at de ubetalte hjelperne ikke klarer å ivareta behovene til de eldre og de betalte hjelperne blir derfor nødt til å omdefinere sin funksjon i samfunnet. Deres plass er ikke bare i institusjonen, men også utenfor. Men de får fortsatt funksjonen som en beholders assistent. De betalte hjelperne som skal fungere utenfor institusjonen skal avlaste sykehuset slik at behandleren kan opprettholde sin funksjon og posisjon i det medisinske felt.

### 3.2.5 Oppsummering og tentativ analyse av foreløpige funn

Doxa i begynnelsen av tidsperioden 1945-1980 var at den ubetalte hjelpen hadde ansvar for syke og pleietrengende som ble stelt i egne hjem. Dette stellet kunne utføres av enten husmødre eller kyndige hjelpere som privatsykepleiere eller humanitære hjelpere (jf.kap.3.2.3). De som ikke kunne utføre hjelpen selv eller ikke kunne få noen til å hjelpe seg i hjemmet måtte ty til institusjonene, institusjonene var ryggraden i helsevesenet, men empirien viser at de eldre pleietrengende utøvde et stort press på kapasiteten, spesielt på sykehus. De ortodokse posisjoneringene var at den ubetalte hjelpen var skyldig i å forsømme sine eldre (jf.kap.3.2.4). I begynnelsen av delanalysens tidsperiode (1945-1980) var prinsippene om universell velferd til hele befolkningen den politiske doxa. Arbeiderpartiet hadde regjeringsmakt og deres ideologi fikk stor oppslutning. De blir den dominerende makt i det politiske felt og doxa blir derfor til slutt velferd fra vugge til grav (jf.kap.3.2.1). Men det tok tid før prinsippene ble til konkret politikk. Den ubetalte hjelpen hadde fortsatt et juridisk ansvar for sine eldre (frem til 1964), men alt tyder på at det var et ansvar som enkelte ubetalte hjelpere ikke klarte å overholde. Så hvilke ubetalte hjelpere var det som ikke klarte dette? Man kan anta at det var ubetalte hjelpere som levde som mange på den tiden, under den såkalte kjernefamilien med mor, far og barn. Det kan tenkes at disse ikke klarte seg med én inntekt (eneforsørgermodellen), og at både mann og kone var i arbeid. Man kan også anta at de ikke hadde plass til å ha den eldre boende hos seg selv. Menighetspleien hadde flere

pasienter enn de kunne overskue (jf.kap.3.2.4.4) og de frivillige organisasjonene henvendte seg allerede i 1949 til myndighetene for å få støtte til tjenesten (jf.kap.3.2.1.4.2).

Privatsykepleiersker kostet penger og det var dermed en tjeneste for familier av den øvre klasse (Bølstad, 1985, s. 14; Melby, 1990, s. 55-59). Det kan være med på å forklare hvorfor privatsykepleiersken ikke legger noe press på husmoren eller andre medlemmer av familien til å bidra i pleien (jf.kap.3.2.3.2). Det var privilegerte ubetalte hjelpere som kunne betale for en tjeneste og som krevde respekt på grunn av sin posisjon. De ubetalte hjelperne som «sviktet» sine eldre hadde sannsynligvis lav økonomisk kapital og derfor ikke noe valg. Dette møter de betalte hjelperne med antipati og fortvilelse på vegne av de eldre og sykehuset. Lite energi blir lagt i å forstå familiens situasjon og grunner for sviket. I 1966, etter at det juridiske ansvaret opphører, gir en sentral agent i subfeltet ut en bok om sykepleie i hjemmet beregnet på folkeskolen (ortodoksi). Den betalte hjelpen var fortsatt institusjonsbasert og pleie av syke i hjemmet skulle kunne utføres av ubetalte hjelpere. Syke måtte pleies i hjemmet fordi helsevesenets ryggrad var i krise (jf.kap.3.2.3.2). Det var nok en velmenende handling som tok sikte på å hjelpe både eldre, ubetalte hjelpere og samfunnet til å stå bedre rustet mot utfordringene som eldrebølgen medførte.

Posisjoneringene til de betalte hjelperne kan forstås ut i fra deres posisjon som betalte hjelpere utdannet og ansatt på sykehuset. De er der en del av det medisinske feltet som er preget av en medisinsk logikk. Problemet var at de ikke hadde plass til de eldre i sykehuset, og det var heller ikke en plass for de eldre da de ikke kunne *behandles og tilbakeføres* (sentrale prinsipper i den medisinske logikk) til samfunnet som arbeidsdyktige og kampklare samfunnsmedlemmer. Dette samsvarer med Martinsens & Wærness sine påstander om institusjonenes funksjon som behandlingsenhet og hjemmene sin funksjon for vedlikehold (jf.kap.1.1.3.1) Årsaken ifølge de betalte hjelperne lå i modernitetens opprivning av storfamilien. Løsningen var å utvikle en hjemmesykepleietjeneste som var faglig forsvarlig nok til å kunne avlaste sykehusene. Her kan det se ut som at det var politisk og faglig enighet om kompetansebehovet i tjenesten. Legen var øverste myndighet og sykepleier var den faglig forsvarlige utøver. Tjenestens utvikling gikk sakte da det var en frivillig kommunal tjeneste og rekrutteringen av sykepleiere var vanskelig (jf.kap.3.2.1.4.2 og 3.2.4.4). En annen forklaring på posisjoneringen kan man ta fra en økonomisk logikk. Anne Lise Seip viser hvordan de borgerlig

filantropiske bare ville hjelpe de «verdige» hjelpetrequende (jf. Kap.1.1.3.1). Dette har jeg forklart ved bruk av begrepet økonomisk kapital og det kan la seg overføre til denne sammenheng. Over har jeg vist at den ubetalte hjelperen som «sviktet» sine eldre hadde lav økonomisk kapital. Den betalte hjelperen hadde mer økonomisk kapital og skaper distanse mellom seg og de med en lavere posisjon og forsterker denne distanse ved å vise antipati overfor deres manglende evne til å ta seg av en utsatt gruppe i samfunnet. Det å distansere seg fra de med lav økonomisk kapital og derved lav symbolsk kapital kan anses som en strategi for å øke verdien av sin egen kapital for å kunne innta bedre posisjoner i feltet.

I vedlegg nr.5 er en tabell som tydeliggjør de ulike posisjoneringene fra de ulike posisjonene i feltet: Hovedforskjellen kan ut i fra min analyse sies å være at legen og sykehuset sin funksjon og posisjon er basert på behandling, reparasjon og tilbakeføring til arbeidsstokken. De som ikke kan la seg behandles hører til andre steder eller bør plasseres på egne avdelinger. Betalt hjelpe skal bistå legen i behandlingen og inntar i institusjonen posisjonen som behandlingsassistent. De eldre kan i utgangspunktet ikke behandles, de vil aldri bli arbeidsdyktig selv om man med medisinen utvikling og fremgang kan gi dem økt levealder (i tillegg til andre faktorer som var med på å øke befolkningens levealder). Medisinen produserer sine egne problemer og vil overføre disse problemene til andre og dominerte agenter (som ubetalte helpere) eller noen (andre) kan gi hjelp til selvhjelp. Den betalte hjelperen er dominert av behandleren og skal fungere som en behandlingsassistent. Deres posisjon som behandlingsassistent blir truet når doxa blir truet og derfor er posisjoneringene preget av ortodoksi og en idealisering av førmoderne løsninger på problemene. Hjemmet har vært og er stedet der naturen går sin gang, men sykdom som nå kan behandles skal behandles på sykehus. Alderdom er naturens gang, det er tilbakegang og det kan ikke la seg behandle, alderdommen oppstår i hjemmet og den kan gå sin gang i hjemmet.

### 3.3 DELANALYSE II – DISTINKSJONENS VANSKELIGE VILKÅR I HJEMMET 1980-2017

I det følgende blir studiens funn mellom 1980-2017 presentert i forlengelsen av analysens første del. Presentasjonen er delt mellom en videre historisering av velferdsstaten (kap.3.3.1), en fortsettelse av konstruksjonen av den betalte hjelperens institusjonelle habitus (kap.3.3.2) og empiriske funn fra lærebøker og tidsskrift (kap.3.3.3-3.3.4). I andre del av analysen er doxa at det offentlige tar ansvar for eldreomsorgen og at de betalte helpere kan ha sitt virke i

både institusjoner og i de eldre sine hjem. Dette blir til en viss grad truet. De velferdsstatlige rammene endres, selv om de ubetalte hjelperne ikke får noe direkte juridisk ansvar, bærer helsevesenet og samfunnet for øvrig preg av at velferdsstaten mister sitt sosialdemokratiske fotfeste og blir preget av en nyliberalisme som endrer rammene for utøvelsen av den betalte hjelpen. De ubetalte hjelperne får økende politisk fokus og de blir sentral for at ideologien om «hjemme best» skal kunne omdannes til virkelighet.

### 3.3.1 Den offentlige omsorgens genese etter 1980

Velferdsstatens omfang og de offentlige utgiftene som fulgte med kom under sterk debatt på 1980-tallet. Kommunene hadde problemer med å kutte ned på utgiftene på grunn av nedbetaling av lån som de hadde tatt når økonomien så lysere ut enn på 1980-tallet. Dette førte til kutt i diverse offentlige sosiale tilbud som for eksempel eldreomsorg (Furre, 2007, s. 303). Problemene begynte egentlig på 1970-tallet da man begynte å føle på en økende bekymring for demografien i landet, skjevfordelingen mellom generasjonene ble stadig større, noe som kommer til uttrykk i empirien i delanalyse I (jf.kap.2.4.2.2-3). I tillegg ser man at utgiftene ble større enn hva man hadde forutsatt, noe som ifølge Sejersted ikke burde være en overraskelse da det er slik velferdssystemet er konstruert. Men systemet ble etablert på en tid da det var stor politisk enighet eller i det minste politisk gjennomslag for idéen om at utgiftene til sosial omsorg og trygghet var en investering i tillegg til at det var en generell økonomisk vekst i samfunnet. På 1970-tallet ble sosial trygghet og økonomisk vekst stilt opp mot hverandre. I tillegg ser man en endring i befolkningens måte å forstå velferdsstatens ideologiske grunnlag. Man gikk fra tankene om rettferdig fordeling til individuelle rettigheter. Sosiale tjenester var en rettighet som var garantert i medlemskapet man hadde i kollektivet. Det som bidro til å skape velferdsstaten var fokuset på fellesskap, universelle og like rettigheter for alle (jf.kap.3.2.1), men paradoksalt nok skapte velferdsstaten individer som ble økonomisk og sosialt uavhengig av fellesskapet. Den kollektive bevisstheten gikk over i individuelle behov og rettigheter (Sejersted, 2005, s.408-412). Som Leira (2012) beskriver det førte velferdsstaten til en defamilisering (jf.kap.1.1.3.1). Familien internt ble mindre avhengig av hverandre fordi det offentlige overtok deler av ansvaret som familien tidligere hadde hatt. De betalte hjelperne overtok deler av de ubetalte hjelperne sitt ansvar og gjorde det mulig for de ubetalte hjelperne til å delta på arbeidsmarkedet og derved bli betalt.

Sentrale trekk ved velferdsstaten etter 1980 er derfor at:

- Etterspørselen etter velferdstjenester overstiger den politiske viljen til finansiering
- sosial trygghet står i veien for økonomisk vekst i samfunnet
- velferdsstaten har skapt individer med rettigheter i stedet for fellesskap

#### 3.3.1.1 Kritikk av velferdsstaten

Velferdsstaten fikk også motstand i form av samfunnsvitenskapelig forskning som viste at velferdsstaten ikke levde opp til sitt potensiale og at den utviklet nye former for sosial nød. Rettferdig fordeling var muligens en politisk illusjon. Sosialdemokratene forsvarte seg ved å vise til alt man hadde oppnådd og ved å fortsette å insistere på at økonomiske og sosiale forhold gikk sammen som hånd i hanske. Dette endte med enda flere ambisiøse sosiale investeringer i løpet av 1970-tallet, men denne politikken måtte til slutt gi tapt for den nye virkelighetsforståelse om at velferd ikke skapte vekst. Politiske tiltak ble derfor satt inn på de nye sosiale problemene som man så hos førtidspensjonerte, hjemløse, alenemødre eller i drabantbyer. Velferdsstaten skulle opprettholdes, men den måtte omorganiseres (Sejersted, 2005, s. 408-412).

#### 3.3.1.2 Effektivisering og valgfrihet

To nøkkelord som gjør seg gjeldende fra og med denne perioden er *effektivisering* og *valgfrihet*. Den manglende sammenhengen mellom sosiale og økonomiske investeringer gjorde at man måtte få mest mulig ut av de midlene man hadde og derved effektivisere. Valgfriheten var også en måte å effektivisere på ved at *hver enkelt fikk ansvar for sin sosiale situasjon* og man skapte det som statsviteren Bo Rothstein (i Sejersted, 2005, s. 412) kaller et slags kvasimarked fordi man får konkurranse mellom de som skal stå for tjenestene og derved bedre kontroll på de offentlige utgiftene. Sejersted peker også på at *frihet* blir en slags motsetning til den sosialdemokratiske ambisjonen om *likhet*. Den liberalistiske tanken er at alle skal ha *lik frihet* til å velge, mens den sosialdemokratiske handler om at man *ønsker likhet i resultatene* eller i de sosiale utfallene. Men de sosialdemokratiske partiene i både Norge og Sverige tok valgfrihetsprinsippet med seg videre, dog med litt ambivalens, og førte en politikk preget av desentralisering og ønsker om mindre byråkrati (Sejersted, 2005, s. 408-412).



### 3.3.1.3 Nyliberalismen

1980-tallet førte altså med seg en liberalisering av velferdspolitikken. Det sosialdemokratiske hegemoniet ble erstattet av en nyliberal ideologi som fokuserte sterkt på *velferdssamfunnet* og *nærmiljøet* og *organisasjoner* (Hjelmtveit, 2005, s.40). Et trekk som kan sammenlignes med statens forsøk på tilbaketrekning under liberalismen på 1800-tallet der de frivillige organisasjonene ble tillagt en sentral posisjon (jf.kap.1.1.4.1 og 3.2.1.4). Ønsket om effektivisering, avbyråkratisering, desentralisering og valgfrihet førte med seg en rekke reformer. Disse reformene har fått betegnelsen *New Public Management* (NPM). I utgangspunktet ble NPM knyttet til den liberale og konservative delen av det politiske felt, men etter hvert blir NPMs styringsideologi tatt opp av også de sosialdemokratiske partiene. NPM kan sies å være en økonomisk teori om mennesker som rasjonelle aktører<sup>47</sup> som vil maksimere sin nytte i samfunnet. Professor i samfunnsvitenskap Roar Hagen (2006) forklarer den politiske oppslutningen rundt NPM-ideologien ved at den utstyres politikerne med refleksjonsmuligheter og årsaksbetingelser som kan la seg endre. Velferdsstaten skaper urimelige krav om ytelser som står i konflikt med viljen til å finansiere disse ytelsene. Finansieringen vil kreve en kamp om interesser og prioriteringer som kan skape politiske utfordringer. NPM gjør at man slipper å prioritere, man kan heller effektivisere med de samme ressursene. Denne effektiviseringen kan skje ved å gi offentlig sektor preg som ligner på privat sektor. Hovedtrekkene handler om å utsette den offentlige driften for konkurranse, men også at det offentlige opererer som en oppdragsgiver i større grad enn en produsent av velferdsgoder. Oppdragsgiver skal da kjøpe den billigste tjenesten, det være seg en offentlig eller privat produsent, og dette skal føre til en effektivisering av produksjonen av velferdstjenestene hos de begge. NPM muliggjør at staten kan trekke seg mer tilbake og dette legitimeres ved at det skapes valgfrihet for den rasjonelle aktør som velger velferdstjenester som passer dem best. Staten tar fortsatt ansvar for alle sin velferd, men midlene for å oppnå

---

<sup>47</sup> I et praxeologisk perspektiv bruker man begrepet agent, tidligere forklart slik: Hos Bourdieu er agent en handlende i en sosial kontekst; det kan være et individ, en gruppe eller en institusjon. Det er viktig å fremheve at agenten ikke er rasjonell, det vil si at vedkommende ikke vet hvorfor de gjør som de gjør (Hovmark, 1997, s. 7). Når jeg i denne sammenheng bruker begrepet aktør er det fordi det blir brukt av Hagen (2006) i tillegg til at det illustrere menneskesynet som tilsier at agenten er rasjonell - og derfor en aktør (i denne logikken).

velferden er under NPM endret. Man skifter for eksempel fra forvaltning til ledelse. Ledelsen har ansvar for å oppnå målet om å øke effektiviteten, det vil si redusere statlige utgifter. Lederen får handlingsrom til å oppnå målet, men blir vurdert og målt ut fra virksomhetens effektivitet. Det knyttes bevilgninger til bestemte ytelser som for eksempel produksjon, kundetilfredshet, etterspørsel eller kvalitetsmål. Virksomheten (lederen) blir belønnet eller straffet med økte eller minskede bevilgninger. Dette skaper det Rothstein kaller et kvasimarked i offentlig sektor (Hagen, 2006, s. 206 - 209).

#### 3.3.1.4 Effektivisering av helsevesenet

Fra 1980-tallet blir også helsevesenet rammet av debatten om velferdsstatens begrensninger og krav om effektivisering og desentralisering kommer også inn i dette bildet (Schøitz, 2017). Ansvar for omsorgsarbeid knyttet til de eldre ble en kommunal oppgave på slutten av 1980-tallet. Da fikk kommunene ansvaret for hjemmetjenestene (hjemmesykepleie og hjemmehjelp), sykehjem og aldershjem. Et ledd i politikken som kan ansees som effektiv stimulering av kommunens vilje til å satse på hjemmetjenester ved at utgiftene for institusjonene også ble lagt på kommunen. Siden den gang har man fått en nedrustning av institusjonspleien og en kraftig økning i hjemmesykepleie og bygging av omsorgsboliger som skulle muliggjøre at flere kunne bo «hjemme» lengre. Denne «hjemliggjøringen» har vært et sentralt trekk ved den kommunale helsetjenesten fra 1990-tallet og frem til i dag. Tanken er at å bo hjemme er kvalitativt bedre enn å bo på institusjon, men det antas også at pleie i hjemmet er billigere enn på institusjon (Otnes, 2012, s.64). Hjemmesykepleiens funksjon som en avlastning for sykehusene ble opprettholdt. Det uttalte ønsket fra myndighetene sin side var å unngå innleggelser i sykehus og å ha muligheten til å skrive folk tidligere ut fra sykehus ved hjelp av en godt utbygget kommunehelsetjeneste. Man åpnet etterhvert også opp for rehabilitering i hjemmet der målet er å gjøre brukerne av tjenesten mest mulig selvstendig, det vil si uavhengig av hjelp fra det offentlige, men det er selvfølgelig også til det beste for brukeren. Fokus på rehabilitering holdes ved like frem til i dag, men nå er det benevnt som *hverdagsrehabilitering* – noe som er et ledd i en *innovativ* helsetjeneste sammen med for eksempel teknologi. Brukermedvirkning får også en stor plass i dagens helsetjeneste. Samhandlingsreformen som ble innført i helsevesenet i 2012 skulle føre til bedre samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og til en

kostnadsreduksjon for helsevesenet i sin helhet. Kommunene ble nok en gang stimulert økonomisk til å satse på en godt utbygget tjeneste som kunne avlaste sykehusene. Et ledd var blant annet å innføre kommunal betaling<sup>48</sup> for utskrivningsklare pasienter som ikke kunne skrives ut på grunn av manglende kommunalt tilbud (Fæø, 2015, s.65-66, 82, 86).

#### 3.3.1.5 Kjønnspolitikk etter 1980

Norge kan sies å ha en nokså «tvetydig familiepolitisk modell» (Kitterød & Rønsen, 2012, s. 165), ved at for eksempel kvinnens posisjon blir styrt i både retningen av økt yrkesdeltakelse samtidig som man stimulerer til *refamilisering* ved permisjonsordninger, kontantstøtte, omsorgslønn og pensjonspoeng for omsorgsarbeid. Etterkrigstidens kjernefamilie med en kjønnsdelt funksjonsfordeling hadde gode vilkår i Norge helt frem til 1990-tallet på grunn av dårlig barnehagedekning. Kvinners yrkesdeltakelse økte likevel kraftig fra og med 1970-tallet, men det gjaldt først og fremst kvinner som var ferdig med småbarnsfasen som kom ut på arbeidsmarkedet (Kitterød & Rønsen, 2012). De overnevnte politiske virkemidlene har et ortodoks preg som opprettholder familien som en grunnleggende struktur i samfunnet. På papiret er disse ordningene kjønnsnøytrale, men de skaper en reproduksjon av arbeidsdelingen mellom kjønnene da det fortsatt er flest kvinner som benytter seg av dem. I løpet av 1970- og 1980-tallet skjedde det banebrytende endringer i doxa om hva mannlighet og kvinnelighet var og hva familien skulle være. Ekteskapet er i større grad avløst av samboerskap, eneforsørgermodellen er nå i større grad en to-forsørgermodell der begge parter tar ansvar for økonomi, omsorg og husstell. Forsørgerne kan i tillegg være av samme kjønn. Et sentralt poeng i denne historien om kvinnen og velferdsstaten er at uten endringen i den kjønnsmessige arbeidsdelingen og forståelsen av kvinnelighet/mannlighet ville ikke utbyggingen av velferdsstaten og realisering av dens prinsipper være mulig. Det som gjenstår å se er hvordan den nyliberale praktiseringen av velferdsstaten vil virke på arbeidsdelingen mellom kjønnene når staten trekker seg tilbake samtidig som velferdsbehovene vokser (Blom, 2012, s.388, 390).

#### 3.3.1.6 Den ubetalte hjelperen kommer inn i lovverket

Samtidig som helsevesenet «avinstusjonaliseres» (jf.3.3.1.4) blir den ubetalte hjelpen anerkjent og nedfelt i lov. I 1989 endres kommunehelseloven til å inkludere *pårørende*.

---

<sup>48</sup> Døgnpris per pasient er i 2018 på 4 747 kroner (Helsedirektoratet, 2018)

Ubetalte hjelpere som hadde et særlig tungt pleie- og omsorgsansvar skulle få omsorgslønn, avlastningstilbud og et kontraktfestet samarbeid med den betalte hjelpen (Krystad, Lindechrona & Sæther, 1996, s. 57). Dette står fortsatt ved lag i dagens lovverk gjennom helse- og omsorgstjenesteloven §3-6 (2011 (endret i 2017, som styrket pårørendestøtte)) der kommunen plikter å gi avlastning, omsorgslønn og opplæring/veiledning. Den ubetalte hjelper kan bli en betalt ubetalt hjelper. Målet med omsorgslønnen har fra statlig side vært å bidra til at ubetalte hjelpere kunne opprettholde innsatsen sin. Et argument har også vært at dette muliggjør *best mulig omsorg* for de pleietrengende. Om omsorgslønn skal fungere som kompensasjon for tapt arbeidsinntekt eller som betaling for arbeid utført på vegne av kommunen er til nå ikke tydeliggjort fra myndighetenes side (NOU:2011:17, s. 17).

### 3.3.1.7 Restriktive tjenester

Utviklingen videre var også at hjemmetjenestene ble mer og mer restriktiv i tildelingen av tjenester. Andelen praktisk hjelp sank kraftig i løpet av perioden 1992-2010 (fra rundt halvparten til en fjerdedel av tjenestemottakerne). Det vil si at tjenestene som utføres er i stor grad hjemmesykepleie. Også antallet mottakere av hjemmesykepleie har økt til det nesten dobbelte. Hjemmetjenesten står for 74 % av de eldre brukerne av pleie- og omsorgstjenesten, men bare 28 % av utgiftene. Dette viser at «hjemme-best»-ideologien kan føre til en kostnadsreduksjon for kommunene. En stor andel av utgiftene går altså til institusjonsomsorgen selv om andelen institusjonsbrukere er betraktelig mindre. Tjenesten har også blitt utsatt for konkurranseutsetting i enkelte kommuner, et klassisk trekk ved effektiviseringen av tjenesten i NPM-ideologien. Sentrale trekk ved hjemmetjenesten er at den er preget av behovsprøving og at man har gått bort fra å gi litt hjelp til alle til å gi mest til de som har størst behov. I tillegg prioriteres for eksempel ugifte over gifte. 40 % av tjenestemottakere over 67 år var ugifte, mot 13% gifte. Det vil si at de som har tilgang på hjelp fra ubetalte hjelpere, det være seg ektefelle eller andre, får tildelt mindre bistand fra betalte hjelpere (Otnes, 2012, s.64, 66, 69, 71, 76). I boken *Maktens samvittighet* fra 2002 viste Halvard Vike et al. at velferdsstaten hadde kapasitetsproblemer. Det vil si at etterspørselen ikke samsvarte med den politiske finanseringsviljen. I boken ble det illustrert hvordan det var de betalte hjelperne i førstelinjetjenesten (hjemmesykepleien) som måtte ta konsekvensene av misforholdet mellom etterspørsel og tilbud. Jeg har tidligere skrevet om politikken som hadde

som mål å desentralisere tjenestetilbudet (jf.kap.3.2.1.4.2). Vike et al. kaller prosessen over for en desentralisering av dilemma. Det vil si at politikere som begrenser tildelingen av tjenester og bevilgninger slipper å forholde seg til konsekvensene det har i praksis. Forfatterne i *Maktens samvittighet* mener at dette er en del av årsaken til at kapasitetsproblemet fremstilles som unntak og ikke normaltilstanden (Vike, Debesay & Haukelien, 2016, s.15).

### 3.3.1.8 Velferdssamfunnet

Begrepet velferdsstat har muntlig i de siste tiår blitt erstattet med begrepet velferdssamfunnet (Sundal, 2014, s. 161), det er et trekk som samsvarer med statens forsøk på å trekke seg tilbake og et forsøk på å overføre deler av ansvaret til de ubetalte hjelperne. Dette viser seg også i andelen av BNP som i Norge brukes på offentlige utgifter. I løpet av 1990-tallet ble andelen redusert med 10 prosent, til rundt 40 prosent (Hjelmetveit, 2005, s.53). Denne andelen var i 2016 over 50 prosent, noe som forklares ved at offentlige utgifter har økt, samtidig som veksten i BNP har avtatt litt de siste årene. Fra politisk hold skyldes det oljeprisfallet som har funnet sted de siste årene, ikke at de offentlige utgiftene har økt (Tjernshaugen, 2016). Utgiftene til helsevesenet i Norge er relativt lavt sammenlignet med sammenlignbare land i Europa. Andelen av BNP som brukes på helse i Norge er 9,9 prosent, mens det i Sverige er på 11,1 prosent (Theie, Lind, Jenssen, Nellemann & Skogli, 2017), noe som fremstår som et paradoks med tanke på at i Sverige står de ubetalte hjelperne for minst 70 prosent av den totale eldreomsorgen (Katzin, 2014, s.37). Det generelle trekket ved velferdspolitikken de siste tiår er at de offentlige ytelsene blir stadig mer behovsprøvde og selekterte og de universelle ordningene innskrenkes. Private aktører får stadig mer plass i det offentlige velferdstilbudet og det satses mer på kontantytelser. Skatter senkes og egenandeler økes. Individet som har rettigheter stimuleres politisk til mer og mer egeninnsats gjennom økonomiske intensiver (Hjelmetveit, 2005, s.55). For eksempel tilbys familier kontantstøtte som alternativ til barnehage og kommuner kan kreve egenandel for hjemmehjelpetjenester, mens hjemmesykepleie er gratis. Det gjelder også tjenester til personlig stell og såkalt egenomsorg (regjeringen.no, 2014). Når det gjelder egenandel er det verdt å merke seg at kommunen ikke kan kreve betaling for avlastningsopphold i institusjon som er beregnet på å avlaste ubetalte hjelpere (Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester, 2011, § 1). Et tiltak som sikter på å opprettholde innsatsen til de ubetalte hjelperne.

### 3.3.2 Den betalte hjelper sin institusjonelle habituskonstruksjon II

I 1986 ble utdanningen for de betalte hjelperne gjort statlig og derved flyttet til høgskolesystemet og bort fra sykehusene (Schøitz, 2017). NSF mistet mye av makten som de hadde hatt over utdanningen og myndighetene fikk nå mer kontroll over utdanningens innhold og forløp. Myndighetene ønsket å tone ned profesjonsinteressene i utdanningene av betalte hjelpere og andre og med det oppnå et helsevesen der alle de ulike agenter drar i samme retning. En form for effektivisering med andre ord (Sortland, 2011, s.112-113). Dette frigjorde ikke faget og utdanningen fra grunnleggende spørsmål om hva faget var og hva det skulle være. Etter NSF sitt syn var den betalte hjelpen nå en profesjon<sup>49</sup>, det mente også myndigheter og høgskolesystemet. Dette kan ha å gjøre med at selve definisjonen på en profesjon endret seg og ble på dette tidspunktet brukt om alle utdanninger på høyere nivå som utdannet en til et yrke (Lund, 2012).

På 1980-tallet oppstod den interne *verdidebatten* ledet an av betalt hjelper og filosof Kari Martinsen, lærer for betalte hjelpere Herdis Alsvåg og sosiolog Kari Wærness. De kritiserte den medisinsk-tekniske retning faget hadde tatt og mente at den betalte hjelpen burde interessere seg *også* for de «resultatløse pasientene». Kari Martinsen mente at økende teoretisering av faget gjorde at de betalte hjelperne foretrakk behandlingsinstitusjoner fremfor vedlikeholdsarbeid på sykehjem og lignende. Motstanden mot profesjonaliseringen kom til uttrykk i boken *Pleie uten omsorg?* (jf.kap.1.1.4.1) og i Alsvågs bok *Har sykepleien en fremtid?*. De tre førte en ortodoks strategi ved at de argumenterte for å gå tilbake til den tradisjonelle delen av faget, i likhet med den ene fløyen tidligere på 1970-tallet som mente at man måtte fokusere på tradisjonene i faget (jf.kap.3.2.2.3.4). Fokuset burde være på omsorgen for den syke og den svake. De som fikk minst i samfunnet burde få mest av den betalte hjelpere. Resultatet ble et forbund som både satset på solidaritet og egenomsorg, på omsorg og profesjonalisering. Eldreomsorg fikk også en større plass i læreplanen fra 1981, selv om dette ikke førte til økt status for arbeidet med de resultatløse pasientene. Tidligere hadde de betalte hjelpernes assistenter vært i overvekt i sykehusene, men med kommunehelsesloven og alt

---

<sup>49</sup> I det akademiske felt har sykepleie fått betegnelsen semi-profesjon. Det er fordi sykepleie i et historisk perspektiv kan sies å være yngre enn de klassiske profesjoene (som lege). De har i tillegg kortere utdanning og (som vist) en underordnet posisjon i forhold til de klassiske profesjonene (Horne, 2016, s.84).

ansvaret for diverse helsetjenester som ble lagt på kommunene fikk man et skifte i konsentrasjon av type personell. Nå dominerte de betalte hjelperne på sykehusene, mens assistentene og andre ufaglærte hjelpere fylte stillingene i kommunen. Utviklingen gikk altså i motsatt retning av det Martinsen & co ønsket (Lund, 2012, s. 204, 223-226, 234)

### 3.3.2.1 Vitenskapliggjøring av den betalte hjelpen

Når den betalte hjelperen etter en lang kamp skulle få en plass på universitet på 1980-tallet så man den samme ambivalensen som før. Spørsmålene handlet om det skulle være et embetsstudium (som medisinstudiet) eller et hovedfag, hvilket fakultet det skulle tilhøre, medisinsk eller samfunnsvitenskapelig fakultet, samt hva hensikten med forskningen skulle være. Likevel var den betalte hjelper som vitenskapelig agent nok et middel for å løsrive seg fra posisjonen som legens assistent (Lund, 2012). I for eksempel Bergen ble sykepleievitenskap plassert under medisinsk fakultet etter ønske fra legene og de betalte hjelperne. Dette hadde konsekvenser for forskningen og i stor grad var og er forskningen preget av å være forskning *for* praksis med medisinske forskningsmetoder som den beste standarden med et empirisk, men teoriløst fundament. Men som en viss grad av løsrivelse fra medisinen ble det også forsket på pasienter og deres opplevelser, samt relasjonen mellom pasient og betalt hjelper, med teoretisk og metodisk inspirasjon fra andre disipliner som humaniora og samfunnsvitenskap. Det som kan sies å mangle og som står i veien for en akademisk selvstendigjøring er grunnforskning av den betalte hjelpen og forskning *om* praksis (Sortland, 2011, s. 19, 113). Forklart på en annen måte: de betalte hjelperne har et dilemma mellom det å være et embetsmannsfag (i likhet med legene) og derved ha retten til å utøve en selvstendig praktikk med referanser til ulike vitenskapsfag *eller* å være et erkjennelsesfag (i likhet med psykologi, sosiologi, o.l.) som opprettholder egne teorier og egen metodologi (Petersen, 2013, s. 772).

### 3.3.2.2 Likestilling av den betalte hjelpen

Forbundet har ikke drevet en kjønnskamp, men en kamp om faglig likestilling og et ønske om å bli mer likestilt med legene som yrkesgruppe. De har kjempet mot en faglig dominans, muligens har den mannlige dominans blitt ansett som en naturlov som ikke kunne endres. Først på 1980-tallet begynte forbundet å forfekte en politikk som skulle ta hensyn til at yrket var dominert av kvinner og at tiltak som gjorde det enklere for kvinner å kombinere familie og

jobb ble relevant politikk. Deltidsstillinger hadde tidligere vært en av løsningene, utover 1980-tallet ble det en likestillingskamp for forbundet å kjempe for mer heltidsstillinger. Den videre utviklingen var at heltid ble viktigere enn den betalte hjelperens mulighet til å ta hensyn til familien (Lund, 2012). Det vil si at den betalte hjelperen som yrkesutøver skulle være lik mannen. Yrkeslivet skulle ikke tilpasses for at den betalte hjelperen skulle være kvinne og det det innebar av omsorgsforpliktelser på hjemmebane, likhet med det som ble uttrykket fra NSF sin siden på 1960-tallet (jf.kap.3.2.2.3.6).

### 3.3.2.3 Betalingen av den betalte hjelpen

Etter 1980 bedrer lønningene seg for den betalte hjelperen. De hadde hatt en kraftig lønnstigning siden 1960-tallet, da den på det tidspunktet og tidligere kunne karakteriseres som «ekstremt lavtlønnet». Likevel lå lønnsnivået på 1980-tallet fortsatt under andre yrkesgrupper med samsvarende utdanningsløp og fortsatt tjente kvinner mindre enn menn. Lønnstigningen fortsatte utover 1990-tallet, og nå med en tilnærmet grad av utjevning mellom grasrot og ledere. Veksten fortsatte og fortsetter, forrige lønnsopprykk kom i 2018 med enighet om en årslønn på 500 000 til betalte hjelpere med over 10 års ansiennitet innen 2019 (NSF, 2018). Kampen på 2000-tallet bestod i en likelønnskamp mellom menn og kvinner, en kamp som fortsatt pågår og som kan sies å være mer motivert av ønsket om å øke lønnen enn et ønske om likestilling (Lund, 2012). Vi ser her at den betalte hjelperen utad fortsatt kjempet for å vise sin egenverdi og sin spesifikke nytteverdi i samfunnet og med det kjempet for bedre betaling for arbeidet som ble utført. Innad var det ikke enighet om hva som var den spesifikke nytten og verdien av den betalte hjelpen.

### 3.3.2.4 Profesjonsnøytral betalt hjelp

I 2001 trådte helsepersonelloven i kraft og denne har blitt ansett å ha som mål å skape profesjonsnøytralitet i helsevesenet. Monopol på arbeidsoppgaver ble ansett som noe negativt og tanken var at man skulle utvikle ferdighetene til å utføre arbeidsoppgavene *etter* endt utdanning. Som vist over kan profesjonalisering av yrkene i helsevesenet bety en utgiftsvekst for myndighetene og med helsepersonelloven åpner man politisk opp for mulighetene til å benytte billigere arbeidskraft, det vil si lavere utdannet betalte hjelpere, til å utføre oppgaver som tidligere skulle utføres av høyere utdannet og bedre betalte hjelpere.



Teknologi og standardisering av enkelte tjenester gjør det også mulig for andre å overta oppgavene (Kjølsrud, 2016, s. 141).

Den betalte hjelpers disposisjon tilsier at deres kamper for profesjonsstatus og bedre lønn er en pågående kamp som i stor grad er avhengig av myndigheter eller agenter fra det medisinske felt. De nåværende krav om effektivisering av helsetjenesten vil true en profesjon som fortsatt har definisjonsproblemer. Effektivisering er synonymt med kostnadsreduksjon og med dette blikket på saken vil et økt politisk fokus på ubetalte hjelpere, velferdsteknologi og velferdssamfunn være forståelig.

### 3.3.3 Lærebøker

Fra 1980 og frem til i dag har utvalget i faglitteratur om hjemmesykepleien økt betraktelig. Noe som er forståelig når doxa i denne perioden er at de eldre skal pleies og behandles i eget hjem eller på institusjon av betalte hjelpere. Det at hjemmesykepleie både ble en lovpålagt tjeneste og av fagpolitisk interesse for NSF har nok vært av avgjørende betydning.

#### 3.3.3.1 *Hjemmesykepleie: Kommunehelsetjenestens grunnpilar, av sykepleier Jan Bølstad*<sup>50</sup>

Den første læreboken i hjemmesykepleie kom først i 1985, ett år etter at kommunehelsetjenesteloven hadde trådt i kraft og gjorde hjemmesykepleien til en obligatorisk kommunal tjeneste. Det jeg finner er at de ubetalte hjelperne har her en mye større plass i litteraturen enn i de tidligere lærebøkene (jf.kap.3.2.3) og deres posisjon har derved endret seg. Det var ikke snakk om at de er passive familiemedlemmer i en sårbar situasjon fordi deres nærmeste er syk (jf.kap.3.2.3.2), de hadde en aktiv posisjon som var avgjørende for at den pleietrengende skal kunne fortsette å bo i eget hjem. Avgjørende for at den ubetalte hjelperen skulle opprettholde sin innsats og unngå utbrenthet var avlastning. Avlastning kunne være hjelp fra hjemmesykepleien, opphold på dagavdeling eller på sykehjem.

Bølstad ga de ubetalte hjelperne æren for at en rekke av deres tjenestebrukere kunne bo hjemme da de i Østfold på dette tidspunktet ikke tilbydde hjemmesykepleie etter klokken 22.00. Det innebar en 24-timers beredskap fra de ubetalte hjelperne sin side som de ikke fikk

---

<sup>50</sup> Bølstad var på dette tidspunktet tidligere sykepleiesjef for hjemmesykepleien i en kommune i Østfold, utdannet sykepleier med blant annet grunnfag i sosiologi. Han var aktiv i organiseringen av hjemmesykepleien i sin kommune og kom med en rekke innlegg om tjenesten i *Sykepleien*.

økonomisk kompensasjon for. Her viste han til sosiolog Kari Wærness som hadde avdekket at den største andelen av disse ubetalte hjelperne var kvinner. Når det gjelder kjønnsaspektet trekker Bølstad også frem det at eldre menn burde læres opp til å utføre husarbeid, selv om det vil være en vanskelig oppgave. Når det gjaldt vurdering av hjemmehjelp måtte man anse mannen som en ressurs i husholdningsarbeidet. I ytterste konsekvens ville det offentlige måtte tilby hjemmehjelp til alle enslige menn hvis man tilbyr hjemmehjelp når kvinnen i familien er satt ut av spill.

De ubetalte hjelpernes posisjon var så nødvendig at det presiseres at uten dem, ville hele tjenesten bryte sammen. Bølstad fremhevet også at det ikke foreligger en juridisk plikt for de ubetalte hjelperne og fordømmer indirekte at betalte hjelpere kunne ha en tendens til å pålegge familien en moralsk plikt for å utøve omsorgsarbeid for sine nærmeste. Her posisjonerer Bølstad seg bort fra den økonomiske pol gjennom sine politiske argumenter ved å opponere mot politikken som føres. Han sier at hjemmesykepleien er avhengig av ubetalte hjelpere for å fungere samtidig som de ikke har en juridisk plikt til å utføre hjelpen, noe det byråkratiske felt plikter til å sørge for.

### *3.3.3.2 Hva gjør vi i hjemmesykepleien?: Om det å gi og få hjelp hjemme, av Anne Iversen*

Boken av Anne Iversen<sup>51</sup> (1986), betalt hjelper i hjemmesykepleien, er basert på Iversens egne erfaringer som betalt hjelper i hjemmesykepleien gjennom syv år og tilgjengelig kunnskap om tjenesten. Boken har et eget kapittel viet til *pårørende* (s.88-95), noe som antyder at de ubetalte hjelperne hadde begynt å bli en stor del av sykepleiefaget når det gjaldt utøvelsen. Hun beskriver de ubetalte hjelperne sin situasjon og hvordan den gir grunnlag for sterke behov for støtte og avlastning. Når den betalte hjelperen får sitt virke i pasientens hjem er det ikke bare pasientens behov som den betalte hjelperen må avdekke og tilfredsstillende, det er også den ubetalte hjelperen sine behov. Her trer på mange måter den ubetalte hjelper inn i den betalte hjelperens gjenstandsfelt og blir en del av profesjonens samfunnsoppdrag. Det er også tydelig at hjemmesykepleiens funksjon som avlastning for sykehusene er mindre uttalt fra den betalte hjelperen sin side. Det handler nå mer om at pasienten skal kunne utskrives fra sykehus enn at man skal unngå innleggelse ved hjelp av hjemmesykepleien (s.37).

---

<sup>51</sup> Når boken ble gitt ut var hun gått over i stillingen som assisterende sykepleiesjef i Oslo Helsestiftelses avdeling for hjemmesykepleie med ansvar for internopplæring.

Hjemmesykepleien *overtar* pasienten i stedet for å *forhindre* at den blir innlagt. Men hjemmesykepleien var fortsatt tiltenkt funksjonen som «sykehusets assistent» (jf.kap.3.3.1.7), men det er mulig at distansen mellom institusjon og hjem fortsatt er opprettholdt selv om de betalte hjelperne har gjort sitt inntog i hjemmet og at dette skaper et mindre fokus på sykehuset for den betalte hjelper som har sin praktikk i en hjemmesykepleiepraksis.

Iversen beskriver den ubetalte hjelperen som en bipasient og mener med det at det ofte er et udekket behov hos den ubetalte hjelper for hjelp og pleie fra den betalte hjelperen, men merk, dette skal ikke følges opp uten vedtak. Det vil si at behovet for hjelp ikke er avdekket av det offentlige enda og det er derfor ikke fattet vedtak på at personen trenger hjelp og den betalte hjelper skal derfor ikke bruke av sin arbeidskraft på å hjelpe noen som ikke er «innskrevet» i utgiftsposten. Denne posisjoneringen er muligens et resultat av Iversen sin posisjon som assisterende sykepleiesjef der hun har et byråkratisk syn på pleien i hjemmet og posisjonerer seg ut i fra en økonomisk og politisk logikk. Begrepet bipasient blir også brukt for å beskrive at de ubetalte hjelperne står i fare for å få behov for hjelp på grunn av den belastningen det innebærer å være ubetalt hjelper. Iversen fremhevet at de ubetalte hjelperne gjorde en fundamental jobb, samfunnet var avhengige av dem (s.90) fordi de muliggjorde at enkelte kan bo lengre hjemme eller at de måtte gjøre den innsatsen de gjorde på grunn av manglende sykehjemsplasser.

Den ubetalte hjelpen defineres i ganske vid forstand, det er alt fra ektefelle, nabo til fjernere slektninger. Men hovedfokuset er på ektefelle og barn, disse er da henholdsvis mulig bipasient og en ressurs med forbehold. For barna kan et avlastningsopphold på sykehjem for den eldre være et gode da de endelig kan ta fri og bruke tiden på ektefelle og egne barn. Iversen skriver at de ubetalte hjelperne er utsatt for en belastning, men samtidig fremhever hun (i et annet kapittel) at Kontoret for eldreomsorg i Oslo arrangerer kurs for ubetalte hjelpere der de blant annet lærer pleie- og løfteteknikker og kunnskap om sykdomslære og hjelpetilbud som tilbys av det offentlige (s.78). De ubetalte hjelperne var altså velkommen til å ta (over) oppgaver som var sentrale for de betalte hjelperne og tilegne seg kunnskap som har vært kun for de «innvidde» betalte hjelperne. Iversen fremhever at de ubetalte hjelperne har et «naturlig ansvar og forpliktelser» overfor sine nærmeste, det er viktig at de ikke glemmer det. Som Kjellaug Lerheim (jf.kap.3.2.3.2) er Anne Iversen villig til å gi fra seg enkelte oppgaver

når hjelpen skal utføres i hjemmet. Sengekant- og koordinatorfunksjonen er en funksjon den ubetalte hjelperen kan få. Iversen strides mellom faren for at den ubetalte hjelperen kan gå fra å være en ressurs til å bli en belastning for tjenesten. Den økonomiske logikken fungerer paradoksalt ved at man gir kurs og oppgaver til den ubetalte hjelper for å utnytte både den ubetalte og betalte hjelperen maksimalt, men man står da i fare for at den ubetalte hjelperen blir en hjelpetrengende med behov for en betalt hjelper.

Boken blir senere anmeldt av en betalt hjelper i *Sykepleien* som anbefalte boken til bruk både i utdanning og praksis. Anmeldelsen ble avsluttet med at den betalte hjelperen stilte spørsmål ved at Iversen argumenterer for at økonomi skulle avgjøre om en pasient skulle være hjemme eller på institusjon. «Er det økonomi som skal bestemme livskvaliteten?» (Kristensen, 1987, s.35). Her er to ulike posisjoner i spill. Iversen som jobber som assisterende sykepleiesjef heller mot den økonomiske pol og posisjonerer seg med en økonomisk logikk. Den betalte hjelperen «på gulvet» har ingenting å vinne ved å bevege seg mot den økonomisk pol og vil derfor trekke mot den kulturelle pol der myke verdier som individuell livskvalitet er mer gangbar valuta enn harde verdier som økonomiske hensyn.

### 3.3.3.3 *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie, av sykepleier Marit Solheim*

Den neste læreboken som er inkludert kom ti år senere. Betalt hjelper Marit Solheim uttrykker ortodoksi ved at hun forsøker å opprettholde doxa om at de betalte hjelperne har hovedansvaret for pleien. De ubetalte hjelperne står som supplerende enheter og i noen tilfeller erstattende enheter, men de skal ikke være *behandlere*. De ubetalte hjelperne skal ikke overta noen av oppgavene som de betalte hjelperne er faglig ansvarlig for. Men det er fortsatt tydelig at de ubetalte hjelperne har en betydelig og omfattende posisjon. De trenger avlastning og støtte, deres ansvar kan ofte være veldig omfattende. På bygden er det, ifølge Solheim, verre enn i byen når det gjelder arbeidsdelingen mellom kjønnene. Svigerdøtre på bygden har et stort ansvar. De må pleie de eldre i familien i tillegg til gårdsarbeidet. Generelt hevdes det at kvinners innsats er mer omfattende og har større omfang enn menns. De sliter i tillegg mer med den psykiske belastningen som dårlig samvittighet og bekymring innebærer. Forfatteren trekker også frem omsorgslønn som et hjelpemiddel hvis de ubetalt hjelperne utfører omfattende pleieoppgaver, med forbehold om at tilbud om omsorgslønn varierer fra kommune til kommune. Her ser vi et slags brudd i empirien, de ubetalte hjelperne har nå

mulighet til å få økonomisk kompensasjon for den jobben de gjør. Solheim skriver også at det er varierende om de ubetalte hjelperne ønsker å motta omsorgslønn. Dette kan sies å være en praktikk som forsterker skillet mellom det å gi betalt og ubetalt hjelp, mellom det å være behandler og vedlikeholder. Vegringen mot å motta økonomisk kompensasjon for den hjelpen man utfører kan forklares ut i fra de ubetalte hjelpernes disposisjon og vil kreve en individuell habituskonstruksjon av de som ikke vil motta omsorgslønn. Men mer generelt kan man si at hvis den ubetalte hjelperen er en kvinne vil det å yte ubetalt hjelp til de nærmeste være en del av deres disposisjon, betaling forstyrrer den historiske konstruksjonen av kvinnen som omsorgsgiver og ansvarlig for medlemmene i det private hjem sin helse.

Solheim kjemper for den betalte hjelperens posisjon som behandlingsassistent. Når den betalte hjelperen flytter ut av institusjonen og inn i et hjem blir det viktig å holde på posisjonen som betalt hjelper som en behandlingsassistent og ikke en husmor. Man får en nærhet til både pasient og ubetalt hjelper som ikke var mulig i sykehuset, men som også sikret en ønsket sosial distanse. Denne distansen blir vanskelig å opprettholde i et hjem og derfor blir ens posisjon som betalt hjelper og ens funksjon som behandlingsassistent viktig å fremheve. Også for den ubetalte hjelper blir det viktig å opprettholde sin posisjon som ubetalt og derved ikke formelt forpliktet, ved å velge å ikke motta omsorgslønn.

#### *3.3.3.4 Sykepleie i hjemmet, av Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik*

Betalt hjelper Arvid Birkeland<sup>52</sup> og betalt hjelper Anne Marie Flovik<sup>53</sup> trekker frem omsorgslønn i deres lærebok fra 2011. Som i Bølstad (1985) blir innsatsen som den ubetalte hjelpen står for trukket frem som avgjørende for at enkelte skal kunne bo hjemme, selv om man på dette tidspunktet har døgntjeneste i hjemmesykepleien. Disse ubetalte hjelperne sparer samfunnet for enorme utgifter. De ubetalte hjelperne er også her i stor grad kvinner. Men mannlige ektefeller tar også på seg omsorgsarbeid og disse er opptatt av å klare seg selv og ikke fokusere på belastningen det innebærer å være ubetalt hjelper. Det vil si de forsøker å innta en mannlig posisjon som ubetalt hjelper.

---

<sup>52</sup> Har blant annet vært leder for hjemmetjenesten i Sveio og daglig leder ved Stølen Psykiatriske senter.

<sup>53</sup> Har blant annet vært leder for hjemmebaserte tjenester i Bærum kommune

Forfatterne viser til en rekke tiltak som kan hjelpe den ubetalte hjelperen å holde ut: pårørendeskole/nettverk, avlastning, undervisning/informasjon og ikke minst omsorg. Deres tidligere posisjon som ledere av hjemmesykepleie preger posisjonen om den ubetalte hjelpen som en samfunnsøkonomisk ressurs. Deres iver etter å opprettholde innsatsen er et klart uttrykk for en slik posisjon sin plassering i samfunnet som trekkes mot den økonomiske pol og bort fra den kulturelle.

Men de ubetalte hjelperne er selvfølgelig forskjellige og det er varierende hvordan de kan fungere som en ressurs. Det må utøves varhet overfor hva som er rimelig å kreve av den ubetalte hjelperen, «i en travel hverdag finnes det eksempler på at hjemmesykepleien presser på for at pårørende skal ta større deler av arbeidet, mens pårørende gjerne ønsker mer avlastning» (Birkeland & Flovik, 2011, s. 151).

#### 3.3.3.5 Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter, av Ann-Kristin Fjørtoft

Betalt hjelper og høgskolelektor Fjørtoft beskriver utviklingen av de objektive strukturene som ansvarsforskyvninger mellom familie og velferdsstat. Før var det familiens ansvar og så ble det delvis overtatt av velferdsstaten til nå (2016) å bli et samlet hjelpeapparat som inkluderer både betalte og ubetalte hjelpere. Dette er forårsaket av et økt press på det offentlige. De ubetalte hjelperne er viktige fordi de er avgjørende for at pasienten skal kunne bo hjemme, de yter omsorg og de er derfor samarbeidspartnere, og de er som oftest kvinner. For å opprettholde deres innsats må den betalte hjelperen jobbe forebyggende ved å gi den ubetalte hjelperen omsorg. Dette er også en del av lovverket som den betalte hjelperen må forholde seg til. Den ubetalte hjelperen skal være en *supplerende* hjelper og ikke *erstatte* den betalte hjelperen, men ansvarsfordelingen må uansett avklares. Også Fjørtoft presiserer at barn ikke har juridisk ansvar for sine foreldre.

#### 3.3.3.6 Oppsummering

Doxa i lærebøkene er at pleie kan foregå i hjemmet og det er rom for både betalte og ubetalte hjelpere. Begge sin innsats er nødvendig og det er et avhengighetsforhold som krever samarbeid og avklaring av ansvarsforholdet. Agentene strides mellom hensynet til og omsorgen for den ubetalte hjelperen og den ressursen de representerer for tjenesten og samfunnsøkonomien.

### 3.3.4 Tidsskrift

I 1980 blir den psykologiutdannede Svein Olav Daatland<sup>54</sup> intervjuet av en reporter i *Sykepleien*. Han er på dette tidspunkt ansatt på Norsk Gerontologisk institutt som forsker. I intervjuet forteller han om en forskningsstudie som han skal utføre om omsorgsarbeid utført av eldre. Dette benevnes som *aktivt omsorgsarbeid* som ikke blir ansett som arbeid. Uten at dette blir problematisert, kommer det frem at mesteparten av dette arbeidet utføres av kvinner. Men han mener at dette arbeidet er en uoppdaget ressurs (Rostøl, 1980). Doxa i denne perioden er at de eldre skal pleies og behandles i eget hjem eller på institusjon av betalte hjelpere. Det aktive omsorgsarbeidet som ikke blir ansett som arbeid fordi det ikke er betalt er altså en ressurs. Daatland sin uttalelse representerer et sentralt brudd i empirien der de ubetalte hjelperne blir anerkjent og omfanget av deres innsats begynner å bli et mer og mer relevant tema. Daatland er her både heterodoks og ortodoks. Han går imot den gjeldende doxa om at de betalte hjelperne skal ta hånd om de eldre i samfunnet (heterodoksa). Samtidig er han ortodoks ved at han går tilbake til de opprinnelige verdier om at syke og pleietrengende skal tas hånd om av ubetalte hjelpere i hjemmet(ortodoks).

#### 3.3.4.1 Rehabilitering av evnen til egenomsorg

På 1980-tallet begynte egenomsorgsbegrepet å få sitt fotfeste i *Sykepleien*. Dette kan sies å være en forlengelse av det som kom frem på 1950-60 tallet om at den eldre sine indre og ytre ressurser måtte fremheves for å øke deres verdighet (jf.kap.3.2.4.3). Men det var også en sentral del av sykepleielitteraturen. Den amerikanske betalte hjelperen Dorothea Orem sin modell for sykepleie var inspirert av Virginia Henderson (jf.kap.3.2.4.3) og med det utviklet Orem en egenomsorgsmodell. Orem's sykepleieideologi ble sentral i den norske sykepleielitteraturen på 1980-tallet, hvor målet var at pasienten skulle oppnå størst mulig grad av selvhjulpenhet (Sundal, 2014, s. 168) Nå fikk man et økt fokus på rehabilitering, de eldre skulle ikke bli «passive pleiepasienter». Redaktør Onarheim skrev i 1988 at «rehabilitering kan bidra til å redusere kapasitetsproblemene i helsevesenet, og vil også kunne gjøre eldreomsorgen enda mer spennende» (Onarheim, 1988, s.3). Med inspirasjon fra andre land, blant annet Danmark, fremstår en eldreomsorg preget av en slags myndiggjøring av den eldre

---

<sup>54</sup> På daværende tidspunkt har han gjennomført det femårige profesjonsstudiet i psykologi. Senere en sentral profil i forskning på aldring, familie og velferd.

som et flott alternativ til den paternalistiske institusjonsomsorgen. Betalte hjelpere fra hjemmesykepleien reiste på studietur og oppsummerte inntrykkene i *Sykepleien*. Nøranger kommune i Danmark får skryt for sin reduksjon i sykehjemsplasser og økt satsning på hjelp i hjemmet. De skapte selvtillit, selvrespekt og egenomsorg hos den eldre (Lysaker & Thune, 1986, s. 32-33). Det ble rapportert om kommuner i Norge som satset på den såkalte «åpne omsorgen», der man la mest ressurser i hjemmetjenester og aktivitets- og rehabiliteringstilbud (Østby<sup>55</sup>, 1988). I en reportasje blir pleie- og omsorgsleder i Asker kommune, Randi Weme, intervjuet i forbindelse med et forslag hun hadde utviklet til en alternativ organisering av kommunens eldreomsorg. Hun hadde studert ved senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo<sup>56</sup> og mente at man måtte tenke nytt og omorganisere når tjenesten møtte på økonomiske utfordringer. Det mest samfunnsøkonomiske ville være en kombinasjon av institusjoner og åpen omsorg, men hovedmålet måtte være å *rehabiliter* og *gi hjelp til selvhjelp*. For å opprettholde den innsatsen de ubetalte hjelperne stod for måtte samarbeid med dem være en sentral oppgave for tjenesten. Dette innebar også avlastning, blant annet på institusjon, men ingen skulle få fast plass på sykehjem før man hadde forsøkt med hjemmesykepleie og rehabilitering først (Østby, 1989). *Sykepleien* viste senere hvordan disse prinsippene ble utført i praksis i Ål og Hurum kommune. I Ål kommune skulle man prioritere annerledes, ikke med flere ressurser. Det skulle satses på brukerens ressurser, ikke brukerens problemer, tjenesten skulle være brukerorientert og ha et hjemlig preg både i institusjon og i hjemmetjenesten. Demente skulle ikke plasseres i skjermede enheter, da dette var uverdigg og en form for segregering. I Ål kommune skulle de demente heller få være hjemme og gå på dagsenter som en avlastning for de pårørende (Østby, 1990).

I Hurum kommune måtte pleie- og omsorgssjefen ta konsekvensene av en dårlig kommuneøkonomi og blant annet legge ned rundt 50 av 64 sykehjemsplasser og 80 trygdeleiligheter. Dette ble ikke fremstilt av pleie- og omsorgssjefen som et problem, men mer som et påskudd til å omorganisere og skape en mer *moderne* omsorgstjeneste. «Ideologien er at alle har ansvar for sitt eget liv», sa pleie- og omsorgssjefen (Fonn, 1993, s. 10). De startet

---

<sup>55</sup> Journalist i *Sykepleien*

<sup>56</sup> Antageligvis det som nå heter avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Der har de et studie som heter *Master i helseadministrasjon (erfaringsbasert master)*. Se <http://www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/heled/>



også med tjenesteavtaler som ikke var juridisk bindende, men en ansvarsavklaring mellom tjenesten, brukeren og pårørende (Fonn, 1993). Denne omorganiseringen fikk sterk kritikk fra akademisk hold gjennom en evaluering av Sturle Næss og Kari Wærness fra Universitetet i Bergen, på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Deres kritikk gikk ut på at brukerne av tjenestene i større grad ble stilt krav til gjennom tjenesteavtalene, som kan oppleves som juridisk bindende selv om de ikke var det. Sykehjem ble gjort om til trygdeboliger, noe som førte til at det ble stilt lavere krav om medisinsk oppfølging og finansiering av medisinsk teknisk utstyr fra kommunen sin side. Forskerne hevdet også at rehabiliteringsideologien gikk på bekostning av omsorgsideologien (Østby, 1995a). Dette ble avist av pleie- og omsorgssjefen ved påstanden om at det er mye omsorg i rehabilitering. Hun fikk også støtte av Ressurssenteret for omsorgstjenester<sup>57</sup> som hevdet at:

Hurum kommune ideologisk sett er helt på linje med Ressurssenteret og de signaler som er kommet fra staten gjennom offentlige utredninger, meldinger og regjeringens handlingsplaner. Ressurssenteret framhever da også ofte Hurum som den kommunen her i landet som har kommet lengst i å tilby bolig som alternativ til institusjonsplass. (Østby, 1995b, s.9).

Dette stemmer overens med den politiske utviklingen som jeg har avdekket i kap.3.3.1. Det viser at betalte hjelpere som var i lederposisjoner i kommunehelsetjenesten måtte forsvare doxa i det politiske felt og dens innflytelse på sykepleiefeltet. Det som står på spill for de betalte hjelperne er hensynet til økonomi og hensynet til den enkelte pasient. Sykepleielederen overtar den økonomiske logikken som preger det politiske felt og forsvarer sine prioriteringer ved å fremstille det som det beste for den enkelte. Det er å hjelpe til selvhjelp og det er omsorg i denne logikken.

Denne logikken blir møtt med heterodoksisk reaksjon fra agenter som kan sies å tale fra en posisjon som er nærmere den kulturelle pol enn den økonomiske ved at de inntar posisjoner som sosiolog og filosof i tillegg til å være betalte hjelpere. Reaksjonen kommer i første omgang fra Kari Martinsen og Kari Wærness med boken *Pleie uten omsorg?* der de kritiserte

---

<sup>57</sup> En statstilknyttet tjeneste opprettet i 1989. Endret navn i 2000 til Ressurssenter for omstilling i kommunene (Norsk senter for forskningsdata, 2017). Deres funksjon er å være et rådgivende organ for kommuner innen helse- og omsorgstjenester og deres samfunnsoppdrag er å skape bedre tjenester (RO, 2017).

behandlingsmanien i samfunnet ved å vise til sykehjemmenes nye oppdrag som rehabiliteringsinstitusjoner (jf. Kap.1.3.1.1 og 3.3.2). Denne boken skapte debatt i *Sykepleien*<sup>58</sup>. Deretter fulgte andre agenter som kritiserer egenomsorgsbegrepet. Blant dem lærer ved Røde Kors Sykepleierskole i Nord-Norge Åshild Glad, lærer ved helsesøsterutdanningen ved UIT Torunn Hamram og betalt hjelper og sosiolog Margrete Sæther. Herdis Alsvåg viste hvordan dette slo negativt ut på de som ikke kunne rehabiliteres. Pleie og omsorg for pasienter ble forskjøvet lengre ned på rangstigen ved at sykepleiens fokus kun lå på rehabilitering og behandling i et forsøk på å øke fagets status. Vedlikeholds- og tilbakegangsomsorg burde anses som like viktig som vekstomsorg (rehabilitering/behandling). «Hjemme best»-ideologen ble også kritisert ved påstander om at den egentlig var et forsøk på å spare penger, men ble kamouflert med argumenter om at det er til det beste for pasienten. Det ble fremhevet at dette gikk ut over de ubetalte hjelperne, fordi hjemmesykepleien var lite utbygd (i 1983) og institusjonsplassene var fraværende. Det var en liberal samfunnsorientering som fokuserte på produksjon som høyeste verdi. Kritikken gikk også på hvordan det offentlige ved bruk av egenomsorg fraskrev seg ansvaret og overførte det til det private. De pårørende fikk ansvar de ikke hadde ressurser til å mestre. (Glad & Hamran, 1983; Sæther, 1983; Alsvåg, 1983; Alsvåg, 1986) I 1988 publiserte Kari Martinsen en artikkel i to deler i *Sykepleien* som kritiserte egenomsorgsbegrepet ved å vise til at idealiseringen av det å være selvhjulpen førte til en nedvurdering av det å være avhengig og omsorgstrengende og derved en nedvurdering av omsorgsarbeidet. Sykepleie burde handle om omsorg for de svake (Martinsen, 2003, s.42-61). Redaktøren i *Sykepleien* som ni nummer tidligere av samme årgang, priste egenomsorg og rehabilitering, kritiserte i samme nummer som Martinsens andre del av artikkelen, selvhjulpenhet som ideal i samfunnet. Hun oppfordret betalte hjelpere til å ta et moralsk ansvar og prioritere omsorg for den svake. Sykepleiere må være med på å forme «omsorgsstaten» gjennom solidaritet, moral, likhet, fellesskap og integrering. Dette er et empirisk eksempel på *verdidebatten* samtidig som det viser hvordan et vinglete sykepleierforbund satset på både egenomsorg og solidaritet.

Rehabilitering kommer senere i en ny versjon og da betegnet som *hverdagsrehabilitering*. Dette innebærer rehabilitering i den eldres hjem. Arvid Birkeland, forfatter av *Sykepleie i hjemmet*

---

<sup>58</sup> Debatten rundt boken ble ikke inkludert i registrantanalysen da den ikke omhandlet den ubetalte hjelper

kommer i artikkelen Rehabilitering - Aktiv mestring i hjemmesykepleien med argumenter om at hverdagsrehabilitering må få en større plass i hjemmesykepleien. Her må også de ubetalte hjelperne inkluderes for at det skal være realistisk og gjennomførbart (Birkeland, 2014). Det kan virke som om den ubetalte hjelperen kan få funksjonen som rehabiliterer også.

#### 3.3.4.2 Legens posisjonering om hjelp i hjemmet

Når det gjelder legenes syn på den betalte og ubetalte pleien i hjemmet er de skriftlige bevisene på dette færre enn i forrige periode. Men det er en representant for legeposisjonen som går igjen. Tidligere fylkeslege<sup>59</sup> Hans Knut Otterstad fremstår i *Sykepleien* som en engasjert forkjemper for LEON-prinsippet i eldreomsorgen. Han har skrevet utallige artikler i tidsskriftet som baserer seg på statistikk om brukerne av helse- og omsorgstjenestene og argumenterer for mest mulig bruk av hjemmebaserte tjenester (Gran & Otterstad, 1988; Fuglaas & Otterstad, 1986; Fuglaas & Otterstad, 1985). Otterstad argumenter var både økonomiske og moralske. Når brukeren kunne få bo i eget hjem fikk han/hun utnyttet sine egne ressurser og tjenestene måtte derfor utvikles med grunnlag i prinsippet om egenomsorg. Dette vil være økonomisk gunstig for kommunene og bedre for brukeren da vedkommende slipper å bli styrt av rigide institusjoner (Hestnes & Otterstad, 1998, s. 58-59). Otterstad legger seg ikke opp i hvem som skal utføre pleien, men han er en forkjemper for at den skal foregå i hjemmet og ikke på institusjon. Legens posisjon som behandler på institusjonen blir her opprettholdt. Hjelp til vedlikehold kan utføres i hjemmet. Otterstad selv har gått inn i posisjoner som preges av en byråkratisk logikk, noe som kan forklare hvorfor han er en forkjemper for LEON-prinsippet.

#### 3.3.4.3 Forskning på den ubetalte hjelper

Fra og med midten av 1980-tallet sees en økende tendens til at den ubetalte hjelper blir gjenstand for sykepleieforskningen. Det som avdekkes er at de ubetalte hjelperne har en stor belastning og en 24-timers jobb som krever avlastning (Storum, 1985; Munz & Høyersten, 1993; Antonsen, 1993).

Forskningen på den ubetalte hjelperen går i stor grad ut på å samle inn deres erfaringer og belyse hvilke konsekvenser det har for sykepleien. Sykepleier Hilde Storum undersøkte de ubetalte hjelperne sin situasjon i to hjemmesykepleiedistrikt i Bergen. De ubetalte hjelperne så

---

<sup>59</sup> Han har også hatt stillinger som assisterende fylkeslege og helsesjef

på det som sin plikt å ta ansvar for den pleietrengende selv om de var preget av søvnvansker, sosial isolasjon og i noen tilfeller sammenbrudd. Storum fremhever at det er viktig at de betalte hjelperne og politikerne tar hensyn til denne belastningen og gir hjelp, støtte og avlastning. Hun problematiserer også forventningene om at de ubetalte hjelperne skal ta ansvaret for sterkt pleietrengende eldre:

er det egentleg forsvarleg at ei kone på 80 år med alderdomssvikter vert pålagt å ha ansvar for sin sjuke og pleietrengande mann? Eller at ei dotter med ansvar for eigen heim og små barn i tillegg skal ha full omsorg for ei pleietrengande mor? (Storum, 1985, s.11).

Dette er en ortodoks strategi som opprettholder doxa om at det offentlige og de betalte hjelperne har ansvaret for pleie av eldre. Her er sympatien sterk og antipatien fra etterkrigstiden er borte. Den ubetalte hjelperen er svak og en dominert agent som trenger sykepleierens omsorg og politikerens oppmerksomhet.

Marit Krystad, betalt hjelper med hovedfag i sykepleievitenskap fikk i 1996 en artikkel på trykk som var basert på hennes hovedfagsoppgave *Pårørende til hjemmeboende eldre – en studie av sykepleiefaglige tidsskrift og intervju med pårørende og sykepleiere i en kystkommune*. Resultatene fra studien viste at de ubetalte hjelperne hadde forventninger rettet mot seg om tilstedeværelse og ansvar. Den ubetalte hjelpen kunne være krevende på grunn av endrede personlighetstrekk hos den eldre, den var preget av ambivalens i forhold til det å stille opp eller gi slipp og de følte at den hjelpen de utførte ble lite verdsatt fra politisk hold. Ingen fikk omsorgslønn, men noen hadde søkt. Artikkelen angir ikke at de betalte hjelperne skal overta eller erstatte den ubetalte hjelpen, men at den skal tilpasses den ubetalte og jobbe mer på dennes prinsipper. Krystad anerkjenner at den ubetalte hjelper er en del av den samlede hjelpen til hjemmeboende med pleiebehov (Krystad, Lindechrone & Sæther, 1996).

Det som går igjen i forskningen på den ubetalte hjelpen er at det samles inn erfaringer fra de ubetalte hjelperne og i noen tilfeller er det også intervensjoner der effekten av «pårørendekurs» eller tiltak som forsterket hjemmesykepleie testes. Det som trekkes frem av erfaringer fra de ubetalte hjelperne er at de sliter med samvittigheten, bekymringer, sosial isolasjon, utrygghet, for mye ansvar og store belastninger. De ubetalte hjelperne var også ressurser og samarbeidspartnere. Konsekvensene for de betalte hjelperne ble at de måtte ha kunnskap om hvordan de ubetalte hjelperne opplevde situasjonen og ut i fra det kunne gi

adekvat hjelp, som ofte innebærer støtte, klare ansvarsforhold, samarbeid, medvirkning, informasjon og avlastning (Berland, 1999; Brenden & Sørbye, 2000; Aasgaard, Mogensen & Grov, 2007; Kristensen, Klemetsen, Beiermann & Eilertsen, 2012; Hernæs, 2014; Blindheim, Thorsnes & Brataas, 2016; Andersen, Korneliussen & Fagermoen, 2016; Sørliie & Nordhagen, 2016).

Posisjonen til den ubetalte hjelperen er preget av en kombinasjon av å være hjelpegivende og hjelpetrengende. Den betalte hjelpen vil derfor være preget av usikkerhet rundt hva den skal tilby den ubetalte hjelpen, og det vil alltid være en overhengende fare for at den ubetalte hjelpen kan gå fra å være en ressurs til å bli en belastning.

#### 3.3.4.4 Den ubetalte hjelper som erstattende, ikke supplerende enhet

I 2012 skriver statsviter og forsker på velferd og omsorgstjenester Kåre Hagen<sup>60</sup> fra Høgskolen i Oslo og Akershus et innlegg i *Sykepleien* der han argumenterer sterkt for at sykepleie som fag og profesjon må endre seg og ta innover seg at samfunnet er i endring. Det er ifølge Kåre Hagen ikke realistisk at man skal kunne klare å rekruttere nok betalte hjelpere til å ta seg av det kommende behovet for omsorg i samfunnet. De betalte hjelperne må derfor forske på hvordan man best mulig kan inkludere de ubetalte hjelperne i omsorgen for de eldre og definere en klar posisjon og funksjon for de ubetalte hjelperne. Selvhjulpenhet er det viktigste elementet for ivaretagelsen av verdighet og livskvalitet hos den eldre. Dette må man ta hensyn til i utformingen av tjenesten. De ubetalte hjelperne inkluderer her også nærsamfunnet og velferdsteknologi (Hagen, 2012).

I 2014 har NSF en workshop om oppgavedelingen i fremtidens helsetjeneste. Diskusjonen stod mellom NSF, en ubetalt hjelper (som også var betalt hjelper), en jurist, en tidligere pasient og en pasientrepresentant fra Mental Helse. Den ubetalte hjelperen fremhevet at dette var en posisjon som prinsipielt sett var frivillig, noe den betalte hjelperen måtte være bevisst på. Det blir også her trukket frem at avklaring av ansvarsforholdet mellom betalt og ubetalt hjelper er viktig. Juristen fremhevet at det var den betalte hjelperen som var faglig ansvarlig for de oppgavene som skulle utføres og hvis disse skulle utføres av en ubetalt

---

<sup>60</sup> Leder av utvalget som stod for NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* som utredet muligheter for innovative løsninger på fremtidens omsorgsutfordringer på grunn av eldrebølge, manglende helsepersonell og frivillige omsorgsytere

hjelper måtte man forsikre seg om at dennes ressurser var tilstrekkelig. Uavhengig av hvem som utførte dem, stod den betalte hjelperen som ansvarlig. NSF sin posisjonering var at de ubetalte hjelperne allerede var en ressurs og at man ikke kunne utnytte denne ressursen mer enn hva man gjorde i dag (Dolonen, 2014). En spørreundersøkelse utført av NSF viste at betalte hjelpere ansatt i eldreomsorgen ikke forventet at den ubetalte hjelperen skulle overta oppgavene deres i fremtiden (Dolonen, 2015).

I mars 2017 ble en undersøkelse utført av Pårørendealliansen lagt frem for NSF og politikere<sup>61</sup>. Undersøkelsen viste at de ubetalte hjelperne påtok seg store oppgaver, alt fra praktiske til avanserte oppgaver som stifting av kateter eller stomi. Dette gjaldt ubetalte hjelpere til både barn under 18 og til eldre, med mer. Helsebyråden fra Sosialistisk Venstreparti (SV) trakk frem kjønnsperspektivet og mente at det var viktig å jobbe politisk for å unngå at kvinner fortsetter å stå som flertallet av de ubetalte hjelperne (92 % av respondentene var kvinner). Helseministeren fra Høyre (H) mente at dagens tilbud var for dårlig når det gjaldt anerkjennelse for den hjelpen som ble utført. I tillegg burde de få mer hjelp, avlastning, støtte og kunnskap. Slike tiltak ville hjelpe dem å opprettholde sin posisjon som ubetalt hjelper. NSF argumenterte for at oppgavene som blir overført til den ubetalte hjelperen ikke burde være for omfattende eller komplisert, selv om det i noen tilfeller kunne la seg gjøre (Helmers, 2017).

#### 3.3.4.5 Fra omsorgsreserve til politisk likestillingsutfordring

Glad & Hamran (1983) skrev at kvinner hadde sterke moralske føringer knyttet til seg om å utøve omsorg, det var også en del av kvinners identitet å skulle være eller gjøre for andre. Også Sæther (1983) fremhevet at når det ble økt press på familien om å utøve omsorgsoppgaver, ville det gå spesielt ut over de kvinnelige ubetalte hjelperne. Når forbundsleder Aud Blankholm i 1984 blir intervjuet i *Sykepleien* forteller hun at NSF vil satse på eldreomsorgen, spesielt fordi den ubetalte hjelpen er i ferd med å minke i omfang, det vil si at det vil bli en nedgang i andelen kvinner mellom 45-59 år og det ville skape en økt belastning på den offentlige eldreomsorgen (Østby, 1984). I 1986 påpeker Herdis Alsvåg i en

---

<sup>61</sup> I posisjon i regjering og byråd, men fra to ulike poler av politiske ideologi. Helseminister Bent Høie fra Høyre og Helsebyråd i Oslo Inga Marthe Thorkildsen fra SV.

artikkel at kvinnen som omsorgsreserve er i ferd med forsvinne. Alsvåg viser til forsker og psykolog Per Erik Solem som påstår at det reelle alternativet til sykehjem er middelaldrende kvinner. Problemet med dette var at andelene middelaldrende kvinner vil synke i forhold til andelen eldre (Alsvåg, 1986). I 1987 kommer lærer ved skole for betalte hjelpere Åge Eitungjerde med en krass kritikk av eldreomsorgspolitikken og mente at de eldre ble segregert på institusjoner, som ble drevet dårlig på grunn av manglende økonomiske bevilgninger. Han oppfordret både betalte og ubetalte hjelpere til å kjempe for at de eldre kunne bo hjemme lengst mulig, med et offentlig tilbud som ikke går ut over de ubetalte hjelperne. Han fremhevet at byrden av den ubetalte hjelpen er størst for kvinner, og her måtte menn komme på banen og dele byrden. Dette kan ansees som en ortodoks reaksjon på den pågående liberaliseringen av eldreomsorgen, som truet den sosialdemokratiske doxa, om at det offentlige tar ansvar for de trengende eldre. Han vil tilbake til «kildene» og øke den offentlige innsatsen, og samtidig forsøker han å opprettholde det som nå er doxa om arbeidsdelingen mellom kjønnene. Han kjemper for en mer likestilt omsorgsbyrde for de ubetalte hjelperne (Eitungjerde, 1987). Også Ruth Torbjørnsen var nå enig i at denne byrden måtte deles mellom kjønnene. Hennes posisjonering vedrørende arbeidsdelingen mellom kjønnene endrer seg fra 1960-tallet (jf.kap.3.2.4.5) til hun blir intervjuet av *Sykepleien* i 1990. Som et uttrykk for en endring i de objektive strukturene (jf. kap.3.2.1.2.1 og 3.3.1.5), uttaler hun i 1990 at både menn og kvinner må bære byrden som eldrebølgen representerte. Hun sier også at det omfattende omsorgsarbeidet som kvinner tidligere har utført, nå kommer til syne og spesielt den økonomiske belastningen det innebærer å finansiere dette som et offentlig arbeid (Fonn, 1990, s.21). I 2015 får vi nok et intervju med psykolog og velferdsforsker Svein Olav Daatland, der han uttaler at kvinner ikke lenger representerer en omsorgsreserve i samfunnet. Kvinner er nå i større grad deltakere på arbeidsmarkedet. På grunn av en utjevning i levealderen har nå menn et potensiale som omsorgsreserve, eller som «aktive omsorgsarbeidere», som Daatland var opptatt av i 1980 (jf. kap.3.3.4). Han uttaler videre at de ubetalte hjelperne gjør det som det offentlige ikke gjør, de supplerer. Dette har blant annet ført til en økning i henvendelser til private aktører innen helsetjenester, det vil si økning i privat betalt hjelp (Bergasagel, 2015). Selv om Daatland hevder at kvinner ikke lenger kan ansees som en omsorgsreserve, kommer det i et intervju med hans kollega Heidi Gautun, frem at de som yter ubetalt hjelp til sine eldre ofte jobber deltid. Hun viser også til Sverige der man har sett at

offentlig press på den ubetalte hjelpen har ført til at det for kvinner med lav økonomisk og sosial kapital får de største konsekvensene. Likevel argumenterer Gautun for en form for refamilisering der politikken bør sidestille omsorgen for de eldre med omsorgen for barn (Fonn, 2015a).

To kvinnelige ubetalte hjelpere, som også er betalte hjelpere, forteller i reportasjen *Døtrene som hjelper mor* om hvordan de forsøker å opprettholde livskvaliteten til sine mødre.

Mødrene bor alene i eget hjem og har demens. Den ene innrømmer at hun sliter seg ut både fysisk og psykisk, og at hun muligens har behov for avlastning, mens den andre mener at det er på sin plass at hun ofrer seg for sin mor. Hun fordømmer mer eller mindre at andre prioriterer avlastning, slik at de kan dra på ferie. Hun sier også at hun har hatt en tradisjonell oppvekst, med en tradisjonell arbeidsdeling mellom kjønnene. Broren hennes pleier å sitte i sofaen og drikke kaffe når han er på besøk hos moren (Fonn, 2015b).

#### 3.3.4.6 Oppsummering

Oppsummerende kan man si at i tidsskriftet i denne perioden har vi en rekke nye posisjoner og noen posisjoner som ikke lenger er så aktive. Behandleren har tilsynelatende mistet en del av sin interesse for problemet eldrebølgen, med unntak av Otterstad (jf.kap.3.3.4.2). Det vil si at for behandleren er det ikke så mye på spill i subfeltet hjemmesykepleien, *illusio* mangler. Av dominerende posisjoner har vi det vi kan kalle for *velferdsforskeren* som kan synes å forske for den velferdsstatlige praktikken. Det vil si at det forskningen avdekker skal fungere nærmest som handlingsanvisninger for politiske beslutninger vedrørende velferdstjenestene. Deres fokus på at velferdsstaten består av betalte og ubetalte hjelpere, velferdsteknologi og nærsamfunnet er med på å etablere og opprettholde det som nå kan sies å være doxa: *De eldre skal pleies i eget hjem av trioen betalt hjelper, velferdsteknologi og ubetalt hjelper.*

#### 3.3.5 Oppsummering og tentativ analyse

Doxa om at de eldre skal pleies i eget hjem eller på institusjon av betalte hjelpere blir i tidsperioden 1980 og frem til i dag utfordret av de objektive strukturene som viser seg i en nyliberal politikk og et skifte i synet på sosial omsorg fra en investering til en utgift<sup>62</sup>. Den nyliberale ideologien har et menneskesyn som anser de sosiale agentene som rasjonelle aktører

---

<sup>62</sup> Se vedlegg nr. 6 for skjematisk fremstilling av delanalysens posisjoner, posisjoneringer og doxa.



som kan gjennomskue egne handlinger og fatter bevisste valg som vil gi dem størst mulig uttelling. Dette gjorde at valgfrihet ble et bærende prinsipp, noe som også gjorde effektiviseringen av den offentlige velferden mer legitim. Hovedpoenget til Bourdieu er at den agerende handler per praktisk sans, som er situasjonsadekvate handlinger basert på de objektive strukturene og de subjektive disposisjonene som de praktiserer per kropp, det vil si handlinger er inkorporert praktikk. Det vil si at den agerende ikke er rasjonelt ettertenksom, men den agerende handler alltid per praktisk sans, adekvat under de gitte omstendigheter (Petersen, 1989). Derfor harmonerer ikke et nyliberalt menneskesyn med Bourdieus fremanalyserte teori om menneskelig sosial handling, som han har utviklet fra en praxeologisk optikk. Konkurransetsetting ga rom for billigere tjenester og mer valgfrihet til den rasjonelle forbrukeren av helsetjenestene som har de disposisjonene som gjør at han/hun kan handle per praktisk sans situasjonsadekvat i en nyliberal definert kontekst. Man kan påstå at en nyliberal politikk sikter mot agenter som kan håndtere valg under gitte betingelser, hvor det politiske system sikter mot billige tjenester som hovedmålet, og at grad av valgfrihet avhenger av din økonomiske, sosiale og kulturelle kapital, mer presist: dine valg er ikke frie, men avhenger av din økonomiske, sosiale og kulturelle kapital.

Synet på sosial omsorg som en utgift og overføringen av alt ansvaret for eldreomsorgen til ett nivå (kommunen) førte til en begrensning i hva det offentlige kunne tilby de pleietrengende eldre. Her kom den ubetalte hjelperen inn i bildet og ble en del av det offentlige helsevesenet ved at deres posisjon ble stadfestet juridisk. Satsningen i eldreomsorgen vitner om en avinstitusjonalisering og med det blir hjemmet i større grad enn før åsted for behandling og offentlige tjenestetilbud. Hjemmet blir befolket av både betalte og ubetalte hjelpere. Distinksjonen mellom den betalte og utbetalte hjelper har gjennom denne tidsperioden (1980-2017) vært hvilke oppgaver de to kan utføre og ikke utføre. Deres posisjon har vekslet mellom å ha en supplerende eller erstattende funksjon. Den betalte hjelperen skulle inn i hjemmet for å unngå at den behandlende institusjon ble overfylt av ikke-behandlingsbare tilfeller. Behandleren (legen) har fortsatt den avgjørende makt og bestemmer når mennesket er behandlingsdyktig eller ikke. Behandleren bestemmer med andre ord når mennesket er verdig en institusjonsinnleggelse eller ei. Det vil si at vi befinner oss innenfor det medisinske felt der legen avgjør om vedkommende er syk eller ei, der den endelige bekreftelsen kommer til uttrykk

i en medisinsk diagnose (Petersen, 2013, s.769). Politisk og derved økonomisk press fører til at terskelen for innleggelse blir stadig høyere og innleggelsens varighet blir kortere. Det fører til et økt press på hjemmet og på de betalte og ubetalte hjelperne som befinner seg der. Dette kan være med på å forklare hvorfor oppgaver, alt etter hvordan de rangeres medisinsk, blir overført fra den ene til den andre. Før handlet det om *hvor* det skulle skje og da var spørsmålet om *hvem* ikke relevant. Når hjemmet, dette hvor, blir åsted for både behandling og vedlikehold blir posisjonene ubetalt og betalt mindre definert og uklar. Men hvis det faktisk er snakk om en oppgaveglidning mellom betalte og ubetalte hjelpere, så er det vanskelig å ut i fra denne empirien vise hvilke oppgaver det er snakk om, det handler kanskje mer om omfang eller ansvarets uheldige virkninger. I hjemmet er det medisinske hierarkiet mindre dominerende fordi den medisinske posisjon er fraværende. Men det overordnede politiske felt, som i nyere tid i større grad enn det medisinske felt dominerer subfeltet hjemmesykepleien ifølge Akselberg (2012) og som med sine økonomiske prioriteringer gjør at oppgaven som prioriteres høyest av den betalte hjelper er «omsorg for den svake» og den svake er den uten ubetalte hjelpere. Velferdssamfunnet er en sosialhjelpstat i praksis. Omsorg for den svake var først et trekk ved den betalte hjelpen som trakk mot den kulturelle pol, men nå er det et trekk som gjør seg gjeldende som prinsipp for fordeling av tjenesten fordi ressursene er så knappe.

## 4.0 KONSTRUKSJON AV EN TEORI OM DEN UBETALTE HJELPER I DEN SYMBOLISKE OVERBYGNINGEN AV DEN BETALTE HJELPEN

Da jeg var rundt ti år sverget jeg med hånden på hjertet at når foreldrene mine ble gamle skulle jeg flytte hjem og hjelpe dem. Dette løftet hadde muligens noe med en pågående separasjonsangst å gjøre, noe som heldigvis har avtatt med årene i likhet med ambisjonen om å flytte hjem for å ta meg av mine foreldre. Studiens undertittel sier noe om hva det er jeg har undersøkt, men samtidig ikke nok. Pårørendes *posisjon* i sykepleiefaget viser til Pierre Bourdieu og hans praktikkteori. Som for eksempel kvinne, mor, datter, svigerdatter og sykepleier trer man inn i posisjoner som samfunnet og det sosiale rom stiller viss krav til. Disse posisjonene, som jeg selv har inntatt, har fått meg til å reflektere rundt de sterke konvensjonene knyttet til dem. Helt personlig har jeg hatt problemer med å følge disse konvensjonene samtidig som noen av konvensjonene har ført til at jeg har handlet på en måte som jeg ikke bevisst har gått inn for

og som handler mer om hva posisjonen er enn hvem jeg selv mener at jeg er. Ved at jeg for eksempel var nybakt mor når jeg startet på studiet og ble tobarnsmor underveis i studiet, har jeg hatt mulighet til å belyse disse refleksjonene om posisjonen mor og far med et praxeologisk perspektiv for å forklare for meg selv hvorfor jeg gjør som jeg gjør. Dette har skapt et behov for å bryte med vedtatte lover og regler knyttet til ulike posisjoner som en blir nødt til å fylle som deltaker i samfunnet. Dette har ikke ført til radikale endringer i mitt private liv, men det har skapt en bevisstgjøring og et engasjement. Det at man som datter eller sønn skal stille opp for sin mor eller far når de blir gamle og pleietrengende blir tatt for gitt. Det er selvfølgelig i veldig mange tilfeller en god ting, men også i veldig mange tilfeller vanskelig og en enorm belastning. Relasjonene foreldre – barn, ektefelle – ektefelle er knyttet til sterk kjærlighet, men er når alt kommer til alt, en sosial konstruksjon. Denne studien handler om et ontologisk spørsmål om hva pårørende er og et epistemologisk spørsmål om hvordan pårørendes posisjon historisk har blitt konstruert og hvordan den har tatt form i sykepleiefaget – det gjenspeiles i tittelen *Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner*.

#### 4.1. Et ontologisk spørsmål om hva pårørende er

For å svare på det ontologiske spørsmålet om hva «pårørende» er, har jeg i første omgang foretatt et brudd med begrepet pårørende (jf. kap.3.1). Det ble definert som *De som selv vurderer seg som en av dem som skal hjelpe den som ikke kan hjelpe seg selv, uten å få økonomisk kompensasjon for hjelpen* videre kalt for ubetalte hjelpere. Gjennom empirien kommer det også frem at den ubetalte hjelpen er en kvinne. Pårørende er derfor en kvinne som ikke får betalt for å hjelpe, men som vurderer seg selv som en av dem som skal hjelpe fordi hun har en familiær tilknytning til den hjelpetrengende. Historisk har kvinner vurdert seg selv og blitt vurdert som de som skal hjelpe, det har vært «naturlig». Historien har også vist at denne naturligheten har blitt videreført i objektive strukturer (jf. kap.3.1.1.3.1) og at når denne konstruksjonen har stått i veien for andre politiske ambisjoner, som offentlig velferd til hele befolkningen, blir denne konstruksjonen modifisert (jf. kap.3.3.1.5). Ideologien om kvinnen som husmor og mannen som forsørger er ikke rådende i dagens samfunn, men dominansforholdet mellom mann og kvinne er fortsatt å finne i gjeldende samfunnsstrukturer. Pårørende er en ubetalt kvinnelig helper som er i en dominert kvinnelig

posisjon. Dette viser seg blant annet som i studien til Tønnesen (jf.kap.1.1.4.1) hvor de pårørende blir direkte pålagt oppgaver og deres supplerende funksjon er et premiss for at tjenesten skal fungere. Empirien viser også at min preliminnære definisjon av pårørende etter hvert blir nødvendig å revidere. For det første blir de på samme måte som sykepleiere vurdert av offentlige myndigheter som egnet til å ta seg av de eldre. Dette viser seg blant annet i ortodokse posisjoneringer fra politikere, sykepleiere med byråkratisk ansvar og andre embetsmenn på 1960- og 1970-tallet som poengterte at det offentlige ikke kan ta *hele* ansvaret for de eldre, selv om man med sosialomsorgsloven har frigitt både pleietrengende og de som er i umiddelbar nærhet for henholdsvis avhengighet og forpliktelse (jf. kap.3.2.4.2). De pårørende blir for det andre en del av lovverket (jf.kap.3.3.1.6). Dette uttrykker at de offentlige myndighetene anser pårørende som en sentral del av det offentlige helsevesenet. Det er en anerkjennelse av det arbeidet de utfører, og det gir dem rettigheter, men det er samtidig en stadfestelse av den forpliktelse de har når de inntar posisjonen pårørende. Rettighetene vi får som medlemmer av en velferdsstat er ikke uten plikter. For å få tilgang til rettighetene må man være medlem av folketrygden og det blir man ved å bo og/eller jobbe i landet (Arbeids- og velferdsetaten, 2018). Man betaler skatt og får tilbake ytelser ved ulike behov. Rettighetene man får som pårørende innebærer at man gir tilbake, det vil si at man skal ha *et særlig tyngende omsorgsarbeid* (helse- og omsorgstjenesteloven §3-6). Innføringen av omsorgslønn er også et tegn på at de pårørende blir ansett av offentlige myndigheter som i stand til å hjelpe de som ikke kan hjelpe seg selv. Deres innsats må anerkjennes og løftes opp, ikke erstattes av offentlige ansatte (jf.kap.3.3.4.4). Det er også et aspekt som gjør at den preliminnære definisjonen må revideres. De pårørende kan altså få betalt<sup>63</sup>. De har mulighet for å bli en betalt hjelper med et særlig tyngende omsorgsarbeid. Omsorgsarbeidet blir refamilisert. Hva er det så som står igjen som en distinksjon mellom posisjonen pårørende og posisjonen sykepleier?

Denne studien forsøkte ikke å komme frem til hva en *sykepleier* ontologisk sett kunne sies å være, men for å tydeliggjøre distinksjonen mellom sykepleier og pårørende ble det også

---

<sup>63</sup> Gjennomsnittslønnen til mottakere av omsorgslønn var i 2010 på kroner 5 704 per måned. Det er kommunene selv som vurderer hvor mange timer mottakerne skal få betalt for og hvilken lønnsats de plasseres på. De fleste kommunene betaler pårørende med samme lønnsats som en hjemmehjelper (NOU 2011:17, 2011, s.111). Månedslønn for en hjemmehjelper var 33 220 kroner (median) i 2017 ifølge utdanning.no

foretatt et brudd med begrepet sykepleier og distinksjonen ble derfor tydeliggjort som henholdsvis betalt og ubetalt hjelper. Også denne preliminnære definisjonen må endres. Ikke bare fordi definisjonen av de pårørende endres med de konsekvensene det får, men også fordi delanalyse I viser at det finnes flere betalte hjelpere med ulik grad av utdanning. Distinksjonen dem imellom blir derfor grad av utdanning og grad av betaling (jf.kap.3.2.2.3.6). Sykepleieren er bare en av flere som blir ansett som egnet til å hjelpe de som ikke kan hjelpe seg selv, men sykepleieren står i en dominant relasjon til de andre egnede hjelperne og dette dominansforholdet kommer til uttrykk på ulike måter. Sykepleierne misbruker til tider denne dominansen ved å pålegge de pårørende oppgaver eller forventninger og ved å gi dem roller som *erstatte* deres funksjon, men også ved å gi dem oppgaver som er av *supplerende* karakter, men fortsatt nødvendige for at hjemmesykepleien skal være en fungerende tjeneste (jf.kap.3.3.3, 3.3.4.4 og 1.1.4.1). Men det betyr ikke at sykepleierne er onde, men det betyr at de objektive vilkårene(jf.kap.3.3.1) som styrer deres praktikk gjør det vanskelig for dem å opprettholde sin funksjon som en betalt hjelper og behandlingsassistent som skal erstatte de tidligere familieforpliktelsene som under velferdsstaten ble gjort om til sosiale rettigheter (jf. Leira, 2012). Forklart med Bourdieu: Sykepleierne handler situasjonsadekvat, de handler fornuftig under de gitte omstendighetene (Petersen, 1996). Omstendighetene er at de økonomiske ressursene er knappe og for at den eldre skal kunne bo hjemme, noe vi må tro at de vil, må sykepleieren trekke inn de alternative ressursene som er tilgjengelig. I et slikt perspektiv er sykepleierens handlinger forståelig.

I et politisk klima der oppslutningen om lik velferd for alle og de økonomiske forutsetningene er gode blir posisjonen som ubetalt hjelper frigjort og gjort tilsynelatende overflødig. I løpet av den studerte tidsperioden har forskjellen mellom den betalte og ubetalte hjelperen blitt forsøkt fremhevet av den betalte hjelperen. Helt siden Norsk sykepleierforbund sin opprinnelse har forsøk på distingvering blitt gjort og jeg viser gjennom studiet at det er dette som er i spill i relasjonen mellom posisjonene betalt og ubetalt hjelper. Posisjoneringene i første delanalysen bar preg av en distanse mellom betalte og ubetalte hjelpere. Dette har jeg forklart ut fra objektive strukturer som skapte og opprettholdt et skarpt skille mellom institusjoner og hjemmet der institusjonen var et åsted for behandling og hjemmet er et åsted for oppbevaring. Det motsatte av det førmoderne (jf.kap.3.2.1.4.1). Eldrebølgens inntog i

både hjemmet og institusjonene truet institusjonenes posisjon som behandlende enhet og den betalte hjelperens posisjon som behandlingsassistent. Utdanning og offentlig godkjenning var en kamp som NSF til slutt vant og som fortsatt den dag i dag er den tydeligste forskjellen. Utdanningen og utøvelsen av sykepleie har på mange måter vært en institusjonalisering av en kjønnset posisjon. Det som ble ansett som naturlige egenskaper ved kvinnen skulle tas med inn i yrket som positive egenskaper med en teoretisk bagasje fra den mannlige posisjonen – legen eller presten. Yrket var en akseptabel vei for ugifte kvinner og disse kvinnene skulle underkastes den mannlige dominans i en medisinsk institusjon i stedet for i familieinstitusjonen. Når sykepleierne setter i gang en artikulert profesjonskamp på 1950-tallet ledet an av Helga Dagsland, kommer det frem at sykepleierens posisjon er for *lik* den kvinnen har i det private hjem. Svaret fra Helga Dagsland blir å distingvere seg fra dette ved å la andre utføre husarbeid og konsentrere seg om pasienten (jf.kap.3.2.2.3.2). Forskning utført av sykepleiere skulle også dreie om hva som var særegent ved sykepleien, det vil si at den skulle avdekke forskjellen mellom sykepleier og andre, spesielt forskjellen mellom sykepleier og de andre yrkesgruppene som etter hvert oppstod i utviklingen av velferdsstaten og mellom sykepleier og lege. I de nåværende rammene for utøvelsen av hjemmesykepleie skal man kunne anta at den posisjonen sykepleieren inntar i pasientens hjem er en behandlingsassistent og ikke en husmor (bare ¼ mottar praktisk hjelp). Spørsmålet blir så hvordan kan det være at pårørende utfører oppgaver som er typisk for en behandlingsassistent, som f.eks. stomi- og kateterskift (jf.kap.3.3.4.4)?

Den preliminnære definisjonen av pårørende har blitt revidert og kan nå sies å være *de som av myndighetene vurderes som en av flere som skal hjelpe en som ikke kan hjelpe seg selv, med muligheter for å få økonomisk kompensasjon for hjelpen, hvis den er spesielt omfattende*

*Sykepleier kan derved omdefineres til de som blir vurdert av offentlige myndigheter som en av flere som er egnet til å hjelpe den som ikke kan hjelpe seg selv, som får økonomisk kompensasjon for hjelpen utbetalt av et statlig eller kommunalt organ*

Disse definisjonene er basert på de historiske, politiske, sosiale og økonomiske betingelsene som er presentert i analysen i kap.3.0. og er kun gjeldende i denne oppgavens kontekst, men den nødvendige revideringen av dem viser til et historisk brudd i hvordan pårørende sin posisjon i det politiske og medisinske felt har endret seg. Det vil jeg også vise under.

## 4.2 Et epistemologisk spørsmål om pårørendes posisjon i sykepleiefaget

Med utgangspunkt i Kristian Larsen (2009, s. 45) sin stipulerte feltanalyse av det medisinske felt og Bourdieus (1995, s.35) skjematisk og statistisk beregnede framstilling av det sosiale rommet og rommet for livsstiler i *Distinksjonen* har jeg skissert to stipulerte framstillinger av det som kan sies å være det sosiale rommet som jeg har studert. Jeg tolker Bourdieu sitt sosiale rom som et bilde på samfunnet da han trekker inn agenter fra ulike klasser, det vil si ulike yrkesgrupper. Min skisse er derfor en skisse av et sosialt rom i samfunnet der sykepleiere agerer med andre agerende, det vil si i et subfelt i det medisinske felt. Deres og andres posisjon i det sosiale rommet blir stipulert og er et bilde, det vil si en symbolsk presentasjon av hvordan man kan fremstille og til en viss grad forstå posisjonenes forhold til hverandre.

Da det dreier seg om sykepleie og objektive strukturer for utøvelsen av omsorg og pleie av eldre i et offentlig helsevesen er det relevant å ta inspirasjon fra en feltanalyse av det medisinske felt. Vedlegg nr.7 viser hvordan det sosiale rommet kan fremstilles med utgangspunkt i første delanalyse (kap.3.2). Øverst i skjemaet, som et uttrykk for den mannlige dominans som var eksplisitt i de objektive strukturene på denne tiden, dominerer de mannlige posisjonene: politiker, lege, arkitekt. Den ubetalte hjelper med høy økonomisk kapital har også blitt plassert med en høy samlet kapital, med en høyere andel økonomisk enn kulturell kapital. Dette er på bakgrunn av at det eneste jeg vet om disse ubetalte hjelperne var at de hadde økonomisk kapital til å betale en betalt hjelper til å utføre det arbeidet som *egentlig* ville vært deres. I relasjon til disse er alle de andre agentene plassert *under* og de fleste er kvinnelige posisjoner. Det vil si at for eksempel den betalte hjelperen er i en dominert posisjon i forhold til legen, som vist i kap.3.2.2.1. Det betyr også at de har mindre økonomisk og mindre samlet kapital enn legen. På denne tiden har den betalte hjelperen lav økonomisk kapital. Hun var sannsynligvis ugift, lavtlønnet, men det er også sannsynlig at hun har en bakgrunn fra middelklassen da hun har hatt mulighet for å ta en utdanning. Det som til slutt ble en treårig utdanning og en offentlig godkjenning av sykepleierne kan konverteres til en viss andel kulturell kapital. Ubetalt hjelper med lav økonomisk kapital har blitt plassert langt ned som et uttrykk for at de har lav økonomisk kapital, men også sannsynligvis lav sosial

og kulturell kapital da de så seg tvunget til å henvise sine eldre til institusjoner og ikke hadde muligheter til å pleie den eldre i eget hjem.

Når vi kommer til skissen over det stipulerte rommet i delanalyse II har en del forhold forandret seg<sup>64</sup>. Flere agenter har kommet til og enkelte posisjoner har endret plassering i det sosiale rom. Legen står stødig på sin plass. Sykepleieren og de tilknyttede posisjonene som kan inntas av sykepleiere har kommet litt høyere opp da deres økonomisk kapital har økt betraktelig siden delanalyse I. Deres muligheter for å kombinere jobben med ekteskap er nå bedre, barnehageutbyggingen har gjort det enklere å ha en posisjon som både forsørger og arbeidstaker, lønnen er betraktelig bedret og de har mulighet for å avansere både akademisk og som ledere av helsetjenester. Pårørende har også kommet litt lenger opp, men har fortsatt en lav posisjon. De har mulighet til å søke om omsorgslønn som kan være lønnet med samme lønnstrinn som en hjelpepleier, men det er varierende hvor mange timers arbeid de får uttelling for. De er plassert litt nærmere den kulturelle pol som et uttrykk for at deres posisjon skal møtes med mer sympati nå, uavhengig av deres økonomisk kapital. De er fortsatt i en dominert posisjon, men de kan sies å utløse det som tidligere har blitt nevnt som «omsorg for den svake». Hensikten med store deler av forskningen som ble utført av sykepleiere som hadde pårørende som empirisk fokus handlet om at forskeren skulle beskrive pårørende sine subjektive og objektive forhold, og med utgangspunkt i det skulle sykepleierens praktikk forbedres og ha et preg av empati (innlevelse) og sympati for den pårørende og derved skulle sykepleieren ivareta en funksjon som støttende (jf.3.3.4.3). Pårørende inntar fortsatt en kvinnelig posisjon<sup>65</sup> selv om de objektive strukturene har til en viss grad endret seg og kan forklares som en seighet i habitus. En tusen år gammel norm lar seg ikke briste med det første. Som vist i kap.3.3.2 var det flest hjelpepleiere som inntok stillingene i hjemmesykepleien etter iverksettingen av kommunehelsetjenesteloven og sykepleierne overtok flertallet av stillingene i sykehuset. På den måten ser det ut som om sykepleierne som gruppe forsøker å opprettholde posisjonen som behandlingsassistent, deres posisjon er derfor stilt i avstand til hjelpepleier og pårørende.

---

<sup>64</sup> Se vedlegg nr.8

<sup>65</sup> I 2010 var 92 % av de som mottok omsorgslønn for å utføre et omfattende omsorgsarbeid for foreldrene sine kvinner (NOU 2011:17, 2011, s.109)



## 5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Så hvordan kan det være at pårørendes posisjon endrer seg i perioden 1945-2017? Jeg har vist at de objektive strukturene og de institusjonelle disposisjonene for den symbolske overbygningen av sykepleierens praksis har vært med på å endre pårørendes posisjon. Til eksempel har jeg vist at når (den verdslige) sykepleien var institusjonsbasert var den sosiale distansen til pårørende større enn det den er nå. Forandringen i distanse har kommet til uttrykk i litteratur ved et skifte fra en holdning preget av antipati overfor posisjonen pårørende til en holdning som nå er preget av sympati. Sykepleieren har dominert og står fortsatt i en dominant posisjon i relasjon til pårørende. Det viser også at pårørende har blitt tillagt mer ansvar og at de er i en utsatt posisjon, noe som sykepleierne nå prøver å balansere fordi posisjonen står i skjæringspunktet mellom å være en ressurs og en belastning. Dette kommer også til uttrykk i deres ambivalens til sin og pårørende sin posisjon som enten erstattende eller supplerende enhet. De objektive forholdene (trange økonomiske rammer) gjør at de ikke klarer å lande. Det som er verdt å merke seg er at av lærebokforfatterne er det to fløyer. De som gir posisjonen pårørende funksjonen som en erstattende enhet, har hatt eller har et administrativt og økonomisk ansvar for tjenesten gjennom sin posisjon som leder for hjemmetjenesten. Posisjoneringen om pårørende som en erstattende enhet kan derfor forstås som et uttrykk for doxa i det politiske felt som i stor grad dominerer den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Akselberg, 2012; Fæø, 2016). De som gir posisjonen pårørende en supplerende funksjon har ikke et lederansvar og så derved nærmere den pårørende både fysisk og sosialt. De er sannsynligvis også mer dominert av en medisinsk logikk enn en politisk. Dette kan gjøre det nødvendig å distingvere mellom de to posisjonene for å tydeliggjøre og legitimere sin egen posisjon som sykepleier i pasientens hjem og derved får sykepleier den behandlende funksjonen og pårørende den supplerende funksjonen.

Det jeg kan slutte fra studiens empiri er at både pårørende og sykepleier er en kvinnelig posisjon. Posisjonen som betalt hjelper ble en dominert posisjon og denne posisjonen ble dominert av behandleren (legen) eller 'frelseren' (presten) og disse posisjonene var tradisjonelt og fortsatt inntatt av henholdsvis kvinne og mann. Den mannlige dominansen blir en sentral del av den betalte hjelperens virkelighet og selvforståelse. Disse strukturene ble videreført av velferdsstaten og staten står derfor som en strukturerende struktur for kvinners

muligheter til å innta posisjoner som er dominert av mannen. For sykepleierne har pårørende som en kvinnelig posisjon endret karakter fra å være en omsorgsreserve som kan brukes som hjemmehjelp eller sosialt arbeid til å bli et likestillingsproblem. Noe de selv representerer i sin posisjon som et lavtlønnet kvinneyrke.

## LITTERATUR

Aasgaard, L., Mogensen, T. M. & Grov, E. K. (2007) Familiebasert omsorg på godt og vondt. *Sykepleien Forskning*, 2(3), 186-192. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0058>

Akselberg, A. (2012). *Hva Gjør Helsepersonell Når De Utfører Helsearbeid I Hjemmesykepleien - Og Hvordan Formes Deres Handlinger? En Studie Som Beskriver Og Forklarer Helsepersonell Sine Handlinger I Hjemmesykepleien - I Et Praxeologisk Perspektiv Og Med Bourdieus Praktikk- Og Feltteori - Og Begrepene Habitus, Posisjon, Disposisjon Og Posisjoneringer Som Analytiske Verktøy* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.

Alveberg, E. (1951) Hedre din far og din mor, at det kan gå deg vel og du må lenge leve i landet. *Sykepleien*. 38 årgang. (2) 33-34.

Alvsvåg, H. (1983) Sykepleien og krisen i eldreomsorgen. *Sykepleien*. Årgang 70 (18)s. 6-9.

Alvsvåg, H. (1986) Fremtidens eldreomsorg: Når skal vi ta de svake på alvor? *Sykepleien*. Årgang 73 (15)s. 6-13.

Alvsvåg, H. & Tanche-Nullssen, A. (1999) *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Tano Aschehoug: Norge.

Andersen, K. L., Strøm, A., Korneliussen, K. & Fagermoen, M. S. (2016) Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjenesteterrang. *Sykepleien Forskning*, 2016 11(2), 158-165. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2016.57818>

Antonsen, V. L. (1993) Pårørende – ein ressurs i heimesjukepleien. *Sykepleien Fagtidsskriftet*. Årgang 81 (1) s. 27-30.

Arbeids- og velferdsetaten (2018, 21.mai) Medlemskap i folketrygden. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Flere+tema/Arbeid+og+opphold+i+Norge/Relatert+informasjon/medlemskap-i-folketrygden#chapter-1>

Askelund, Knut (1974) Tanker omkring institusjoner for eldre. *Sykepleien*. 1974. Årgang 61(7) s. 300-303.

Bergsagel, I. (2015, 12. august) Pårørendes innsats blir viktigere. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/parorendes-innsats-blir-viktigere>

Berland, A. (1999) Det kan røyne på mange ganger. *Sykepleien*. Årgang 87 (7) s.56-58.

Birkeland & Flovik (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Akribe: Oslo.

Birkeland, A. (2014) Rehabilitering. Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien* 2014 102(3), s.44-47. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0023>

Blindheim, K., Thorsnes, S. L. & Brataas, H. V. (2016) Pårørende trenger støtte. *Sykepleien* 2016 104(1), s.42-45. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56188>

Blom, I. (2005) Brudd og kontinuitet. Fra 1950 mot årtusenskiftet. I Blom, I., Sogner, S., & Hagemann, G. (Red.) *Med kjønnsperspektiv på norsk historie : Fra vikingtid til 2000-årsskiftet* (2. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Blom, K. (2007) Hva karakteriserer profesjonsutdanninger og hvordan er de vokst frem. Høgskolen i Bergen, Skriftserien Rapport1/2007. Tilgjengelig fra <http://hdl.handle.net/11250/2481447>

Bourdieu, P. (1986) The forms of Capital. I Richardson (Red.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. (s.241-258). Greenwood: New York.

Bourdieu, P. (1994a) Sosialt rum og symbolsk makt. I Callewaert, S., Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K. A. (Red) *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. (s.52-70). Akademisk Forlag: Denmark.

Bourdieu, P. (1994b) De tre former for teoretisk viten. I Callewaert, S., Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K. A. (Red) *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. (s.72-108). Akademisk Forlag: Denmark.

Bourdieu, P. (1995) *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Pax Forlag A/S: Oslo.

Bourdieu, P. (1996) *Symbolsk makt*. Pax Forlag A/S: Oslo.

Bourdieu, P. (2007) *Den praktiske sans*. Hans Reitzels Forlag: København.

Bourdieu, P., Chamboredon, J-C. & Passeron, J-C. (1991) *The Craft of Sociology. Epistemological Preliminaries*. Walter de Gruyter & Co: Berlin/New York

Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1996) *Refleksiv sosiologi – mål og midler*. Hans Reitzels Forlag: København.

Brandser, Y. (2015). *Smarte Hus, Sensorer Og Ny Teknologistøttet Omsorg - En Praxeologisk Studie Om Det Norske Velferdsteknologiområdet*. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.

Braut, G. S. (2014, 13. februar) Sosionom. Hentet fra <https://sml.snl.no/sosionom>

Breimo, J. P. (2014) Koordinering og tilstedeværelse – om kjønnede forventninger til pårørende i rehabiliterings-prosesser. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 38 (3–4), 253–269.

Brenden, A-K. & Sørbye, L. W. (2000) Kan forsterket hjemmetjeneste hindre innleggelse i sykehjem? *Tidsskriftet Sykepleien*. Årgang 88 (3) s. 48-52

Broady, D. (1998) *Kulturens fält*. Göteborg: Skeptronserien, Daidalos.

Brynhildsen, L. (1976) Hjemmesykepleien – institusjonens forlengede arm? *Sykepleien*. 1976. 63. Årgang. (19) s. 1020-1022

Bølstad, J. (1985) *Hjemmesykepleie: Kommunehelsetjenestens grunnpilar*. TANO: Otta.

Bøyum, G. (1948) (uten tittel) *Sykepleien*. 1948. Årgang 36. (4) s. 118.

Callewaert, S. & Petersen, K. A. (1994) Det mandlige herredømme i middelhavskulturen ifølge Pierre Bourdieu. I: Callewaert, S., Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K. A. (red) *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. (s.20-49). Akademisk Forlag: Denmark.

Daatland, S. O. & Veenstra, M. (Red.) (2012a) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. (NOVA Rapport 2012/2). Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2012/Baerekraftig-omsorg/NOVA-Rapport-2-12>

Daatland, S. O. (2012) Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen – Hensikten og problemstillingene. I S. O. Daatland & M. Veenstra (Red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. (s.17-25)(NOVA Rapport 2012/2). Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2012/Baerekraftig-omsorg/NOVA-Rapport-2-12>

Daatland, S. O. & Veenstra, M. (2012b) Generasjoner, hjelp og hjelpere. I S. O. Daatland & M. Veenstra (red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. (s.137-147) (NOVA Rapport 2012/2). Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2012/Baerekraftig-omsorg/NOVA-Rapport-2-12>

Daatland, S. O. & Veenstra, M. (2012c) Fra praksis til idealer: Hvem bør ha ansvar for hva? I S. O. Daatland & M. Veenstra (red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. (s.157-173) (NOVA Rapport 2012/2). Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om->

[HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2012/Baerekraftig-omsorg/NOVA-Rapport-2-12](#)

Dagsland, H. (1971) Hjemmesykepleien og dens muligheter. *Sykepleien*. Årgang 58 (23) s. 807, 822.

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (DSS) (2013, 20. desember) Per Bortens regjering. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere/ministerier\\_regjeringer/nyere\\_tid/regjeringer/per-bortens-regjering-1965-1971/id438722/](https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere/ministerier_regjeringer/nyere_tid/regjeringer/per-bortens-regjering-1965-1971/id438722/)

Dolonen, K. A. (2014, 05. desember) Pårørende kan ikke løse alt. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2014/12/parorende-kan-ikke-lose-alt>

Dolonen, K. A. (2015, 12. august) Tror eldreomsorgen blir dårligere. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/tror-kvaliteten-blir-darligere>

E. B. (1956) Kurset for hjemmesykepleiere 1956. *Sykepleien*. 1956, årgang 43 (15) s. 383-84.

Eitungjerde, Å. (1987) Eldrepolitikken for framtida. *Sykepleien*. Årgang 74 (2)s. 25-28.

Esmark, K. (2009) Sociologi i fortidens fremmede land. I Hammerslev, O., Arnholtz Hansen, J. & Willig, I. (Red.) *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. (s.190-210). Hans Reitzels Forlag: København.

Fjørtoft, A. K. (2016) Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter. Oslo: Fagbokforlaget

Fonn, M. (1990) Med praktisk sans og skoene på. *Sykepleien Journalen*. Årgang 78 (6) s. 20-21.

Fonn, M. (1993) Brukerne først... *Sykepleien Journalen*. Årgang 81 (14) s. 10-11.

Fonn, M. (2015a, 12. august) Familien yter halve omsorgen. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/familien-yter-halve-omsorgen>

Fonn, Marit (2015b, 12. august) Pårørende. Døtrene som hjelper mor. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/dotrene-som-hjelper-mor>

Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Furre, B. (2007) *Norsk historie. 1914-2000*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Fuglaas & Otterstad (1986) Fra en undersøkelse i Østfold: Avlastning for pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien*. Årgang 73 (6)s. 16-17, 39.

Fæø, S. (2016). *Hjemmesykepleien - I Spenningsfeltet Mellom økonomi Og Moral. En Praxeologisk Studie Av Hjemmesykepleiens Utvikling* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.



Glad, Å. & Hamran, T. (1983) Sykepleiermangelen i eldreomsorgen. *Sykepleien*. Årgang 70 (13)s.9-11, 18.

Gleditsch, L., Kolsgaard, J., Larsen, D., Nissen, H. W., Rubbe, D. Rasmussen, I., Reichborn-Kjennerud, I., Senstad, B., Strøm, A., Strøm, O. & Trumpy, H. (1945) *Husmorboken*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.

Gran, M. & Otterstad, H. K.(1988) Åpen omsorg. Betydningen av døgnkontinuerlig hjemmesykepleie i en kommune. *Sykepleien*. Årgang 76 (8) s. 32-34.

Greve, M. & Hovind, O. B. (2017, 6. desember) *Helsevesenets historie*. Store norske leksikon. Hentet 5. mai 2018 fra [https://snl.no/Helsevesenets\\_historie](https://snl.no/Helsevesenets_historie)

Grimstvedt, H. (1952) Hva kan vi gjøre for å skaffe våre gamle hjelp? *Sykepleien*. 1952 39.årgang (18) s. 506.

Haavet, I. E. (1994) Folketrygden: Et hus med mange etasjer. I Bjørnson, Ø. & Haavet, I. E. (1994) *Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894-1994*. (s.271-296). Ad Notam Gyldendal: Norge.

Haddeland, K. (1960) Ad: Redaksjonelt, "Sykepleien" nr. 4, 1960. *Sykepleien*. 1960. Årgang 47 (9)s.215, 219

Hagen, R. (2006) *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene*. Universitetsforlaget: Oslo.

Hagen, K. (2012, 24. september) Besøkelsestid for sykepleiefaget. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2012/09/besokelsestid-sykepleiefaget>

Hahn, A. (1970) Det er hardt å bli gammel. *Sykepleien* 1973. Årgang 60(3) s. 48-49

Hansen, Per (1950) De gamle og samfunnet. Foredrag 28. September 1949. *Sykepleien. Organ for Norsk Sykepleier-Forbund*. 1950. 37. Årg. (6) s.139-143.

Helmers, A-K. B. (2017, 31. mars) Mange pårørende gjør sykepleieroppgaver. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/03/mange-parorende-gjor-sykepleieroppgaver>

Helsedirektoratet (2018, 15.01) Utskrivningsklare pasienter. Hentet 20. mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>

Helsedirektoratet (2018, 17.01) Pårørendeveileder. Veileder i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 14. mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>

Helse- og Omsorgsdepartementet (2011) *Nasjonal Helse-og omsorgsplan 2011-2015*. (Meld. st. 16, 2010-2011). Bergen: Fagbokforlaget.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2013) *Morgendagens omsorg 2012-2013* (Meld. st. 29, 2012-2013). Bergen: Fagbokforlaget.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2015a) *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Helse- og Omsorgsdepartementet (2015b, 18 august) Ny frivillighetsstrategi. Hentet 10. mai 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-frivillighetsstrategi/id2429976/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Hernæs, N. (2009, 27. november) Steller seg syke. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2009/11/steller-seg-syke>

Hestnes, G. H. & Otterstad, H. K. (1998) Leon-prinsippet tjener både brukere og kommune. *Sykepleien*. Årgang 86 (12) s.58-60.

Hjelmtveit, V. (2005) Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I Stamsø, M. A. (Red.) *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre.* (s. 24-56) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Horne, R. (2016). *"Like Barn Leikar Best". Ein Praxeologisk Studie Om Habilitering Av Hjelpetrengande Barn Og Unge* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.

Hovmark, H. (1997) Oversætterens forord. I Bourdieu, P. (1997) *Men hvem skapte skaberne? Interviews og forelæsnings*. København: Akademisk Forlag A/S

Hulbak, Edward (1976) Hjemmesykepleie – behov, målsetting, ressurser. *Sykepleien*. 1976. 63. Årgang. (4) s. 210-214.

Husebye, S. (1956) Helsesøstrenes arbeids-oppgaver. *Sykepleien*, 1956, 49 årgang (11) s. 252-255.

Hytten, S. M. (1941) Sykepleie i hjemmet. I Jervell, A., Arentz, Moe, K. E., Asbjørnsen, M. & Rimestad, A. (Red) *Lærebok for sykepleiersker*. (s.356-359). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Hytten, S. M. (1951) Sykepleie i hjemmet. I Jervell, A., Arentz, Thomassen, E., Volan, G. & Rimestad, A. (Red) *Lærebok for sykepleiersker*. (s.487-490). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Iversen, A. (1986) *Hva gjør vi i hjemmesykepleien?: Om det å gi og få hjelp hjemme*. TANO: Oslo

Jordheim, A. (1957) Din Kollega: Menighetssøster Ingunn Bjørgo. *Sykepleien*. 1957. Årgang 44 (17) s. 414-415

Juvkam, R. A. (1985) *Sykepleieforskning i Norge. Vitenskapsteori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kanavin, E. (1953) En undersøkelse over våre gamles trivsel. *Sykepleien*. Februar 1953. nr.3. 40. Årgang.

Katzin, M. (2014). Tillbaka till familjen: privat och offentligt ansvar i den svenska äldreomsorgen. *Retfærd: Nordisk juridisk tidsskrift* (2), 37-53.

Kitterød & Rønsen (2012) Kvinner i arbeid ute og hjemme. Endring og ulikhet. I Ellingsæter, A. L. & Widerberg, K. (Red) *Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver*. (s.161-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjølsrud, E. (2016) Sykepleierrollen – Fra barmhjertighet og kjærlighet til profesjonsnøytralt samfunnsoppdrag. I: Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (Red.) *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester.* (s.122-150) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristiansen, E. (1974) Et helhetssyn er nødvendig (lederspalte) *Sykepleien*. 1974. Årgang 61(19) s. 959

Kristensen, J. (1987) Hva gjør hjemmesykepleiere? *Sykepleien*. 1987. Årgang 74 (5) s.35.

Kristensen, D. V., Klemetsen, R., Beiermann, C. & Eilertsen, G. (2013) Lærer opp pårørende til slagrammete. *Sykepleien*. 101(1), s.48-50. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0163>

Von Krogh, G. (2016, 21. desember) Helga Dagsland. I Store norske leksikon. Hentet frå [https://snl.no/Helga\\_Dagsland](https://snl.no/Helga_Dagsland)

Kropp, K. (2009) Registrantanalyse. I Hammerslev, O., Arnholtz Hansen, J. & Willig, I. (red.) *Refleksiv sosiologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu.* (s.173-190). Hans Reitzels Forlag: København.

Krystad, M., Lindechrona, C. & Sæther, M. (1996) Pårørendes omsorg for hjemmeboende eldre – en skjult virksomhet? *Sykepleien*. Årgang 84 (7) s.55-58, 57.

Leira, A. (2012) Omsorgens institusjoner, omsorgens kjønn. I Ellingsæter, A. L. & Widerberg, K. (Red) *Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver.* (s.76-98). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Lerheim, K. (1966) *Heimesykepleie*. Fabritius. Oslo

Lerheim, K. (Red.) & Norsk Sykepleierforbund (1968) *Lærebok for sykepleierskoler*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag

Lund, E., & Norsk sykepleierforbund. (2012). *Virke og profesjon* (Vol. 2). Oslo: Akribe.

Lunde, S. (1953) Nye tiltak for eldres helse og velferd i Hedmark. *Sykepleien*. 1953, 40 årg. (10). s.294-298.

Lycke, F. (1940) *Hjemmets sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lysaker, A. M. & Thune, R. M. (1986) Noe å lære? Nye initiativ i dansk eldreomsorg. *Sykepleien*. Årgang 73 (14)s. 32-33.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, Sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. 2. utgave. Norge: Universitetsforlaget.

Martinsen, K., & Wærness, K. (1979). *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo: Pax.

Melby, K. (1990) *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbundshistorie*. Oslo: Cappelen

Melby, K. (2005) Husmortid. 1900-1950. I Blom, I. & Sogner, S. (Red.) *Med kjønnsperspektiv på norsk historie* (s.255-330). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Moseng, O. G. (2014) Sykepleierne. Profesjonaliseringsstrategier og konstruksjon av et fagfelt. I: Slagstad, R. & Messel, J. (Red.) *Profesjonshistorier*. (s.597- 634). Oslo: Pax Forlag.

Munz, T. S. & Høyersten, J. (1993) Rosenborgprosjektet: Hjemmeboende med aldersdemens – Behandlingsmetoder i familiearbeid. *Sykepleien Fagtidsskriftet*. Årgang 81 (5) s. 36-39.

Norsk Sykepleierforbund (1951) Norsk Sykepleierforbunds beretning for året 1950. *Sykepleien*. 1951, 38 årg. (2). bilag.

Norsk Sykepleierforbund/Ordrop, E. (1956) Fra Norsk Sykepleierforbunds representantskapsmøte, i Bergen 4. Og 5. Juni 1956. *Sykepleien*. 43. Årgang (12) s. 271-274.

Norsk Sykepleierforbund (1969) Norsk Sykepleierforbund samlet til landsmøte i Stavanger 28-30. Mai 1969 har vedtatt følgende resolusjoner. *Sykepleien*. 1969. Årgang 56 (12) s. 379, 394.

Norsk senter for forskningsdata (2017, 09. april) Ressurssenter for omstilling i kommunene. Hentet frå: <http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/enhet/53002/endringshistorie>

NOU 2011:17 (2011) *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.

NSF (2018, 02. mai) 500.000 til erfarne sykepleiere. Norsk sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3877159/17036/500-000-til-erfarne-sykepleiere>

Onarheim, B. (1988) I tillit til de eldre. *Sykepleien*. Årgang 76 (3) s. 3.

Otnes, B. (2012) Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene. I S. O. Daatland & M. Veenstra (red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. (s.57-79) (NOVA Rapport 2012/2). Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2012/Baerekraftig-omsorg/NOVA-Rapport-2-12-s-57-77>.

Otterstad, H K. & Fuglaas, E. (1985) Fra hjemmesykepleien i Østfold. Terminal pleie i hjemmet. *Sykepleien*. Årgang 72 (6)s. 18-22.

Otterstad, H. K. (2013) Historisk blikk på eldrebølgen. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/01/historisk-blikk-pa-eldrebolgen> den 4 desember 2017

Petersen, K. A. (1989) *Den praktiske sans. Sygeplejens skjulte principper*. Danmark:Dansk Institut for Sunheds- og Sygepleieforskning.

Petersen, K. A. (1996) Hvorfor Bourdieu. I Petersen, K. A. (red) *Fokus på sykeplejen*. S. 123-143. København: Munksgaard.

Petersen, K. A. (2007) Om erhvervskaldet. Francine Muel-Dreyfus´ metodologiske overvejelser – forholdet mellom felt og habitus fra studiet om folkeskolelærere og socialarbejdere – et tekstnært resume. I Petersen, K. A., Glasdam, S. & Lorentzen, V. (Red.) *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. (s.160-177). Danmark: Forlaget PUC

Petersen, K. A. (2010) Klinisk betyr empirisk. *Gjallerhorn. Tidsskrift for professionsuddannelser*. 2010 (12) s.30-41.

Petersen, K. A. (2013) Viden, teori i, for og om sykepleje, sykeplejeforskning og –videnskap i



Danmark. I Hundborg, S. & Lynggaard, B. (Red.) *Sygeplejens fundament*. (s.769-782). Denmark: Nyt Nordisk Forlag.

Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013) *Praxeologisk sykepleievidenskap – hvad er det?* En diskussion med subjektivistiske og det objektivistiske alternativ. Bergen (eller Tyskland?): Forlaget Hexis.

Pettersen, A. M. (1971) Hjemmesykepleie i en landkommune. *Sykepleien* 1971. Årgang 58 (23) s.812-820

Prieur, A., Sestoft, C., Esmark, K., & Rosenlund, L. (2006). Pierre Bourdieu : En introduktion. København: Reitzel.

Regjeringen.no (2017, 03. mai) Norske regjeringer siden 1945. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere/ministerier\\_regjeringer/nyere\\_tid/regjeringer/id438715/](https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere/ministerier_regjeringer/nyere_tid/regjeringer/id438715/)

Regjeringen.no (2014, 18.desember) Egenbetaling for kommunale tjenester i og utenfor institusjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/egenbetaling-i-og-utenfor-institusjon/id434597/>

Rimestad, A. (1951a) fra Den sjuende internasjonale sykehuskongress. *Sykepleien* 1951. 38. Årg. (13) 233-38

Rimestad, A. (1951b) fra Den sjuende internasjonale sykehuskongress. *Sykepleien* 1951. 38. Årg. (14) 255-58

Rimestad, A. (1952) De gamles problem. Innledning til diskusjon ved Den Norske Sykehusforenings landsmøte i Bergen 9.-11. Mai 1952. *Sykepleien*. 39.årgang. (12) 313-316.

RO (2017, 09. april) Kjerneverdier. Hentet fra <https://ro.no/om-ro/kjerneverdier/>

Rostøl, Sverre(1980) Ulønnet arbeid er også arbeid: Eldreomsorg og eldres omsorg. *Sykepleien*. 1980. 67. Årgang. (16) s. 19-21.

Ryymen, & Ryymen, Teemu. (2017). *Historie og politikk : Historiebruk i norsk politikktutforming etter 1945*. Oslo: Universitetsforlaget

Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv : Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget.

Seeberg, I. (1978) Fra den pårørendes synsvinkel. *Sykepleien*. 1978. 65. Årgang. (20) s.1350.

Seip, A. L. (1984) *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Seip, A. L. (1994) *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Seip, A. L. (2010) Omsorgssamfunn og ansvar. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 51 (1), 135-150.

Sejersted, F. (2005) *Sosialdemokratiets tidsalder. Norge og Sverige i det 20. århundre*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Slagstad, R. & Messel, J. (2014) Forord. I: Slagstad, R. & Messel, J. (Red) *Profesjonshistorier*. (s.9-11). Oslo: Pax Forlag.

Solberg, E. (2013, 6. august) «Noen tror at vi bare er opptatt av de funksjonsfriske og ressurssterke». *NRK Ytring*. Hentet fra <https://www.nrk.no/ytring/hoyre---konservativt-og-liberalt-1.11162307>

Solheim, M. (1996) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sortland, O. (2011). *Vitenskapsteori Og Metodelære I Sykepleierutdanningen. En Studie Av Tilblivelsen Av Vitenskapsteori Og Metodelære I Bachelorutdanningen I Sykepleie, Og Fagenes Fremtreden Ved to Sykepleieskoler Gjennom Fagplaner Og Intervju I 2010-2011 Og Studentenes Bacheloroppgaver 2010, Med Avsett I Bourdieus Teori- Og Begrepsgrunnlag Som Analytiske Verktøy*. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.

Sosialomsorgsloven. Lov om sosial omsorg. LOV-1964-06-05-2.

Storum, H. K. (1985) Heimesjukepleia og dei pårørende. *Sykepleien*. Årgang 72 (12)s. 9-12.

Sundal, H. (2014) *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* (Doktoravhandling) Universitetet i Bergen, Norge.

*Sykepleien* (1960) Redaksjonelt. *Sykepleien*. 1960. Årgang 47 (4) s. 87 +98

*Sykepleien* v/Aa.L. (1960) Mere om hjemmesykepleien. *Sykepleien*. 1960. Årgang 47(7) s.163

Sykepleien (1962) Hjemmesykepleien. *Sykepleien*. 1962. Årgang 49(22)s.589

Sykepleien (1969) De eldre må få det friere på pleiehjem. Innstilling om eldreomsorgen understreker behovet for en omlegning av driften ved pleieinstitusjonene. *Sykepleien* 1969. Årgang 56 (18) s. 574

Sykepleien (1978) Slik en pårørende ser det: Kvinner – omsorg og samfunn. *Sykepleien*. 1978. 65. Årgang. (20) s. 1342-1343, 1360.

Sæther, Margrete (1983) Eldreomsorg og den offentlig "nytenkning". *Sykepleien*. Årgang 70 (14)s.6-10, 21.

Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B., Nellemann, R. & Skogli, E. (2017) *Bruker vi for mye på helse? En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten*. Menon-publikasjon nr. 6/2017. Menon Economics.

Tjernshaugen, K. (2016, 13. desember) Nå utgjør offentlige utgifter halvparten av Norges BNP. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/kVPVB/Na-utgjor-offentlige-utgifter-halvparten-av-Norges-BNP>

Torbjørnsen, R. (1960) Hjemmehjelpsordningen i Tønsberg. *Sykepleien*. 1960. Årgang 47 (12) s. 284-285.

Torbjørnsen, R. (1967) BØKER. Anmeldelse av *Heimesykepleie* av Lerheim. *Sykepleien*. 1967. Årgang 54 (1/2) s. 14

Torbjørnsen, R. (1969) Hjemmesykepleie. *Sykepleie*. 56, årgang (14/15) s. 448-451.

Tønnesen, S. (2016) Pårørende: Usynlige bærebjelker i velferdsstaten. I: Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (Red.) *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. (s.76-97) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vig, Gustav (1979) Alderdom er ingen sykdom. *Sykepleien*. 1979. 66. Årgang. (15) s. 22-25.

Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016) Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velferdsstat i endring. I: Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (Red.) *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. (s.14-37) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilken, L. (2008) *Pierre Bourdieu*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wikipedia (2017, 16. august) Aase Bjerkholt. *Wikipedia, den frie encyklopedi*. Hentet fra [https://no.wikipedia.org/wiki/Aase\\_Bjerkholt](https://no.wikipedia.org/wiki/Aase_Bjerkholt)

Wikipedia (2018, 24. mars) William Henry Beveridge, 1. Baron Beveridge. *Wikipedia. Den frie encyklopedi*. Hentet fra [https://no.wikipedia.org/wiki/William\\_Henry\\_Beveridge,\\_1.\\_baron\\_Beveridge](https://no.wikipedia.org/wiki/William_Henry_Beveridge,_1._baron_Beveridge)

Østby, B. A. (1984) Prioriteringer i 1984. Forbundsleder Aud Blankholm intervjuet av Bjørn Arild Østby. *Sykepleien*. Årgang 71 (2), s. 4-5, 22.

Østby, B. A. (1988) Frikommuneprosjektet. Planane i dag avgjer eldreomsorga for framtida. *Sykepleien*. Årgang 76 (15) s. 4-7.

Østby, B. A. (1989) Organisering. Delt ansvar under felles ledelse. *Sykepleien*. Årgang 77 (1) s. 34-36

Østby, B. A. (1990) Brukeren tas på alvor. *Sykepleien Journalen*. Årgang 78 (8) s. 9-10

Østby, B. A. (1995a) Modell for framtidens eldreomsorg. Lovprist av politikere – slaktet av forskere. *Sykepleien Journalen*. Årgang 83 (13) s. 6-7.

Østby, B. A. (1995b) Ideologiske og grunnløse påstander/Ressurscenteret for omsorgstjenester: Et ideologisk begrunnet bakholdsangrep/Norsk sykepleierforbund Advokat for de sykeste eldre. *Sykepleien Journalen*. Årgang 83 (13) s. 8-11

## Liste over vedlegg

1. HABITUSKONSTRUKSJON AV MASTERSTUDENTEN
2. LISTE OVER LÆREBØKER OG PENSUMLISTER
3. OVERSIKT OVER DATA INKLUDERT I REGISTRANTANALYSEN
4. INSTITUSJONELL HABITUSKONSTRUKSJON BETALT HJELPER
5. POSISJONER, POSISJONERINGER OG DOXA 1945-1980
6. POSISJONER, POSISJONERINGER OG DOXA 1980-2017
7. SKISSERT SOSIALT ROM delanalyse I
8. SKISSERT SOSIALT ROM delanalyse II

VEDLEGG NR. 1 – EN SKISSERT HABITUSKONSTRUKSJON AV MASTERSTUDENTEN

EN SKISSERT HABITUSKONSTRUKSJON AV MASTERSTUDENTEN					
POSISJON	DISPOSISJON	KULTURELL KAPITAL	ØKONOMISK KAPITAL	SOSIAL KAPITAL	POSISJONERINGER
<p>Sykepleier Master- student Kvinne med omsorgs- forpliktelser</p>	<p>Født på midten av 1980-tallet på et lite tettsted på Vestlandet. Foreldre som begge var lærere: Mor jobbet deltid som lærer på barneskolen (datter av bonde/fisker) Far jobbet fulltid som lærer, rektor og til slutt pedagogisk veileder i kommunen (sønn av bonde). En tradisjonell arbeidsdeling i hjemmet der mor laget middag og ordnet huset etter endt arbeidsdag, mens far kom til dekket bord og tok seg en middagshvil etter endt arbeidsdag. Far <i>hjalp til</i> ved å vaske kjøkkengulvet hver lørdag og utførte tyngre og maskinelt arbeid knyttet til husholdningen, eks. kutting av tre med motorsag, vedlikehold av bil, reparere ting med drill/hammer/lignende. Mor strikket og luket i blomsterbedet, men hjalp også til som «assistent» når de nedhugde treene skulle kløyves til ved. Tre eldre søsken som under min barndom utdannet seg til henholdsvis (1) sykepleier, paramedic, lokalpolitiker for Arbeiderpartiet (bror, 16 år eldre enn meg), (2) Mellomfag i fransk ved universitetet i Bergen, flyttet til Paris, etablert familie der, varierende arbeid - oversetter, engelsk lærer, resepsjonist, for tiden</p>	<p>Fagbrev i kontorfag (2 år i lære på Høgskolen Stord/Haugesund ) 1 av 3 år på Helsefremmende arbeid ved UIB, Sykepleier, 2-årig mastergrad i sykepleievitenskap Publisert en artikkel i <i>Sykepleien</i> i løpet av studietiden Har også bakgrunn fra kunstfeltet, gjennom praktisk og teoretisk utdanning på til sammen to år. Selv om jeg ikke er musikalsk har jeg en stor interesse for</p>	<p>Grunnlønnen er fra 400 000 med en topp på 525 000.  Har nå åtte års ansiennitet som sykepleier, men jobber deltid på grunn av utdannelsen.  Eier ikke egen eiendom eller bil. Lav økonomisk kapital med andre ord.</p>	<p>Vært med i forskningsgruppen siden høst 2015 Er med i redaksjonen og administrasjonen til forskningsgruppenes tidsskrift  Bodd i kommunen de siste 12 årene, med unntak av ett år i Danmark Har et godt nettverk med relativt mange nære og mindre nære venner, spesielt innenfor et subfelt i byens musikkmiljø Har to barn God kontakt med egen og</p>	<p><b><i>Hva forstås som problemet?</i></b> Pårørende blir tillagt for mye ansvar fra politisk hold Velferdsstaten i sin sosialdemokratiske forstand bør opprettholdes Politikk handler om å spare penger og dette går ut over de svake i samfunnet</p>
					<p><b><i>Hva skal pårørende gjøre?</i></b> Pårørende skal ha en supplerende og helst en sosial rolle</p>

VEDLEGG NR. 1 – EN SKISSERT HABITUSKONSTRUKSJON AV MASTERSTUDENTEN

	<p>hjemneværende med en mindre undervisningsstilling (søster 14 år eldre enn meg) (3) Bachelorgrad i kulturvitenskap ved UIB, ansatt på Statsarkivet i Bergen (bror, 9 år eldre enn meg)</p> <p>Oppveksten var trygg og god, men preget av foreldre som var vokst opp under en streng kristen vestlandsk pietisme, noe de til en viss grad førte med seg videre. Sosialt og humanitært arbeid, spesielt misjonærvirksomhet i mindre utviklede land, hadde høy status hos mine foreldre.</p> <p>Jeg flyttet ut når jeg var 16 år på grunn av et behov for å bryte med både hjemsted (for tradisjonelt/konvensjonelt/monotont) og oppdragelsen (kristent/konservativt), men valgte likevel tradisjonelt i form av en yrkesrettet videregående utdanning (kontorfag), allmennfaglig påbygging, samtidig som jeg i mitt private liv trakk mot miljøer med mennesker som ikke hadde tatt tradisjonelle valg og som kan sies å være litt på siden av samfunnet. De representerte et brudd med oppveksten og hjemstedet. Denne linjen har jeg fulgt helt frem til i dag og viser hvordan mine disposisjoner gjør at jeg tar tradisjonelle og sikre valg som på papiret sikrer meg en trygg tilværelse, men</p>	<p>musikk og i stor grad trukket mot musikkmiljøer der jeg har bodd, mye på grunn av en bror som er musiker. Er nå samboer med en musiker. Av kulturelle objekter som kan vise til kulturell kapital har vi en stor samling lp-plater med musikk fra en rekke sjangre, en vinsamling med over tohundre vinflasker, et lite utvalg av kunst (laget av meg, venner, reproduksjoner og en original (et fotografi, som kanskje har mindre symbolsk</p>		<p>svigerfamilie som ofte er på besøk</p>	<p><b>Hva skal pårørende ikke gjøre?</b> Pårørende sin posisjon skal i praksis reflektere den posisjonen de har i lovverket. Det vil si at deres ansvar er ikke juridisk, de har en frivillig rolle.</p> <p><b>Hvem er pårørende?</b> De som blir ansett av den hjelpetrequende som sin nærmeste</p>
--	---	--	--	---	--



VEDLEGG NR. 1 – EN SKISSERT HABITUSKONSTRUKSJON AV MASTERSTUDENTEN

	<p>samtidig som habitus skaper rom for impulsivitet har jeg også tatt valg som bryter med mine disposisjoner, men som kanskje også kan forklares ut i fra mine søskens valg. I tillegg har oppveksten i det homogene bygdenorge og følelsen av å ikke passe inn i de tradisjonelle posisjonene på bygden skapt en sterk tiltrekning til det spesielle, det vil si det som skiller seg ut og som gjerne stiller seg kritisk til den rådene oppfatningen om saken. I den forstand er mitt valg av en praxeologisk tilgang selvforklarende.</p>	<p>verdi i kunstfeltet))</p>			<p><b>Kjønn?</b>                  Kvinner blir tillagt for mye ansvar for omsorg Vi må bryte med den umiddelbare forståelsen av kvinnen som «naturlig» omsorgsperson og mannen som unntaksvis omsorgsperson.</p> <p><b>Hva er doxa?</b>                  I det akademiske felt, rettere sagt i det subfeltet som jeg befinner meg i, subfeltet sykepleievitenskap (kap. 1.1.4) er doxa at pårørende er i en utsatt posisjon og de opplever et politisk og faktisk press på sin posisjon</p>
--	--	------------------------------	--	--	---

VEDLEGG NR. 1 – EN SKISSERT HABITUSKONSTRUKSJON AV MASTERSTUDENTEN

					<p><b>Hva kjempes det om?</b></p> <p>I subfeltet for sykepleievitenskap har jeg et samsvar mellom habitus og felt. Den sunne fornuft gir mening for meg.</p> <p>I det politiske felt opererer jeg med en ortodoks og heterodoks posisjonering.</p> <p>Med mitt forskningstema og mitt teoretiske valg har jeg en kritisk stilling til det rådende doxa i det politiske felt.</p>
<p>Mine disposisjoner forklarer hvorfor jeg har valgt min teoretiske tilgang. Som barn hadde jeg store vansker med å forstå det at man som kristen skulle vise nestekjærlighet og barmhjertighet overfor sine medmennesker, men samtidig var menighetsmiljøet vi var en del av preget av så mye fordommer. Jeg er sannsynligvis ikke født med en kritisk sans og det faktum at mine eldre søsken brøt ut av det kristne miljøet mens jeg var barn gjorde nok at disse paradoksene kom lett til uttrykk og skapte et blikk og en evne til å påpeke kritiske forhold i sosiale rom eller samfunnet som helhet.</p> <p>Mine posisjoneringer om studiens tematikk kan muligens forklares som et resultat av en kritisk sans og solidaritet med de svake i samfunnet som er et resultat av min kristne oppvekst. I tillegg kan min oppvekst på 1990-tallet forklare hvorfor jeg har valgt et velferdsstatlig- og kjønnsperspektiv på tematikken. Jeg tar rettighetene mine som norsk statsborger mer eller mindre for gitt og når disse blir truet kan denne masteroppgaven sees på som en ortodoks strategi for opprettholde doksa om at det offentlig skal ta ansvar for eldreomsorg, men også hele befolkningens velferd.</p>					

VEDLEGG NR. 2 – LISTE OVER LÆREBØKER SOM ER INKLUDERT OG OVERSIKT OVER HVOR DE HAR VÆRT PÅ PENSUM OG NÅR

**INKULDERT:**

- Jervell, A. (1941/1951) (Red) *Lærebok for sykepleiersker*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Lerheim, K. (1966) *Heimesykepleie*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag. (Beregnet til bruk i folkeskolen, ikke sykepleieutdanningen)
- Lerheim, K. (RED) & Norsk Sykepleierforbund (1968) *Lærebok for sykepleierskoler*. Fabritius & Sønners Forlag
- Bølstad, J. (1985) *Hjemmesykepleie: Kommunehelsetjenestens grunnpilar*. :TANO.
- Iversen, A. (1986) *Hva gjør vi i hjemmesykepleien?: Om det å gi og få hjelp hjemme*. TANO: Oslo
- Solheim, M. & Aarheim, K. A. (1996/2004) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. GYLDENDAAL AKADEMISK
- Birkeland & Flovik (2011) *Sykepleie i hjemmet*. AKRIBE. (2.utg i 2014 på Cappelen Damm Akademisk, etter oppkjøp av Akribe fra NSF)
- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring*. FAGBOKFORLAGET
- Fjørtoft (2016) *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. FAGBOKFORLAGET

HØGSKOLE:	Høgskolen på Vestlandet	VID vitenskapelige høgskole	Høgskolen i Oslo og Akershus	UiT – Norges Arktiske universitet
Emnenavn:	BSS6A – Utøvelse av hjemmesykepleie/BSS6B – Fagforståelse i hjemmesykepleie (samme litteraturliste f.o.m. 2015) BSSV3 – Samfunnsvitenskap for sykepleie i hjemmebasert omsorg, psykisk helsevern og helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid	Betanien: Emne 8 og 9B Vanskelig å finne emnenavn, pga rot, men tror det er emne 8 og 9B på betanien og emne 8 i Oslo, på Haraldsplass 3SplB	SYBAPRA2 Hjemmebaserte tjenester	SYP-2521 Sykepleie i sykehjem/ hjemmesykepleie eller psykisk helsearbeid / psykisk helsevern, 1-2 periode SYP – 2520 Utøvelse av sykepleie til eldre og personer med funksjonshemming
Pensumlister tilgjengelig f.o.m (siste årstall svarer til vår semester	BSS6b – 2015-2018	9b 2015-17 andre også til 2018 har ikke klart å finne lister som beskriver	SYBAPRA2 2014,15	Finner ingenting på nettsiden deres/har ikke fått svar per mail heller.

VEDLEGG NR. 2 – LISTE OVER LÆREBØKER SOM ER INKLUDERT OG OVERSIKT OVER HVOR DE HAR VÆRT PÅ PENSUM OG NÅR

<p>inneværende år og første årstall svarer til høstsemester. eksempel F.o.m høst 2015 til og med vår 2018):</p>		<p>hjemmesykepleie-pensum hos diakonhjemmet i Oslo</p>		
<p>Aktuelle bøker:</p>	<p>Birkeland, A. &amp; Flovik, A. M. (2011/11,12)</p> <p>Fjørtoft(2006/2012/(2006,07,08 anbefalt)2009,10, 11, 12,15,16,17 står også på pensum til BBSV3 15/16)</p> <p>Kirkevold, Brodtkorb &amp; Ranhoff (2008/2014/2009,10,11, 12, 15,16,17)</p> <p>Rokstad &amp; Smeby (2008/2015,16,17)</p> <p>Anbefalt litt: Solheim, M. &amp; Aarheim, K. A. (19962004/ANBEFALT2008-12(på pensum 1997-2002 på stord, 2005,06,07,08))</p>	<p>Betanien: Bondevik &amp; Nygård (2012/2015, 16,17,18)</p> <p>Birkeland &amp; Flovik (2014/2015,16,17)</p> <p>Kirkevold, Brodtkorb &amp; Ranhoff (2014/2015,16,17,18)</p> <p>Fjørtoft(2016/17-18)</p> <p>HDS: Fjørtoft(2016/16,17,18)</p> <p>Alsvåg (2010/16,17,18)</p> <p>Bondevik &amp; Nygård (2012/16,17,18)</p> <p>Solheim, M. &amp; Aarheim, K. A. (2004/2000-2012)</p>	<p>SYBAPRA2: Birkeland, A. &amp; Flovik, A. M. (2011/13,14,15,16)</p> <p>Kirkevold, Brodtkorb &amp; Ranhoff (2014/2013,14,15,16,17,18)</p> <p>Rokstad &amp; Smeby (2008/2013,14,15,16)</p> <p>Fjørtoft(2016/16,17,18)</p>	

**KAPITTEL 3.2.3.1:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
	<b>Gleditsch, L.,</b> Kolsgaard, J., Larsen, D., Nissen, H. W., Rubbe, D. Rasmussen, I., Reichborn-Kjennerud, I., Senstad, B., Strøm, A., Strøm, O. & Trumpy, H. (1945) <i>Husmorboken</i> . Oslo: J. W. Cappelens Forlag. <b>Lycke, F.</b> (1940) <i>Hjemmets sykepleie</i> . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. av Frida Lycke <sup>1</sup>	Hefter/bøker beregnet på andre enn sykepleiere, spesielt husmødre Det finnes en rekke bøker som inneholder "hjemmets sykepleie", Men disse er bøker som Husmorboka, historiske bøker om sanitetsforeningen eller misjonsforeninger osv.	Beregnet på de som ikke kan ha kyndig hjelp i hjemmet, men ikke har mulighet til sykehus/sykehjeminnleggelse? Mor eller ektefelle er en som vil og kan pleie syke i eget hjem		Pårørende blir muligens nevnt som barn som ikke må bråke og lignende.	<b>Bøkene er produsert til kvinner</b>	Det er best for den syke å være hjemme	<b>Husmorfaget er et fag</b>
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Andersen, E., Jervell, A. & Arentz, G. (1941) Bernert, J. H., Arentz, G. & Jervell, A.	<b>Jervell, A.</b> er hovedredaktør i 1941 og 1951 <sup>2</sup> Redaksjonskomitee består av <b>Arentz<sup>3</sup>, Moe, K.</b>	Utgave i 1941 og 51 er skrevet av privatsykepleierske Sofie Marie Hytten. Kapittelet/avsnittet er på rundt 2,5-3 sider.	Hvis noen i husholdet egner seg til det kan de hjelpe til med stell og pleie. Privatsykepleie tilbyr en annen	For pårørende er det en påkjenning å ha et sykt familiemedlem. De trenger støtte og hjelp,	Familien, de som bor i husholdet.	<b>nei</b>		

<sup>1</sup> sykepleier, aktiv i NSF, ansatt i NSF sekretariat<sup>2</sup> overlege dr. Med<sup>3</sup> forstanderinne Oslo Sanitetsforenings sykepleierskole + formann av NSF

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

(1951)Lærebok for sykepleiersker, Bind I, Fabritius & Sønners Forlag. Sykepleie i hjemmet (begge utg.)	<b>E.<sup>4</sup>, Asbjørnsen, M.<sup>5</sup> og Rimestad, A.<sup>6</sup></b> Det samme i 51, med unntak av redaksjonskomitee: asbjørnsen og moe ble byttet ut med <b>Thomassen, E.<sup>7</sup> og Volan, G.<sup>8</sup></b> ANNONSE I SYKEPLEIEN	Uendret fra første og andre utg.	måte å komme i kontakt med pårørende, man må også være følsom for deres behov for privatliv.	selv om det kan være vanskelig				
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende?</b>	<b>Kjønn?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Kamp?</b>
Lerheim (1966) <i>Heimesykepleie</i> . Fabritius. Oslo	Komitémedlem og formann av NSF's Lærebokkomité frem til feb. 1966. Sykepleielærer Norges Høgskole	Til bruk i faget "heimkunnskap" siste året på folkeskolen fordi mange måtte pleies hjemme pga manglende plass på sykehus. Godkjent av Kirke- og undervisningsdepartementet	Hvis lege mener det er forsvarlig/dårlig plass på sykehus kan personer pleies hjemme og av sine egne. Da må <b>alle</b> i familien gjøre det de kan for at	Må ikke vise til syke barn at en er bekymret/redd. Man skal ikke glemme de syke, eldre familiemedlemmer	Alle familiemedlemmer i husholdningen.	<b>nei</b>		

<sup>4</sup> forstanderinnen Røde Kors Sykepleierske skole, Oslo. Mottok Kongens Fortjenestemedalje i gull+ Florence Nightingale-medaljen

<sup>5</sup> diakonisse ved diakonissehusets sykehus

<sup>6</sup> forstanderinnen Oslo kommunale Sykehus + aktiv i NSF/Sykepleien

<sup>7</sup> diakonisse ved diakonissehusets sykehus

<sup>8</sup> instruksjonssykepleierske ved Oslo Røde Kors sykepleierskeskole

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Også med i Utvalg til å forberede universitetsinstitutt for sykepleiere i 1972<sup>9</sup> I 1978 ble hun utnevnt som rektor ved Norsk Sykepleierhøyskole<sup>10</sup>.  Æresmedlem i NSF i 1995</p>	<p>Sykepleieskole<sup>11</sup>. Har tatt hovedfag i sjukepleievitenskap ved universitetet i Oslo i 1986?<sup>12</sup></p>	<p>entet til bruk i den 9-årige folkeskole.  Det kan være en påkjenning å bli skilt fra familien sin ved sykdom.</p>	<p>vedkommende skal få være hjemme. En i familien kan ha hovedansvaret, men det er rimelig at alle medlemmene har faste plikter knyttet til den syke. Alle i familien må hjelpe til. En felles oppgave for hele familien å sørge for at vedkommende blir frisk og har det bra. Må gi omsorg for at den syke skal føle seg trygg. Gi trøst og støtte til den syke.</p>	<p>mene og at de trenger selskap og pause fra den "isolerte" tilværelsen.</p>				
---	---	--	---	---	--	--	--	--

<sup>9</sup> Norsk Sykepleierforbund (1973) Årsberetning 1972. *Sykepleien* 1973. Årgang 60 (17) s. 1-36(mellom side 730-731)

<sup>10</sup> NSF (1978) Senter for høyere sykepleierutdanning og forskning ved Universitetet i Bergen. *Sykepleien*. 1978. 65. Årgang. (11) s. 664-665.

<sup>11</sup> Norsk Sykepleierforbund (1966) Årsberetning 1965. *Sykepleien* 1966. Årgang 53 (14/15) s. 426-452

<sup>12</sup> I forbindelse med Lerheims 70-årsdag belyser en rekke bidragsytere(T.Bjerkheim, J.Mathiesen, Randi Nord) fra både inn- og utland, hennes sentrale posisjon innen norsk sykepleierutdanning, forskning og samfunnsliv. Flere kapitler tar for seg sykepleierutdanningen i fortid, nåtid og fremtid.

Instituttbestyrer ved sykepleievitenskap ved UIO i 1988 og kanskje senere.

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Torbjørnsen, R. (1967) BØKER. Anmeldelse av <i>Heimesykepleie</i> av Lerheim. <i>Sykepleien</i> . 1967. Årgang 54 (1/2) s. 14	Forstanderinne, leder av hjemmehjelpsordningen i Tønsberg <sup>13</sup> . Valgkandidat til NSF's hovedstyre i 1971 <sup>14</sup> Kom inn som suppleant til hovedstyret	Boken bedømmes utifra at den er beregnet på folkeskolen. Den er absolutt ikke tilstrekkelig for hjemmesykepleiere. Stiller seg kritisk til hvem som skal undervise i dette faget og/eller hvordan man har tenkt til å legge det opp teoretisk og praktisk.	Det er positivt at boken tar opp sysselsetting og trivselproblemer for kronisk syke og gamle fordi de <b>unge i dag vil bli stilt overfor store krav</b> når det gjelder omsorgen for de eldre.				De eldre er og blir snart et økende "problem" og de må sysselsettes for å få en verdi tilværelse.	Hvem som egentlig best til å undervise i fag som dette

**KAP 3.2.4.1:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Hahn, A. (1970) Det er hardt å	Opprinnelig publisert i American	Tar det med fordi at Sykepleien, ved å trykke dette, sier noe	Teksten er skrevet av et barnebarn av en 94 år gammel	Familien bør ikke sende gamle på	familien		De gamle har en	En human eldrem

<sup>13</sup> Valgt som formann for NSF's *Utvalg vedrørende hjemmesykepleie* 3 november 1966. Utvalgets oppgave er å utrede hjemmesykepleiernes funksjonsområde og utdanning og trekke opp retningslinjer for administrasjon av hjemmesykepleie.<sup>13</sup> Nytt utvalg i 1967 som fremla forslag om 1. Utdanning i hjemmesykepl. 2. Stillingsbeskrivelse for hyspl.

3. lønns-og arbeidsforhold. 4. Lov om hjemmespl i norge (Thorbjørnsen, 1969)

<sup>14</sup> Sykepleien/redaksjonen (1971) Presentasjon av valgkandidater til Hovedstyret. *Sykepleien* 1971. Årgang 58 (7) s. 200-202



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

bli gammel. <i>Sykepleien</i> 1973. Årgang 60(3) s. 48- 49	Journal of Nursing. Oversatt av undervisningsle der John Seland, Sarpsborg sykehus.	om hvordan de mener de gamle skal behandles og sees på.	dame som bor på sykehjem fordi familien ikke har mulighet for å ha henne hjemme. Hun mistrives og mener at sykepleierne ikke forstår henne og behandler henne dårlig.	sykehjem, de gamle ønsker å være sammen med familien sin og de ønsker å være hjemme og de ønsker å dø hjemme.			egenve rdi og fortjen er å bli hørt, sett og tatt på alvor + omsorg	sorg. Og det skal bli sykeplei erens spesialfe lt?
<b>Referanse</b>	<b>Referanse</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende ?</b>	<b>Kjøn n?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Kamp?</b>
Alveberg, Eva (1951) Hedre din far og din mor, at det kan gå deg vel og du må lenge leve i landet. <i>Sykepleien.</i> <i>Organ for</i> <i>Norsk</i> <i>Sykepleier-</i> <i>Forbund.</i>	<b>Kretssøster</b> i Oslo Sosialtrygd	Problematiserer de gamle sin status i samfunnet. Etter industrialiseringen i Norge har strukturene i samfunnet vårt endret seg, blant annet større overføring av ansvaret for de eldre fra familien til staten.	Alderstrygd og forbedrede gamle- og pleiehjem kan ikke erstatte den personlige kontakten med familien og varmhjertede levende mennesker. Vi har gjort det kaldt og vanskelig for våre gamle. Poengterer at boligforhold gjør	”Dessverre har jeg mer enn en gang hatt anledning til å se hvordan slektninger har gått fra den ene instans til den andre for å skaffe plass til en far eller mor på gamlehjem. Når så den gamle har fått plassen, er det	Familien og slektninge r.		Samfun net må endre sin innstilli ng til de eldre og verdset te deres visdom og	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Feb. Nr.2. 38 årgang. S.33-34.			det vanskelig, men uten å utdype det.	som om de har gjort sin plikt, og så sitter den gamle der alene”(s.34).			livserfar- ing.	
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende ?</b>	<b>Kjønn?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Ka mp ?</b>
Hansen, Per (1950)De gamle og samfunnet. Foredrag 28. September 1949. På trykk i <i>Sykepleien</i> . <i>Organ for Norsk Sykepleier- Forbund</i> . mai 1950. 37. Årg. Nr. 6. S.139- 143??	<b><u>Overlege dr.med.</u></b>	Andelen eldre øker. Mange gamle og skrøpelig blir innlagt på sykehus fordi det ikke er plass på syke- eller pleiehjem. De gjør det vanskelig for sykehus å ta i mot yngre pasienter som kan behandles og utskrives i et raskere tempo. Det er også økonomisk uforsvarlig for samfunnet. Det trengs mer kunnskap/forskning om alderdommen, ”samarbeid mellom stat, kommune, frivillige helseorganisasjoner og private for å løse de gamles sykehus og pleiehjemsproblem(s.143)”. Vurdere å utvide pensjonsalderen samt endre samfunnets innstilling til de eldre til en intellektuell ressurs.		Familien kan ikke ta seg av dem og de blir derfor innlagt uten tilstrekkelig medisinsk grunn og/eller blir for lenge innlagt fordi det ikke er sykehjems plass til dem.				
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende?</b>	<b>Kjønn?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Kam p?</b>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Foredrag av Pierre Delore (1951) i Sykepleien (38. Årg. Aug. 51, nr. 13) fra Den sjuende internasjonale sykehuskongress.</p> <p>Innledning av Agnes Rimestad. s.233-38</p>	<p><b>Fransk professor</b> i medisin fra universitetet i Lyon. <b>Forstanderinne,</b> Ullevål sykehus.</p>	<p>Skriver at man skal rasjonalisere og humanisere arbeidet med eldre og kronisk syke. Hvis mulig, bør man unngå innleggelse i sykehus og tilby forsvarlig tilsyn i hjemmet</p>	<p><b>Fra innledning:</b> pleie i hjemmet er billigere for samfunnet og bedre for pasienten. (for hjemløse-gamlehjem). Pasienten skal vurderes på sykehus og den vurderingen bestemmer hvor pasienten skal plasseres- innleggelse, poliklinisk, hjem (med lokalt legetilsyn) En måte for sykehus å drive sosialmedisin?</p>	<p><b>Rasjonalisering:</b> organiser og klassifiser pasientgrupper. Egne geriatrike avdelinger til eldre. <b>Humanisering:</b> hensyn til pas. Individuelle behov, mer menneskelighet og sosial forstand. Institusjonen må ha en menneskelig standard. Ikke bland sammen helbredelige og uhelbredelige pasienter. Ikke for store institusjoner, legg vekt på omgivelser, møbler mat rekreasjon sysselsetting og underholdning.</p>	<p>Kjente omgivelser Familieliv</p>		<p>Hvis mulig, bør man unngå innleggelse i sykehus og tilby forsvarlig tilsyn i hjemmet</p>	
<p>Referanse</p>	<p>agenten(e) – posisjon, disposisjon</p>	<p>Hva forstås som problemet?</p>	<p>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</p>	<p>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</p>	<p>Hvem er pårørende?</p>	<p>Kjønn?</p>	<p>Doxa?</p>	<p>Kamp?</p>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Forts. I nummer 14, sept. 1951 Av Agnes R. s.255-58</p>	<p>Utdrag av diskusjon i gruppe 4: Sykepleie, attføring, sosial velferd, åndelig og intellektuell omsorg etc.</p>	<p>Mlle M. Bihet: alderdom er ikke en sykdom, men krever en særegen type sykepleie: den må blant annet foregå i hjemmet. De fleste sykepleiere velger vekk arbeidet med eldre (bortsett fra religiøse org.) muligens pga manglende tekniske midler og utstyr og usikre behandlings resultater. Foreslår et tverrfaglig team: distriktsykepleier/helse søster som skal kartlegge folk med hjelpebehov+lege+syke pleier som skal administrere sykepl. Utenfor sykehuset+spl som skal ta seg av pas. Hygiene.+hushjelp+sosi alvelferdsarbeidere+syk ehusgymnastist.</p>	<p>Miss Robertson (<u>sosialkurator</u> ved geriatrisk avd. University college hospital, st. Pancras, england: sosialarbeideren må avklare forholdene med pårørende umiddelbart for å unngå at familien blir "oppløst" fordi familien tror at sykehuset tar over det evige ansvaret for pasient ved innleggelse.</p>	<p><b>Konklusjon:</b> "det hersket enighet om at ethvert sentralsykehus bør ha sin geriatriske avdeling, og at denne må fungere som en sentral for gamle og syke i det område som sogner til sykehuset. Det må være et intimt samarbeid mellom de ulike grupper av personalet og de ulike instanser som har med denne avdeling å gjøre" (s. 258).</p>	<p>Miss Robertson: familien, naboer, menighetss østre.</p>	<p>Mlle M. Bihet: "kvinne r som er spesielt interess ert i å stelle gamle, bør få den nødven dige opplæri ng og bli tatt med i samarb eidet.</p>		
<p><b>Referanse</b></p>	<p><b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b></p>	<p><b>Hva forstås som problemet?</b></p>	<p><b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b></p>	<p><b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b></p>	<p><b>Hvem er pårørende?</b></p>	<p><b>Kjønn?</b></p>	<p><b>Doxa?</b></p>	<p><b>Kam p?</b></p>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Rimestad, Agnes (1952) De gamles problem. Innledning til diskusjon ved Den Norske Sykehusforenings landsmøte i Bergen 9.-11. Mai 1952. <i>Sykepleien</i>. 39.årgang. juni 1952. Nr.12. s. 313-316.</p>	<p>”det er ikke så lenge siden at det var vanlig praksis her i landet at de mellomste ledd sørget for de gamle som var på sitt siste avsnitt og for de nye skudd på stammen. Selv om dette ikke alltid var like ideelt var det i hvert fall en form for samarbeid som var nyttig for alle parter. Med den økte industrialiseringen har flere folk flyttet fra landet til byer og bylignende strøk. Hjemmene er blitt trangere og de gamle er etter hvert blitt henvist til seg selv. Resultatet av dette er mest følbart i de største byene”(s.314). De gamle blir et problem når de blir syk og avhengig av andre. De gamle syke opptar sykehus senger som ikke er tilpasset deres behov og som er nødvendige for andre pasientgrupper.</p> <p>Det er snakk om eldrebølgen og problemene det forårsaker i sykehusene. Pårørende blir ikke nevnt. Man ser på problemet fra sykehuset sitt ståsted og løsningen på problemet kommer også fra dette punktet. Omorganisere sykehuset og apparatet rundt, men sykehuset som sentrum, vitenskapelig og organiserende autoritet.</p>
---	--

Kap. 3.2.4.2

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Kanavin, E. (1953) En undersøkelse over våre gamles trivsel. <i>Sykepleien</i> . Februar 1953. nr.3. 40. Årgang.	Sykepleierske. Kurator ved Ullevål sykehus.	Presenterer data etter intervju av eldre i Oslo og omegn. 60 stk. Ble stilt spørsmål om alder, yrke, helse, institusjonsplass, antall barn og forhold til dem, boligønsker, hobby, tilfredshet med livet, fremtidsønsker og inntekt.	Familieforhold og samhold er svært viktig for de eldre, de må barna være bevisst på.	Økonomisk støtte fra statens side kan ikke erstatte den personlige kontakt med familien og varmhjertede mennesker.	Familien og varme mennesker			
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Sykepleien (1969) De eldre må få det friere på pleiehjem.	Innstilling utarbeidet av en komite nedsatt av Høyres	Pga utbygging av folketrygden vil flere eldre få bedre økonomi og vil derfor ønske å bo hjemme	<b>”De eldres familier må være klar over at samfunnet aldri vil kunne overta ansvaret og omsorgen for de eldre alene”.</b> Samfunnets og familiens innstilling til de eldre vil være avgjørende for deres trivsel.		familien		Velferd er viktig, men det kan	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Innstilling om eldreomsorgen understreker behovet for en omlegning av driften ved pleieinstitusjonene. Sykepleien 1969. Årgang 56 (18) s. 574.	sentralstyre. Gjengitt av Sykepleien, forfatter ikke oppført.	lengst mulig. Derfor må hjelpeordningene utbygges.	Selv om trivsels- og velferdstiltak gjennomføres vil de aldri kunne erstattes med menneskelig respekt, aktelse og omtanke.			<b>ikke erstatter mellommenneskelig kontakt</b>	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Askelund, Knut (1974) Tanker omkring institusjoner for eldre. <i>Sykepleien</i> . 1974. Årgang 61(7) s. 300-303.	Arkitekt.	Gir en historisk gjennomgang av eldre sine forhold i familien og i samfunnet. Argumenterer ikke for å gå tilbake i tid, men idealiserer for eksempel kårordningen der de eldre fikk gjøre nytte for seg på gården og samtidig ha kontakt med den yngre generasjon.	Samfunnet er preget av konkurranse og fokuserer på individets evne til å prestere og produsere og dermed ser mennesket på seg selv på denne måten, og "uavhengig av familie- og slektsbånd". "(..) er de indre slektsbånd svekket i en slik grad, at ansvaret og forpliktelsene overfor de eldre er nærmest uvedkommende, og overlatt til samfunnet". Fokus på nytte og profitt gjør at de eldre blir nedgradert som borgere fordi de ikke lenger gjør nytte for seg.	<b>Kl</b> øften mellom yngre og eldre er blitt for stor. Det vil være bra hvis barn og gamle får kontakt. Institusjonsplass er siste utvei.		Eldre må få bo i sine egne hjem og samfunnet må legge til rette for dette, både i helse- og boligplanleggings politikken.	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Forts. Over: "med øket samfunnstakt, konkurranse og større krav til den enkelte, med oppløsningstendenser i familiestrukturen og spengningen av kjernefamilien, med så svekkede slektsbånd, at <i>besteforeldrene</i> som bare i forrige generasjon var de yngres sikre tilfluktssted, nå må sies å være ute av bildet i familiesammenheng, mens kontaktløshet og tilpasningsvanskeligheter preger stadig større grupper av vårt folk, og kanskje i særlig grad de eldre (..)s.302-3"								
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Hulbak, Edward (1976) Hjemmesykepleie – behov, målsetting, ressurser. <i>Sykepleien</i> . 1976. 63. Årgang. (4) s. 210-214.	Foredrag av sykepleiesjef Hulbak på NSF's seminar "Samarbeid i og koordinering av den primære helse- og sosialtjeneste" 2.-5. april 1975 i Oslo. Han er også formann i <i>Sykepleiens</i> redaksjonsutvalg.	Konkretiserer profesjonell sykepleie som noe mer enn sykepleie i hjemmet, mer enn pleie av syke i hjemmet som "har funnet sted gjennom store deler av menneskenes historie(s.210)". Bruker V. Hendersons definisjon på hva sykepleie er, men sier også videre at profesjonell sykepleie handler om "å identifisere pasientens behov, yte direkte hjelp, stimulere til selvhjelp og koble andre faggrupper inn når	Pårørende kan i noen tilfeller miste motivasjonen til å ta seg av sine nærmeste i hjemmet da de har kjørt seg ned (ufrivillig) i påvente av institusjonsplass (og er derfor ikke åpen for å la vedkommende bli boende hjemme med HSY?) Pårørende vet ikke om tilbudet og tenker at institusjon er eneste alternativet.	Pårørende får i noen tilfeller et medisinsk og sosialt uforsvarlig ansvar for omsorgen for sine nærmeste når de skrives ut for tidlig på grunn av plassmangel på sykehus. "Det er oppmuntrende å se at mennesker tar ansvar for hverandre og satser alt på å hjelpe. Det er deprimerende å måtte registrere uvilje i så måte, spesielt hos	<b>Hjemmet, familien, pasientens nærmeste miljø. Familien som helhet.</b> Familier sine behov kan være svært komplekse og krever hjelp fra ulike faggrupper. Viser et eksempel med et hjem med tre generasjoner . Bestemor og Bestefar har til	nei	HSY skal dekke komplekse behov med ulike faggrupper som må <b>koordineres</b> for at tjenesten skal bli best mulig. Faglighet, samarbeid og	<b>Oppgavefordeling?? Sykepleier skal ha en overordnet funksjon so skal legges til rette for faglig forsv</b>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		<p>det er aktuelt (...) ikke gjøre alt for den syke, men at en tar ansvar for at denne får fullverdig pleie. Undervisning og administrasjon er derfor sentrale oppgaver for sykepleieren, ikke minst i hjemmesykepleievirksomheten(s.210)". Han spør seg om hjemmesykepleien har innfridd de forventningene man hadde til tjenestene da retningslinjene kom på plass. Til en viss grad, men man ser dog at utskrivelser fra sykehus skjer uten forsvarlig koordinering med primærhelsetjenesten, at det er pasienter på sykehus som kunne blitt utskrevet med</p>	<p>Pårørende er ressurser i hjemmesykepleien. Samarbeid med pårørende er en forutsetning for at pasienten skal kunne forpleies hjemme. "Hjemmesykepleien, så vel som andre tilbud, skal stimulere og hjelpe pasient/pårørende til å delta etter beste evne i problemløsningen når det gjelder å få dekket de aktuelle behov. Jeg minner om at profesjonell sykepleie går ikke minst på undervisning og administrasjon(s. 214)."</p>	<p>nærmeste pårørende – ektefelle og barn. Det ligger etter min oppfatning et oppdragende aspekt i all formidling av hjelp. Stat, fylke og kommune vil ikke kunne gå inn som mor eller far, sønn eller datter i alle hjem hvor behov for hjelp utenfra måtte melde seg. Jeg våger den påstand at om ikke helse- og sosialvesenet makter å medvirke til en forandring av den holdningen som stadig gjør seg sterkere gjeldene: "Jeg betaler skatt. Det er det offentliges plikt å ta seg av mine problemer" – ja, da</p>	<p>sammen store hjelpebehov og trenger hjelp av HSY, fysio arbeidsterapeut, sosialkurator, sykepleier/prest/andre, legen og hjemmehjelp. I tillegg foreslår han at enten Mor eller Far må slutte i jobben sin og få tilbud om engasjement som hjemmehjelp for besteforeldrene. Sønn og Svigerdatter har mange problemer og</p>	<p>koordinering av fagene = suksess i hjemmet.</p>	<p><b>arlig het, samarbeid og koordinering av de ulike tilbudene? Det kjem pes om primærhelsetjenesten sin status og funksjon i det totale</b></p>
--	--	---	---	---	--	--	--





VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Grimstvedt, H. (1952) Hva kan vi gjøre for å skaffe våre gamle hjelp? <i>Sykepleien</i> . Oktober 1952. 39 årgang. Nr 18. Side.506.	Et debattinnlegg. Mangeårig funksjonær i Sykepleieformidlingen i Oslo. Bestyrerinnen.	For få gamle- og pleiehjemsplasser og for få folk til å stelle med de gamle. De som ikke vil eller får mulighet til å flytte hjemmefra er i en dårlig posisjon. Det er nærmest umulig å få hjelp når man ikke kan klare seg selv. Ber om at NSF gir kurs til de som ønsker å hjelpe gamle både i og utenfor institusjon. Etterspørselen etter slik hjelp har det vært hele tiden, men den har økt de siste årene.	De som bor sammen med døtre som er yrkeskvinner har det adskillig bedre, men de har fortsatt problemene med å være alene om formiddagen.	Nsf erklærer i samme nr at de er villig til å sette i gang kurser for stuehjelp som tar sikte på hjelp i gamle- og pleiehjem.	Datteren har en kjær, men tung byrde da hun må stelle/gi frokost til mor og/eller far før hun går på jobb. Når hun kommer hjem må hun lage middag, gjøre husarbeid.			
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende?</b>	<b>Kjønn?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Kamp?</b>
Lunde, S. (1953) Nye tiltak for eldres helse og velferd i Hedmark. <i>Sykepleien</i> . Mai 1953. Nr.10, årg. 40. S. 294-298.	Fra <i>Socialt arbeid</i> nr. 2, 1953. Fylkeslege.	Vi må forsøke å hjelpe de eldre slik at de kan få være i hjemmene sine. Deres vante miljø og der vil de fleste helst være. En godt ordnet hjemmepleie for gamle har mange fordeler – billigere, et rikt arbeidsfelt for humanitær virksomhet, arbeid for kvinner mellom 40 og 70 år som vil ha stor glede av å hjelpe andre – ”la dem få lov til det”.						

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kamp?
Jordheim, A. (1957) <i>Din Kollega: Menighetssøster Ingunn Bjørgo. Sykepleien</i> . 1957. Årgang 44 (17) s. 414-415	Fast spalte i 1957(om ikke senere) <i>Din Kollega</i> . Intervju der de forteller om arbeidshverdagen sin.	Lite tid, mange pasienter, mangel på bil. Sier ikke noe direkte om hva pårørende bør eller ikke bør gjøre, men de blir nevnt. Har ikke tid til sjelelig omsorg.	Nevner en pasient som har "en snill mann" fordi han hjelper henne med legging om kvelden.	De underviser familier slik at de selv kan stelle sine syke og gamle og sånn at de kan frigi plass til andre pasienter.	Ektefelle, familie.	En mann er "snill" fordi han hjelper konen sin. Kvinner som ønsker å gjøre noe kan gå og besøke ensomme gamle.		
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende?</b>	<b>Kjønn?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Kamp?</b>
<p>Redaksjonen (1960) Redaksjonelt. <i>Sykepleien</i>. 1960. Årgang 47 (4) s. 87 +98</p> <p>Spørsmål og undringer etter gjennomlesning av Retningslinjer for husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie, fastsatt av Departementet for familie- og forbruksaker 15. Mai 1959: Vil pasientens sykepleiemessige behov – deres sikkerhet og trygghet – bli tilstrekkelig tilgodesett ved den ordning som er beskrevet i disse retningslinjer(direkte avskrifts.87)? De reagerer på at det i nemden for virksomheten i kommunene ikke kreves at ett av representantene er autorisert sykepleier. I tillegg reagerer de på utdanningskravene til de som skal utføre hjemmesykepleien og lurer på om de i det hele tatt kan kalles <i>hjemmesykepleier</i> hvis de ikke er autoriserte sykepleiere og mener at man burde bruke <i>hjemmesykehjelper</i> eller <i>samaritt</i> for å ikke forvirre publikum. (direkte avskrift, s.98): Har man sikret tilstrekkelig sakkyndighet i hjemmesykepleien, når det ikke er presisert i retningslinjene at den daglige ledelse av virksomheten skal foreståes av en offentlig godkjent sykepleier?</p>								
<p><u>Redaksjonen v/Aa.L. (Aagot Lindstrøm?) (1960) Mere om hjemmesykepleien. <i>Sykepleien</i>. 1960. Årgang 47(7)s.163</u></p> <p>Referat av samtale med statsråd Aase Bjerkholt og ekspedisjonssjef Bærøe fra departementet. Fra NSF formann Aagot Lindstrøm, styrer Borghild Kessel og forstanderinnen Ragnhild Spilling. NSF uttrykker tilfredshet ved at hjelp ved sykdom i hjemmet settes i system, men at denne</p>								

hjelpen må by på mest mulig faglig trygghet. De påpeker de ting som ble nevnt i teksten over (Redaksjonelt). Deres ankepunkter blir møtt med den pågående sykepleiermangelen og at det ikke er ønskelig å trekke flere sykepleiere bort fra sykehusene.

Haddeland, Kjell (1960) Ad: Redaksjonelt, "Sykepleien" nr. 4, 1960. Sykepleien. 1960. Årgang 47 (9)s.215+219

Usikker på hva/hvem Haddeland er. Men dette er et svar på første innlegg i denne debatten. Mener at det ikke er presisert at den daglige ledelsen skal forstås av off. God. Sykepleier fordi hjemmesykepleien som offentlig virksomhet er i sin spede begynnelse itillegg til at det enkelte steder vil være vanskelig/umulig å få tak i sykepleiere til en slik stilling. Men han tror også at sykepleiere vil komme til å besitte disse stillingene selv om det ikke blir satt frem som et krav fordi det antageligvis faller seg naturlig. De som ikke er off.god.sykepleiere men jobber i hjemmesykepleien, kan fungere mer som hjemmehjelp – rengjøring, matlaging, bading og lignende, men ikke *egentlig sykepleie*. Det må være ok å bruke ufaglært hjelp der hvor pasientene er pleietrengende, men ikke har behov for medisinsk behandling.

Torbjørnsen, R. (1960) Hjemmehjelpsordningen i Tønsberg. Sykepleien. 1960. Årgang 47 (12) s. 284-285.

Leder av hjemmehjelpsordningen i Tønsberg kommune, autorisert sykepleier. Erfaring fra HSY i Danmark. Mener at hvis hjemmehjelpsordningen innebærer hjemmesykepleie (i tillegg til husmorvikarer og hjemmehjelp) er det ingen tvil om at den daglige leder skal være aut. Sykepleier. Først og fremst pga hensyn til pasienten, man må kunne observere pas. Under sykdommens forløp og gi riktig pleie innenfor hjemmets rammer, saklig rapport til lege og sakkyndige og kyndig utførelse av legens ordinasjoner. Samt trenger hjemmesykepleierne en leder som de kan diskutere utfordringer knyttet til arbeidet. Sykepleierelever i Tønsberg får 2 måneders praksis i hjemmesykepleien, en god måte å se mennesket bak pasienten + den sosiale situasjonen rundt han/henne. Hjemmesykepleiere har tatt seg av følgende pasienter: der hvor sykehusinnleggelse kan unngås ved hjemmesykepl. , tidligere utskrivelser fra sykehus blir mulig pga hjemmesykepl. Og de som ellers ville trengt plass på alders- eller pleiehjem. Hjemmehjelp er en god syssel for kvinner i 40-50 års alderen som trenger å fylle dagene. Direkte s. 285: Det er levende arbeid som skal til i marken og ikke kontortjeneste med overhåndstagende skjemaer og statistikker. Settes alle gode krefter inn med hjelp av faglige ledere, kan hjemmehjelpsordningen bli en mer effektiv støtte for syke og gamle og avlaste våre sykehus og gamlehjem. Mange gamle vil kunne få leve trygt i sine hjem bare samfunnet yter dem en liten håndrekning når det trengs.

Redaksjonen? (1962) Hjemmesykepleien. Sykepleien. 1962. Årgang 49(22)s.589

Fredag 2. November var Stortingsmelding nr. 88 om *husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie*, oppe til behandling i Stortinget, som enstemmig og uten særlig debatt gikk inn for de foreslåtte retningslinjer for ny ordning. NSF anmodninger om en annen betegnelse på de uten off.god. og den daglige ledelse av en sykepleier ble ikke berørt i debatten.

Retningslinjer for statsstøttede hjelpeordninger for hjemmene 1 juli 1969

Her ble det bestemt at tilsynet med hjemmesykepleien skal utføres av offentlig godkjent sykepleier (men det sies vel ikke at lederen skal være sykepleier?)

**V. Norsk Sykepleierforbund** henstiller til de offentlige myndigheter at det snarest fremmes *Lov om hjemmesykepleie*. En tilfredsstillende hjemmesykepleie som kan imøtekomme ulike pleiebehov, vil i stor utstrekning kunne avlaste sykehus, sykehjem og pleiehjem. Det vil medføre at betydelige beløp spares på de offentlige budsjett, men først og fremst imøtekomme pasientens ønske om å være i sitt eget miljø når behandlingsformen ikke krever innleggelse i institusjon. Hjemmesykepleier er en offentlig godkjent sykepleier. Man anbefaler at det utarbeides forslag til en *Lov om hjemmesykepleie* som gir klarere retningslinjer for en administrativ struktur som gjør det mulig å samordne de ulike aktiviteter under en faglig ledelse. Administrative stillinger må besettes med offentlig godkjente sykepleiere som har adekvat utdanning. Loven bør fastsette de spesielle faglige krav, den utdanning som kreves for å utøve hjemmesykepleie og retningslinjer for organisasjon av landets hjemmesykepleie(s.394). NSF (1969) Norsk Sykepleierforbund samlet til landsmøte i Stavanger 28-30. Mai 1969 har vedtatt følgende resolusjoner. *Sykepleien*. 1969. Årgang 56 (12) s. 379, 394.

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn?	Doxa?	Kam p?
Thorbjørnse n, Ruth (1969) Hjemmesyke pleie. <i>Sykepleien</i> . 1969. 56. Årgang(14/1 5)s. 448-451	Kåseri og redegjørelse om hjemmesykeplei en holdt av R.T. på NSF's landsmøte i mai 1969.  Fikk Kongens fortjenestmedalj e i gull i september 1985 ( <i>Sykepleien</i> nr.5/86. S.27)	Omsorg for eldre og syke er av de mest fremtredende blant dagens sosiale problemer og det blir færre til å bære byrden pga demografien. Fokus ligger på hvordan hjemmesykepleie kan være en avlastning for institusjonene og for de praktiserende legene. Hjemmesykepleien skal være ledet av en	"en utbygget kvalifisert hjemmesykepleie er først og fremst en menneskelig ordning, <b>det betyr avlastning for hjemmene</b> , for den praktiserende lege, for sykehus og pleiehjem, for den sosiale sektor i kommunen"s.451.	<b>Nb</b> " Vi har her noe å komme med som myndighetene forstår, nemlig den økonomiske faktor. Nasjonaløkono misk betyr en kvalifisert hjemmesykeplei e besparing og for en gangs skyld faller den	Familien blir nevnt innledningsvi s. Det at pasienter ikke får plass på institusjon berører hele familielivet og mange hjem er i en fortvilet situasjon. Det blir ikke	nei	Gaml e og syke er et sosial t probl em som vokse r pga alders amme nsetni	Syke pleie re skal lede drift en av hsy, og skal ha uttal esesr ett i

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		<p>sykepleier og politiske avgjørelser vedr. Hsy må tas på bakgrunn av faglig, helst sykepleiefaglig konsultasjon. HSY skal være tett knyttet til sykehuset for å gjøre overgangen fra sykehus til hjem trygg, men også for at sykepleieren skal få en faglig tilknytning og mulighet for faglig påfyll.</p> <p>Hsy må inn i sykepleierutdanningen både teori og praksis. Og vi må få en LOV om hsy (bare retningslinjer til nå).</p>		<p>menneskelige omsorg for våre syke og gamle sammen med økonomisk besparing” s. 451.</p>	<p>utbrodert noe mer. Spl.elevene får gjennom praksis i hsy mulighet til å se mennesket bak pasienten og de <u>sosiale problemer</u> som kommer i relasjon til sykdom.</p>		<p>ngen. Hsy kan ”redde” sykehusene</p>	<p>politi ske fora vedr øren de HSY.</p>
<p>Dagsland, H. (1971) <i>Hjemmesykepleien og dens muligheter. Sykepleien</i>. Årgang 58 (23) s. 807, 822.                  Etter lesning av Stortingsmelding nr 85: <i>Om helsetjeneste utenfor sykehus 1971 og Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomhet (01.01.72)</i> slår formann Dagsland fast at hjemmesykepleien har kommet inn i fastere og etterlengtede rammer.                  ”En velutbygget sykepleie vil være en av forutsetningene for å anvende sykehusplassene rasjonelt. Det vil sterkt bidra til at sykehuspersonell avlastes – noe som vi i denne tid så inderlig ønsker(s.822)”</p>								
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende?</b>	<b>Kjønn?</b>	<b>Doxa?</b>	<b>Kam p?</b>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Brynhildsen, Liv (1976) Hjemmesykepleien – institusjonens forlengede arm? <i>Sykepleien</i>. 1976. 63. Årgang. (19) s. 1020-1022</p>	<p>Seminar om hjemmesykepleiens ansvarsområde og tilgjengelige ressurser i den totale helse- og sosialtjeneste arrangert av Landsgruppe av sykepleiere i hjemmesykepleien + deres første generalforsamling. Hovedinnlegg på seminarets første dag. Sykepleiesjef i Stavanger.</p>	<p>Hjemmesykepleien er et uutnyttet tilbud som må markedsføres. Det kan være mer enn bare eldreomsorg. Samarbeid mellom ulike faggrupper er viktig for å yte en god tjeneste.</p>	<p>Samarbeid med pårørende er et premiss for at hjemmesykepleien skal fungere. Pårørende har til nå fått for lite oppmerksomhet og omtanke. Innsatsen fra denne gruppen er et elementært element i hjemmesykepleien. Pårørende er samarbeidspartnere .</p>	<p>”God informasjon og etablering av kontakt kan medvirke til en bedre motivasjon hos de pårørende for det ansvar og arbeide det medfører å ha et sykt menneske i hjemmet(s.1022)”.</p>	<p><b>De sosiale forhold</b></p>	<p><b>nei</b></p>	<p>Hjemmesykepleien skal ikke være ”nest best”. Tjenesten må gjøre seg aktuell og relevant i den totale helsetjenesten.</p>	
<p><b>Referanse</b></p>	<p><b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b></p>	<p><b>Hva forstås som problemet?</b></p>		<p><b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b></p>	<p><b>Hvem er pårørende?</b></p>	<p><b>Kjønn?</b></p>	<p><b>Doxa?</b></p>	<p><b>Kamp?</b></p>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Taule, L. (1977) Heimesjukepleien – eit ledd i det totale helsestell. <i>Sykepleien</i>. 1977. 64. Årgang. (9) s. 507.</p>	<p>Innlegg fra et panel under NSF sitt seminar i Bergen mars 1977 av sjukepleiesjef Lars Taule, Bergen.</p>	<p>Klinisk hjemmesykepleie er en kunst (klinisk av gresk kunst), men det skiller seg fra institusjonen ved at sykepleieren er gjesten og pasienten er verten. Pasienten er i sin naturlige sammenheng med familie og nærmiljø. Her er det rom for helhetlig sykepleie, pasienten er en del av en større helhet som man må ta a med i vurderingen, observeringen, organiseringen og koordineringen. Stiller høyere krav til sykepleierens faglighet da en jobber alene og selvstendig, man er "faglig isolert". Hjemmesykepleien bør få en større vekst enn det politikerne forespeiler. Denne virksomhet er i startfasen og har et enormt potensiale.</p>	<p>Pasient- og familiekontakten som man får i hjemmesykepleien er høyt verdsatt av forfatteren.</p>	<p><b>familien</b></p>			
---	---	---	---	------------------------	--	--	--

**KAP 3.2.4.5:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?Hva skal pårørende IKKE gjøre? Hvem er pårørende? Kjønn?	D o x a ?	Kam p?	
<p>Sykepleien (1978) Slik en pårørende ser det: Kvinner – omsorg og samfunn. <i>Sykepleien</i>. 1978. 65.</p>	<p><b>Utdrag av boken "Damenes vals" av Margaret Johansen.</b> Den fikk mye oppmerksomhet da den kom i følge <i>Sykepleien</i> og den skildrer "ikke bare en</p>	<p>"I dag hørte jeg en samtale mellom en av de andre søstrene og en gammel mann. Han sa han gjerne ville beholde sin kone hjemme. – hun er klar, sa han, -men hjelpeløs, og jeg er ennå sterk, jeg vil holde ut en stund til, om jeg får litt avløsning. – Men kjære dem, sa søster, - De som er mann kan ikke påta Dem en slik jobb. De skjønner jo hva <i>den</i> innebærer. – Ja, det gjør jeg vel, sa han, - men likevel... –Langt ifra, sa søster. – Det tar seg ikke ut. Til meg sa hun: De kommer til å angre Dem når De har sendt ham vekk, tenk nå på hva De gjør. De er jo en sterk kvinne. Og slik er kvinner med på gjøre kjærlighet til hat mellom kvinner og menn – kvinner og</p>	<p>"Krister, vår sønn, har bestemt seg for teologien og legger alt i Guds hånd. Og som bekjent – så legger denne det videre i hånden på en kvinne. Det er jo nok å ta av – de går jo bare der og venter på å bli brukt i omsorg for syke og gamle, barn og ektefeller" (..)</p>		



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Årgang. (20) s. 1342-1343+1360.	pårørendes skjebne og vanskjebne, men sier en del om kvinneroller skapt i mannssamfunnet s bilde(s.1342)”.	kvinner. For veien er slett ikke så lang mellom disse to følelser, når kravene blir umenneskelige.	Krister (...) har allerede bestemt seg for å flytte hjemmefra. Det er nok ikke lett å være så nær de praktiske krav om nestekjærlighet(s.1342).		
<p>Anmeldelsen av boken anbefaler den på det sterkeste til de som arbeider i helsesektoren, men også andre menn som kvinner. Mener den gir et verdifullt innblikk i pårørendes perspektiv og deres omfattende rolle som omsorgsgivere og det ansvaret som pålegges dem fra samfunnets side. Trekker frem hennes lange kamp for å få avlastning og at hun opplever at det er kvinnens plikt til å ta seg av mannen sin. Seeberg, Inger (spesialsykepleier)(1978) Fra den pårørendes synsvinkel. <i>Sykepleien</i>. 1978. 65. Årgang. (20) s.1350.</p>					

**KAP. 3.3.3.1:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Jan Bølstad (1985) <i>Hjemmesykepleie: Kommuneheisetjenestens grunnpilar.</i> TANO:	Sykepleier, grunnfag sosiologi + BI. Sykepleiesjef i 1982. Han har skrevet en del bøker til helse-og sosialfag på VGS og til sykepleierutdanningen. Er nå (fra 1985) daglig leder for Faglig Forum for Helse- og	Omfang og kvalitet på pårørendes omsorg er uvisst, men han hevder at omfanget sannsynligvis er stort da det for eksempel i Østfold ikke tilbys HSY etter kl 22. For noen innebærer det	Pleiepersonellet har en tendens til å pålegge familien en ”omsorgsplikt”  HSY kommer ofte inn i tilfeller der familien er ”oppløst”  Det problematiseres at HSY ikke er døgkontinuerlig mtp	Det presiseres at familiemedlemmer ikke har noe juridisk eller formelt ansvar utenom ektefelle.  Pårørende skal ikke få ”diktere” pasientens behov i forbindelse med opprettelse av pleieplan, men	Ektefelle, familie  I forslag til pleieplan er familie, nabo og venner oppført som alternativer under kategorien ”Tilgjengelige ressurser”	Ja, han viser til Wærnes, Martinsen og Sundstrøm som sier at mesteparten av omsorgsarbeidet utføres av kvinner.  Det nevnes også at kvinner er den største og eldste gruppen som mottar HSY på den tiden.

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

	<p>Sosialtjenesten som er en non-profit organisasjon som driver kursvirksomhet. <a href="https://no.linkedin.com/in/jan-bølstad-3397b466">https://no.linkedin.com/in/jan-bølstad-3397b466</a>                  Skrev artikkel om barn i sykehus i <i>Sykepleien</i> da han var sykepleierelev i 1977. Årgang 64, nr. 7 s. 385-87.                  Holdt kurs i NSF sin regi (Landsgruppe av Sykepleiere i hjemmesykepleien)                  Han var kontaktperson til kurset. Nestleder for Landsgruppen i 1984. Kurset het "Hjemmesykepleier en som ivaretaget av klientens behov og rettigheter".                  Prosjektleder for Tiltaksplan for omsorgstjenestene</p>	<p>kontakt eller tilsyn flere ganger i uken eller 24 t-beredskap.                  Pårørende får æren for at mange har hatt mulighet til å bo hjemme frem til den gradvise innføringen av HSY på 70-tallet                  Hvis den private sfæren streiker vil det offentlige omsorgsarbeidet bryte sammen.</p>	<p>pårørende og konsekvensene det får for dem. De må være i 24 t beredskap og de får ingen økonomisk kompensasjon.                   De pårørende som ønsker å bidra/pleie må få tilbud om avlastning da dette arbeidet kan være meget belastende                  Avlastningen skal hjelpe den pårørende å "hente seg inn igjen" eller gjøre det mulig for vedkommende å gå på jobb (dagpasienter)</p>	<p>kan komme med verdifull informasjon til denne.                   Det anerkjennes at det private omsorgsarbeidet er fysisk og psykisk slitsomt</p>	<p>sammen med kommunale hjelpeordningene (hjemmehjelp, ambulerende vaktmester, osv)                   Under vurdering av behov for hjemmehjelp ser boken det som nødvendig at mannen trår til hvis konen er den som er satt ut av spill.                  (..) i ytterste konsekvens skal alle enslige menn få hjelp av hjemmehjelp hvis man tillater husmorvikar/hjemmehjelp</p>	<p>Eldre menn bør læres opp til å stelle hus, lage mat, av hjemmehjelpen, SELV om det kan være en vanskelig oppgave å lære en gammel mann opp til å gjøre slikt.</p>
--	--	---	---	--	---	--

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

	<p>i Sosialdepartementet i 1988. Bølstad (1988) Sykehjem eller hjemmebasert omsorg? <i>Sykepleien</i>. Årgang 76 (4) s. 6-8.</p>			<p>fordi konen ikke kan en periode. (Er dette nytt på 80-tallet?)</p> <p>Nettverk tas med i betraktning når man vurderer hjemmehjelps behovet.</p>	
<p><b>Annet:</b> Usikker på om denne har vært på pensum i sykepleierutdanningen, men den er både teoretisk og praktisk noe som kan tyde på at den er rettet mot sykepleierutdanningen selv om det ikke står skrevet, men det nevnes at den kan være nyttig for sykepleiere på administrativt og praktisk nivå og sykepleierstudenter. Mulig at den er rettet mot hjelpepleiere også.</p> <p>Tar for seg hjemmesykepleiens historie frem til 1985, den organisatoriske plassen til HSY. Den går også helt konkret inn på hvordan man skal drive og organisere hjemmesykepleien. Han har mange meninger om hvordan det bør være, mulig det samsvarer med at hjemmesykepleien var i en etableringsfase som offentlig og lovpålagt tilbud.</p>					
<p>Bølstad, J. (1986) En samlet pleie- og omsorgstjeneste. <i>Sykepleien</i>. Årgang 73 (1)s. 16-19+23.</p>	<p>Sykepleiesjef Jan Bølstad. "tar i boken "Hjemmesykepleie. En grunnpilar i kommunehelsetjenesten" for seg hjemmesykepleiens organisatoriske plassering, administrative gjøremål og arbeidsoppgaver. Artikkelen utgjør et kapittel i boken som utgis på TANO-forlag. Siden jeg har gått gjennom boken og dette er en gjengivelse av et kapittel velger jeg å ikke gå gjennom denne artikkelen, men det må nevnes at kjønnspektivet og forventinger til pårørende blir nevnt. Fra over: Pleiepersonellet har en tendens til å pålegge familien en "omsorgsplikt" han presiserer også her at pårørende ikke har juridisk plikt.</p>			<p>Boken får varierende mottakelse. Anmelder i <i>Sykepleien</i> nr 4 i 1986 s. 36 mener den er varierende i kvalitet og innhold. Vurderes ikke som en lærebok, men en beskrivelse av hjemmesykepleiens virke, organisering, historie og administrering. Kritikkk kommer også fra helsesøster i et innlegg i samme nummer s.31.</p>	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Anne Iversen <b>(1986)</b> <i>Hva gjør vi i hjemmesykepleien?: Om det å gi og få hjelp hjemme.</i> TANO: Oslo	Sykepleier da boken ble skrevet med utgangspunkt som sykepleier i hjemmesykepleien. Støttet av leder for Oslo Helseråd, som ble intervjuet i NRK TV. To års vikariat som assisterende sykepleiesjef i hjemmesykepleien i Oslo (Iversen, 1985)	Pårørendeomsorgen bidrar til underreportering av det reelle behovet i samfunnet. De pårørende sliter seg ut og gir sannsynligvis ukvalifisert pleie. Mangel på sykehjemsplasser gjør at "tunge" pasienter" blir hjemme for lenge og sliter ut sine pårørende. Samfunnet er avhengig av den jobben de pårørende gjør. Pårørende krever tid av HSY. Samspillet med de pårørende er som regel godt og de må støttes og hjelpes slik at de kan	Avlastningsopphold gir pårørende mulighet til "en etterlengtet ferie med ektefelle og barn" "Kontoret for eldreomsorg(i oslo)" arrangerer pårørendekurs for pårørende som utfører pleieoppgaver i hjemmet. Lærer pleie, løfte, sykdomslære og aktuelle hjelpetilbud.  Pårørende har et naturlig ansvar og en forpliktelse overfor sine nærmeste.  De pårørende føler på ansvar og av og til med konsekvenser	Ulike tolkninger av pasientens tilstand blir gjort av pårørende og pleiepersonellet, noe som kan føre til potensiell konflikt.  Det må gis rom for at pårørende ikke kan yte "alt", man må vurdere hver enkelt, spesielt barn som i tillegg har ektefelle og barn. Pårørende skal ikke overlate "alt" til HSY, de skal få hjelp, avlastning, råd og veiledning. De pårørende bør slippe de vonde følelsene/relasjonene til pasienten. HSY skal hjelpe slik	I vid forstand de som står pasienten nær, familie, nabo og venner. Pårørende blir nevnt som en "del" av pasienten i forbindelse med kriterier for tildeling av HSY. (...pasient og pårørende)  Ordene "pårørende" og "sliten" står ofte sammen. Barn er en ressurs (med forebehold), ektefelle og søsken blir mer en "bipasient" da de også er gamle, men de	I forbindelse med et eksempel fra praksis: En mann sliter seg ut på konen, men nekter å motta HSY, forventer sykehjemsplass.  "tre slitne døtre"  Oppofrelse er sterkt forbundet med døtre, men også av sønner som har vært enebarn av sterk mor. Omgivelsene har en tendens til å dømme pårørende som ikke tar ansvar, spesielt døtre, men forfatteren fremhever ulike årsaker som rettferdiggjør dette.

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		<p>fortsette å være den uunnværlige ressursen som de er.</p>	<p>for deres fysiske og psykiske helse. Det presiseres at den eldre har ansvar for seg selv. Vi har forpliktelser overfor våre gamle, men vi skal ikke være for raske med å dømme de som trekker seg unna.</p> <p>De pårørende må få være med på å avgjøre om pas. Skal dø hjemme eller på institusjon. Og bør få oppfølging etter dødsfallet.</p>	<p>at de slipper aggresjon/mas/klagning/misnøye og konstant selskapsbehov. En balanse mellom avstand og kontakt mellom generasjonene vil hjelpe forholdet dem mellom. Følelsene mellom pasient og pårørende er avgjørende for om de bidrar/er tilstede. Mer en geografiske forhold. Pårørende kan stå i veien for tilrettelegging av sykepleiernes arbeidssituasjon De trenger trøst og støtte i forbindelse med dilemma bo hjemme vs. institusjon der tvilen er sterk</p>	<p>skal ikke få hjelp hvis de ikke er "fattet vedtak". Naboer lar seg lett utnytte og stiller ofte urimelig krav, men fortjener avlastning på samme måte som andre pårørende.</p> <p>Pårørende er potensielle pasienter – noen er fysisk og psykisk slitne og står i fare for å bli hjelpetrengende .</p>	
--	--	--	--	--	---	--

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Solheim, M. (1996) <i>Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie</i> . Oslo: Universitetsforlaget.	Sykepleier med videreutdanning, usikker på hva.	Et eget kapittel "Familien/det sosiale nettverket"(s.135-155). Graden av hjelp og støtte fra familien varierer. Uavklart ansvar og rollefordeling mellom fagfolk, velferdsstat og familien. Man unngår formelle avtaler mellom den formelle og uformelle omsorgsgiveren for at det (i noen tilfeller) skal oppleves som valgfritt. Pårørende kan være et positivt og negativt element, samt et positivt og negativt element for pasienten. De fleste som yter omsorg til en man er pårørende til ønsker at vedkommende skal få bo hjemme og opplever det som positivt å kunne hjelpe selv om det går utover ens frihet. Gode familieforhold gjør det godt å gi	Pårørende utøver en kombinasjon av praktisk hjelp, sosial kontakt og emosjonell støtte. Emosjonell, informativ og materiell støtte (Hanson,1990). Hjelpebehovet skal vurderes utfra helheten, der familien er inkludert. Men familien skal ikke måtte være redd for at hjelpeapparatet skal trekke seg	Den formelle og uformelle omsorgen kan fungere som supplerende enheter og/eller som erstattende der den ene erstatter den andre. Den offentlige omsorgen skal tre inn der omsorgsoppgavene vokser utover det som er <u>naturlig</u> og mulig for pårørende. Hjemmesykepleien må alltid vurdere og ta hensyn til om	Familien som medarbeidere, mottakere av hjelp, kritikere og risikogruppe for helsesvikt. Familien blir også nevnt som opphav til konflikt og misbruk. <i>Ektefeller</i> yter omsorg som "hjelp til selvhjelp" for å opprettholde pakt og fellesskapet dem i mellom. Som oftest eldre mennesker som	Svigerdøtre på bygden har ofte et stort ansvar, de må hjelpe de eldre i familien i tillegg til arbeidet på gården, pga tradisjonelle omsorgsmønstre. Kvinner gjør mer og mer omfattende ting enn menn. Grad av hjelp fra døtre øker med grad av hjelpebehov, mens sønner hjelper uavhengig av det(praktiske ting). Den psykiske belastningen er størst for døtre, bekymring og dårlig samvittighet-

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		<p>omsorg samt å gi tilbake. Pårørende kan får psykiske og fysiske belastninger. Ansvar tynger og man kan slite med dårlig samvittighet. I tillegg er det vanskelig å se en av sine nærmeste bli mer og mer redusert. Problematiserer det med å "formalisere" den uformelle omsorgen ved hjelp av skriftlige avtaler/kontrakter. Pårørende selv ønsker ikke det, de ønsker heller en kontrakt mellom det offentlige og pasient. Pårørende trenger avlastning i form av avlastningsopphold og/eller dagsenter eller avlastning i hjemmet. Støttekontakt eller "besøksvenn". Omsorgslønn bør også brukes som "hjelpemiddel" for å støtte pårørende sin innsats. Men tilbudet varierer i de ulike kommunene og det er varierende om pårørende ønsker å motta omsorgslønn. Sykepleier må informere om det, spesielt i tilfeller med omfattende pleieoppgaver.</p>	<p>ut fordi familien legger en stor innsats i å hjelpe pasienten.</p> <p>Kommer egentlig ikke med noen normativ beskrivelse av hva pårørende skal/ikke skal gjøre, men skriver om hvordan det er ulikt hva de påtar seg og støtten må varieres etter det.</p>	<p>familien er overbelastet med oppgaver. Pårørende bør få undervisning/informasjon om pasientens sykdom/tilstand og pleietiltak, men det betyr ikke at de skal overta pleieoppgavene som hjemmesykepleien er faglig ansvarlig for. Familie skal være familie og ikke "behandler". En klientisering av familieforholdene kan føre til rollekonflikter og umyndiggjøring av den eldre hjelpetregende. Pårørende må unngå å føle for mye ansvar for den hjelpetregende</p>	<p>selv har/får helseproblemer. <i>Barn</i> må også ta hensyn til egne barn, ektefelle og jobb. De bor som oftest ikke sammen og vil derfor ha en mindre rolle enn en ektefelle, men fortsatt omfattende og jevnlig. <i>ffjernere slekt, venner og nabo</i> –ofte et mer uavklart rolleforhold og uvisshet rundt hva en kan forvente av hjelp og engasjement</p>	<p>HSY må hjelpe disse med å sortere og finne ut hva som er viktigst og eventuelt yte mer hjelp for at datter kan gi fra seg ansvar/byrde. Middelaldrene døtre står i et krysspress som mor, bestemor, ektefelle og datter. Menn har klarere grenser for sin omsorg, både praktisk og emosjonelt.</p>
--	--	---	---	--	--	---

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

				og med det ta fra han/henne deres autonomi og oppfattelse av seg selv som ansvarlig og myndig menneske. Dette må sykepleieren forsøke å adressere hvis skjer.		
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Birkeland & Flovik (2011) Sykepleie i hjemmet. <b>AKRIBE.</b> (2.utg i	Birkeland <sup>15</sup> Anne Marie Flovik <sup>16</sup> .	Pårørende er ofte en avgjørende faktor for om pasienten skal få bo hjemme eller ei. Dialog er viktig. Man kan komme i dilemma der man står mellom hensyn til at man er i pårørende (og pasient) sitt hjem og behovet for	Pårørende føler mer ansvar for pasienten hvis den bor hjemme i motsetning til institusjon. Men man må være var overfor hva det er rimelig å kreve av pårørende og hvor mye de vil gjøre. Pårørende som påtar seg omfattende	Pårørende er en uensartet gruppe pga forskjeller i relasjoner og ressurser. HSY må være var for dette. Ektefeller som har store omsorgsoppgaver trenger ekstra støtte og forsikring om at de gjør en stor innsats. De står		Nevner at det er spesielt koner og døtre som påtar seg omfattende omsorgsoppgaver. Viser også til en studie om mannlige ektefeller som påtar seg omsorg for demente. Menn er opptatt av å klare seg

<sup>15</sup> er sykepleier m spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie og sosial- og helseadministrasjon. Hovedfag i helsefag med sykepleievitenskap som spesialfelt fra UIB. Vært leder for hjemmetjenesten i Sveio og daglig leder ved Stølen Psykiatriske senter. Førstlektor Høgskolen Stord/Haugesund

<sup>16</sup> Kreftskykepleie, embetseksamen fra Institutt for sykepleievitenskap ved UIO. Leder og spl ved Det Norske Radiumhospital, leder for hjemmebaserte tjenester i Bærum kommune. I 2011 ansatt som spesialrådgiver i NSF, samfunnspolitisk avdeling.



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>2014 på Cappelen Damm Akademisk, etter oppkjøp av Akribe fra NSF)</p>		<p>tilrettelegging av arbeidssituasjonen mht. Arbeidsmiljøloven.</p> <p>Skriver mest om det å være pårørende for demente.</p> <p>Omsorgslønn nevnes også.</p>	<p>omsorgsoppgaver sparer samfunnet for store utgifter. De gjør alt de kan for at de syke skal leve et tilnærmet normalt liv.</p> <p>"i en travel hverdag finnes det eksempler på at hjemmesykepleien presser på for at pårørende skal ta større deler av arbeidet, mens pårørende gjerne ønsker mer avlastning" s.151.</p>	<p>også i fare for å bli utslitt.</p> <p>Presenterer tiltak for at den pårørende skal "holde ut lengre": pårørendeskoler/nettverk, avlastning, undervisning/informasjon og omsorg. Pårørende kan ha problemer med at HSY ikke kommer til avtalt tidspunkt og at kvalitet og person (utdanning m.m.) varierer.</p>		<p>selv og ikke fokusere på at belastningen er stor. Har en instrumentell tilnærming, begrunner innsatsen i etisk forpliktelser og lojalitet.</p>	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
<p>Fjørtoft (2016) Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter.</p>	<p>Ann-Kristin Fjørtoft Høgskolelektor og veileder av sykepleierstudenter i HSY-praksis</p>	<p>I hjemmesykepleien møter vi pasienten i deres sosiale kontekst. Vi møter ulike familieliv og noens sykdom påvirker hele familien. Familier er ulike og ofte annerledes enn oss selv. Vi må respektere det og ikke spekulere i årsaker eller dømme hvis</p>	<p>Pårørende er betydningsfulle for pasienten og dens situasjon, er en person med egne behov, og en samarbeidspartner. Omsorg for pårørende er forebyggende slik at de kan fortsette å være en ressurs for</p>	<p>Rettslige begrensninger er nedfelt i taushetsplikten og pasientens selvbestemmelsesrett. De pårørende skal stå for en supplerende omsorg og ikke erstatte den</p>	<p>Ektefelle, foreldre, barn, nabo, venner, slekt Viser til pasient og brukerrettighetsloven (den som pasient utnevner</p>	<p>Kvinner står for den største andelen som yter uformell omsorg. Viser til studier som sier at pårørende har omfattende og til tider helseskadelig ansvar. Sykepleieren må</p>	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p><b>FAGBOKFOR LAGET</b></p> <p>3. utgave. (får ikke tilgang til 1 utgave på nb.no) Kap. 4. De pårørende og det sosiale nettverket</p>		<p>familieforholdene virker unormale. Skriver at ansvaret har gått fra å være familiens til å bli delvis overtatt av velferdsstaten og for så å de siste tiårene bli mer vektlagt som en del av den samlede hjelpen til hjemmeboende. Forklares pga økt press på det offentlige.</p> <p>Familien kompenserer for det det offentlige ikke gir. Skriver om hvordan det er å være pårørende til ulike pasientgrupper; slagrammede, psykiske lidelser, demens, alvorlig syke og døende.</p> <p>Sykepleien i hjemmet må ha et familieperspektiv. Pårørende må sees på som en ressurs og inkluderes samt være mottaker av støtte,</p>	<p>pasienten. Pårørende er viktig i HSY fordi de er omsorgsyttere, samarbeidspartnere og viktig for at pasienten skal kunne bo hjemme. Viser til lovverket som sier at HSY skal inkludere de pårørende ved å gi omsorgsfull hjelp, informasjon, undervisning, veiledning og tilrettelegge for medvirkning. De er også informanter.</p>	<p>offentlige omsorgen. De skal ikke stå med ansvaret alene. Det er avgjørende at den offentlige hjelpen kommer inn med sin kompetanse, hjelp og avlastning (i samarbeid selvfølgelig). Ansvarsfordeling en mellom formell og uformell omsorg må avklares.</p> <p>For barn kan det være vanskelig fordi de har forpliktelser for egne ektefeller, barn evt. Barnebarn og andre sosiale forpliktelser i</p>	<p>som pårørende) Fjerne slektninger, venner og naboer kommer ofte inn som pårørende når brukeren ikke har nær familie. Forhold som er preget av frivillighet.</p>	<p>ha forståelse for situasjonen og ta hensyn til den pårørende og "invasjonen" av deres hjem. Peker på noen studier som sier at det er forskjell på hva sønner og døtre bidrar med, i noen tilfeller bidrar døtre mer og sønner med mer praktisk. Presiserer at barn ikke har juridisk ansvar.</p>		
---	--	---	--	--	--	---	--	--

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		informasjon, oppmuntring og avlastning. Sykepleieren må også være bevisst på at pårørende kan være en belastning		tillegg til et arbeidsliv. "Yngre mennesker skal slippe å "ofre" seg for belastende omsorgsansvar for hjelpetrengende eldre" s.107				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KAP 3.3.4:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Rostøl, Sverre(1980 )Ulønnet arbeid er også arbeid: Eldreomsorg og eldres omsorg. <i>Sykepleien</i> . 1980. 67. Årgang. (16) s. 19-21.	Rostøl – journalist Daatland kjenner vi. På daværende tidspunkt ansatt ved Norsk gerontologisk institutt, forsker cand. Psychol.	Intervjues om en undersøkelse som han utfører som skal kartlegge det aktive omsorgsarbeidet som eldre utfører som ikke blir ansett for å være <i>arbeid</i> . Dette arbeidet anses av forskeren som en uopdaget ressurs	Størsteparten av d eldre er ikke slik de blir fremstilt i media, mange er oppegående og lever aktive liv der de hjelper andre gjennom frivillig virksomhet. I tillegg hjelper de også de yngre generasjonene i familien.		Det blir ikke problematisert, men flesteparten av de frivillige (som gjorde dette arbeidet som samfunnet ikke anså som arbeid) utføres av kvinner	

**KAP 3.3.4.1:**

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Leder(1988) I tillit til de eldre. <i>Sykepleien</i> . Årgang 76 (3) s. 3.	Redaktør Berit Onarheim	Helsevesenet har problemer med å ta seg av de eldre sine behov for helse- og omsorgstjenester. Økonomisk innsats må til, men vi må også se på innholdet i tjenestene. Sykepleietjenesten må bidra med nytenkning. Det sees ved fokus i sykehjem og sykehus på rehabilitering av eldre sånn at de klarer mest mulig selv og ikke blir ”passive pleiepasienter”. Egenomsorgsbegrepet forklarer hvorfor det er viktig å klare seg selv. (ta det med i historisering, se om du finner kilder). Vi må se mulighetene til de eldre og tro på at de finnes. ”Rehabilitering kan bidra til å redusere kapasitetsproblemene i helsevesenet, og vil også kunne gjøre eldreomsorgen enda mer spennende”.			IKKE NEVNT	Sykepleiens innflytelse på eldreomsorgen?  Det beste er å klare seg selv og være uavhengig av andre.
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Lysaker, A. M. & Thune, R. M. (1986) Noe å lære? Nye initiativ i dansk eldreomsorg. <i>Sykepleien</i> . Årgang 73 (14)s. 32-33.	Anne Marie L. er avd. Leder i hjemmesykepleien i Lillehammer Runa Malme T. Er styrer ved Busmoens Boligstiftelse.	Summerte inntrykk fra Nørager kommune i Danmark der de eldre lever lengst av alle kommunene i Danmark. Det er et eksempel på en modernisert eldreomsorg med brukermedvirkning og minst mulig sykehjemsplasser og mest mulig hjemmepleie. Selvtillit, selvrespekt og egenomsorg. De har pensjonistforeninger, eldrekommissjon og ”eldredebatt”. Man jobber med et positivt syn på alderdommen, ser på den som en prosess med ulike ledd der hver av leddene gir mulighet for inngripen og forbedring.				Det er best å bo hjemme lengst mulig, sykehjem er en onde

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Østby, B. A. (1988) Frikommuneprosjektet. Planane i dag avgjer eldreomsorga for framtida. <i>Sykepleien</i> . Årgang 76 (15) s. 4-7. JOURNALIST		Viser til Sund kommune på Sotra som foregangskommune i "frikommuneprosjektet" der det satses på den "åpne omsorgen". Det vil si økt bruk av hjemmetjenester og aktivitets- og rehabiliteringstilbud.				
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
Østby, B. A. (1989) Organisering . Delt ansvar under felles ledelse. <i>Sykepleien</i> . Årgang 77 (1) s. 34-36.	Reportasje og intervju med pleie- og omsorgsleder i Asker kommune – Randi Weme. Hun har utviklet et forslag til oppbygging av pleie og omsorgsfunksjonen i en større kommune i forbindelse med sine studier ved Senter for helseadministrasjon ved UIO.	Økonomiske- og demografiske kriser skal ikke gå ut over helse- og sosialtjenesten i kommunene, man må bare tenke nytt og omorganisere tjenesten. Foreslår som alle andre en kombinasjon av institusjonspleie og åpen omsorg der hovedmålet er rehabilitering og gi hjelp til selvhjelp. "Et hovedmål bør være at ingen får fast plass på institusjon før man har prøvd en kombinasjon	Omtrent halvparten av omsorgen for de eldre blir utført av det private nettverket. Dette må opprettholdes. Samarbeid med dette nettverket bør være en sentral del av tjenesten sine oppgaver. Frivillige organisasjoner må også tas med i samarbeidet for at den offentlige tjenesten kan utnyttes best mulig.	Kommunen bør gå inn for å støtte og avlaste pårørende som har omsorg for eldre. Her må institusjonene inn i bildet for avlastningsopphold, korttidsopplegg og rehabilitering.	Det private nettverket.  nei	Løsnin gen på "kriser" i eldreomsorgen er omorganisering av tjenesten fra institusjonspleie til en

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		av korttidsopphold med aktiv rehabilitering og hjemmesykepleie”s.34. bo og aktivitetssenter i stedet for syke- og aldershjem						komb o med rehab	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?			
Østby, B. A. (1990) Brukeren tas på alvor. <i>Sykepleien Journalen</i> . Årgang 78 (8) s. 9-10.	Intervju med Lilly Teigen, leder av Eldrerådet i Ål kommune og pleie- og omsorgssjef Arild Nilsen. Begge med i styringsgruppen for den fremtidige pleie- og omsorgstjenesten i Ål kommune.	Det ideologiske grunnlaget for helsetjenesten til eldre i kommunen skal endres og skal nå være ”bort med ”eldreomsorg” og inn med ”tjenester til hjelpetrequende”. S.9. De skal med de samme ressursene prioritere annerledes og det ut fra ideologi. Fra problemfokus til ressursfokus. Brukerorientert tjeneste.	Hjemmet skal være basen for tjenesten. Og når man blir innlagt på sykehjem skal det også være et ”hjem”. I stedet for skjermede enheter(som er uverdige, ”segregering”) for demente skal disse være hjemme og gå på dagsenter (avlastning for pårørende).	Avlastning skal også innebære tilbud om nattplasser.	nei	Det er best for pasienten å være hjemme.	Tjenesten skal være bedrøvelig og mer verdig, men man skal ikke bruke flere ressurser.		
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?			

<p>Fonn, M. (1993) Brukerne først... <i>Sykepleien Journalen</i>. Årgang 81 (14) s. 10-11.</p>	<p>Intervju med pleie og omsorgssjef Synnøve Dale Seljeseth i Hurum kommune.</p>	<p>Kommunene har omorganisert pleietjenesten. Lagt ned 50 sykehjemsplasser (14 igjen) 80 trygdeleiligheter, seks bofellesskap, rehabiliteringssenter og sterkt utbygget hjemmetjeneste. Viktig i følge synnøve å jobbe med ideologi og holdninger.og endringer</p>	<p>”Ideologien er at alle har ansvar for sitt eget liv. Samfunnet tar ikke over styringen fordi om mor bor i bofellesskap eller trygdebolig. Brukerne bestemmer hva de vil ha av hjemmetjenester, som de betaler for, etter evne. En tjenesteavtale skal gjøre forholdet mellom brukerne, kommunen og pårørende klarere og mer forpliktende. I den skal det stå hva de enkelte parter forplikter seg til. Avtalen er ikke juridisk bindene. Men den gir trygghet og gjør klart hva man kan forvente av hverandre” s.10. Seljeseth er ikke bare lei seg for kommunens dårlige økonomi. – Den har vært en velsignelse. Hadde det ikke vært for den, hadde vi ikke fått til den siste omorganiseringen. Dårlig økonomi kan være med på å fremme endringsprosesser til en mer moderne omsorgstjeneste.</p>	<p>Helsetjenesten deres er brukeroorientert</p>
<p><b>Østby, B. A. (1995) Modell for framtidens eldreomsorg. Lovprist av politikere – slaktet av forskere. <i>Sykepleien Journalen</i>. Årgang 83 (13) s. 6-7.</b> Omorganiseringen i Hurum kommune ble evaluert av Senter for samfunnsforskning ved UIB av Sturle Næss og Kari Wærness på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet. Forskerne trekker frem følgende trekk som er kritikkverdige: ideologien som ligger til grunn for omorganiseringen (brukerorientert – som kan stille krav, men også stilles krav til, tjenesteavtalen kan oppleves som juridisk bindene for brukeren), at sykehjem gjøres om til trygdeboliger fører pasientene inn under en annen lovgivning som har lavere krav til medisinsk oppfølging og finansiering av medisiner og utstyr, rehabiliteringsideologien går på bekostning av omsorgsideologien, den økonomiske situasjonen som drivkraft til å omorganisere, sterke forventninger om lojalitet til omorganiseringen fra lederne sin side, den nye modellen dyrere i drift enn den gamle.</p> <p><b>Østby, B. A. (1995) Ideologiske og grunnløse påstander/Ressurscenteret for omsorgstjenester: Et ideologisk begrunnet bakholdsangrep/Norsk sykepleierforbund Advokat for de sykeste eldre. <i>Sykepleien Journalen</i>. Årgang 83 (13) s. 8-11</b> Seljeseth mener det er økonomien og ikke modellen som er problemet i Hurum. Kan si seg enig i at de har få institusjonsplasser (med de får snart to nye bofellesskap), bemanningen er for lav og avstand mellom leder og ”gulvet” er for stor, omorganiseringen har gjort at medarbeidere har gitt uttrykk for uttrygghet. Mener kritikken av brukerbetegnelsen og tjenesteavtalen er grunnløs og latterlig. Mener at det ligger mye omsorg i rehabiliteringsideologien. ”Ottar Vist og Eva Botten understreker at Hurum kommune ideologisk sett er helt på linje med Ressurscenteret (for omsorgstjenester) og de signaler som er kommet fra staten gjennom offentlige utredninger, meldinger og regjeringens handlingsplaner. Ressurscenteret framhever da også ofte Hurum som den kommunen her i landet som har kommet lengst i å tilby bolig som alternativ til institusjonsplass” s.9.</p>				

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Glad, Åshild & Hamran, Torunn (1983) Sykepleiermangelen i eldreomsorgen. <i>Sykepleien</i> . Årgang 70 (13)s.9-11+18.	Lærer ved Røde Kors Sykepleierskole i Nord-Norge og lærer ved helsesøsterutdanningen, avd. For helse- og sosialfag, Universitetet i Tromsø.  "I sykepleiers profesjonaliseringskamp blir det å ha kontroll med omsorgsmarkedet viktig, samt å fagliggjøre eldreomsorgen og ikke miste den som sitt område(s.10)" Denne fagliggjøringen fokuseres på	Problematiserer at NSF's (lokale krets) løsning på sykepleiermangelen i Nord-Norge er å utdanne flere. En kortsiktig løsning. Mener problemet ligger i statusen til eldreomsorgen og pleie og omsorg i seg selv. Sykepleierne forsøker å fremheve eldreomsorgen som viktig og interessant, men den er (i praksis) preget av faglærte og ufaglærte i stillinger der de kommer faglig til kort, opplever fysisk og psykisk slitasje, lite respekt og selvrespekt da helsetjenesten internt og samfunnet ikke verdsetter arbeidet deres. Den (offentlige) faglige interessen for eldreomsorgen	Skriver i en bisetning at "hvis det offentlige skal dele ansvaret" for de pleietrengende med familien (..) Familiene får ikke nok hjelp til å utføre omsorgen i hjemmet og derfor ender pasientene på institusjon.	Når familien ikke får tilstrekkelig hjelp til omsorgsarbeidet i hjemmet økes presset på institusjonene. Sykepleiermangelen har ført til at pårørende har måttet strekke seg lengre og nå holder strikken på å ryke. De som ikke har familie tar opp plassene på sykehjem.	<b>Ektefeller, familie. Hustru og døtre.</b>	<b>Ja,</b> nevner at hos kvinner er det sterke moralske føringer om å utøve omsorg. Det er på en måte en del av kvinnen's identitet – å skulle være eller gjøre noe for andre.		Om pleie og omsorgs plass i sykepleiefaget. Vedlikehold vs. reoperasjon. Det kjempestommidlene for å bedre



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

	friske eldre som lar seg behandle eller rehabiliterer, på den måten blir det en attraktiv faglig vei å ta, samtidig som den ekskluderer pleie og omsorg og fører denne delen av faget lengre ned på rangstien.	gjenspeiler sannsynligvis ikke en interesse for å utføre omsorgen. Politisk ser man et økt fokus på ansvar for egen helse – egenomsorg, og et mindre fokus på det offentliges ansvar. Egenomsorg har blitt et veletablert begrep i sykepleie. De viser til H. Alvsvåg som har påvist at begrepet slår negativt ut på de pasientgruppene som ikke kan "repareres".				Usikker på dette er en problematisering, men velger å tolke det slik (forsiktig).	sykepleie dekning i eldre omsorgen. Og andre midler for å øke eldre omsorgens status.
<p>" hvis en av de uheldige virkninger av for eksempel profesjonalisering av sykepleien kan være at mange pasienter i enda større grad enn nå må klare seg selv og omsorgsgivere sliter seg ut, blir spørsmålet om vi innen sykepleien bare kan kreve <i>mer av det samme</i> eller om vi må arbeide for <i>en annerledes sykepleie</i>. Det kan også være at begge faktorer må til for å møte de eksisterende og kommende problemstillinger.(s.10)" Sykepleie er "terapi" og skal resultere i bedring. Man skal kunne vise til objektive mål for vel utført sykepleie.</p>							
<b>Referanse</b>	<b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b>	<b>Hva forstås som problemet?</b>	<b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b>	<b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b>	<b>Hvem er pårørende?</b>	<b>Kjønn? Doxa? Kamp?</b>	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Sæther, Margrete (1983) Eldreomsorg og den offentlig "nytenkning". <i>Sykepleien</i>. Årgang 70 (14)s.6-10, +21.</p>	<p>Sykepleier og sosiolog. Bakgrunn i hjemmesykepleien. Forsker ved Norsk institutt for sykehusforskning med eldreomsorg som felt.</p>	<p>Økonomiske besparelser fra politisk hold kamufleres som "til det beste for pasienten". Institusjonene skal bygges ned og pleien skal foregå i hjemmet, til det beste for pasienten og i en samfunnsøkonomisk favør. Nedgangstidene fører til en omfordeling av ansvaret fra institusjon til primærhelsetjeneste. Før var premisene "vi overtar problemene for deg" til nå "vi er der når du trenger oss". Institusjonene forsterker problemene til de eldre – pleie i hjemmet løser de.</p>	<p>Mange pårørende er i "beredskap" hele døgnet på grunn av den dårlig utbygde hjemmesykepleien. Fremhever at det er lite kunnskap om hva det gjør med de pårørende. Behovet for sykehjems plasser ser ut til å være størst i byene. Dette forklares ved at avstanden til pårørende er større og at det er bedre arbeidsmuligheter for kvinner, dette gjør at omsorgen blir vanskelig å ivareta hjemme (den er m.a.o. helt avhengig av de pårørende).</p>	<p>Iveren etter å få overført omsorgen til hjemmet kan skape problemer for de omsorgstrengende og omsorgsgiverne. De får ikke den hjelp de har krav på p.g.a. hjelpeapparatet ikke var tilstrekkelig utbygget og fordi omsorgsgiverne ikke fikk den avlastningen de hadde behov for.</p>	<p><b>familien</b></p>	<p>Ja, fokuset på å overføre omsorgsoppgaver til hjemmet vil føre til økt press på kvinnelige pårørende</p>		
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
<p>Alvsvåg, H. (1983)</p>	<p>Sier seg enig i artiklene av Sæther og Glad &amp; Hamran og tar opp den samme problematikken. Både politikere og helseprofesjoner må ta ansvar for å bedre omsorgen for de eldre.</p>							

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Sykepleien og krisen i eldreomsorgen. Sykepleien. Årgang 70 (18)s. 6-9.</p>	<p>Sier også klart og tydelig at staten overfører ansvaret for de gamle til det private.</p>							
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
<p>Birkeland, A. (2014) Rehabilitering. Aktiv mestring i hjemmesykepleien. Sykepleien 2014 102(3)(44-47)DOI: <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0023">https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0023</a></p>	<p>Se over. Har skrevet bok om hsy. I artikkelen kan man finne ulike agenter: sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, lege, pårørende, bruker. Det oppfordres til å øke tverrfaglig samarbeid.</p>	<p>Argumenterer for <i>hverdagsrehabilitering</i> og at det må få større plass i hjemmesykepleie(faget). Det skal være med på å gjøre brukerne mer uavhengige og mindre hjelpetrevende. Og det skal skape trivsel for de som jobber i hjemmesykepleien. Aktivisering og egen mestring av hverdagen. Jeg tolker det sånn at hverdagsrehabilitering handler om at sykepleier alltid skal vurdere rehabiliteringspotensial</p>	<p>Pårørende må være med på å planlegge rehabiliteringsprosessen for at det skal være realistisk å få det gjennomført.</p>		Pårørende	Nei	Rehabilitering er bra for brukere, ikke bare økonomisk. Økonomisk oppmerksomhet?	Rehabilitering må få faglig og politisk/økonomisk oppmerksomhet?

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		et hos bruker som en del av den nødvendige og lovpålagte helsehjelpen.						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KAP 3.3.4.2:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Otterstad, Hans Knut (1981) Hjemmesykepleien i Østfold: Om rekruttering og samarbeidet med primærlegene. <i>Sykepleien</i> . 1981. 68. Årgang. (5) s. 6-8.	Assisterende fylkeslege i Østfold.	Undersøkelse om hvordan samarbeidet mellom hjemmesykepleie og primærlege fungerer i Østfold. Det fungerer dårlig. Men tar det med fordi det i et par korte innslag blir nevnt noe om pårørende.	Velvillige familier og hjemmesykepleien gjør at pasienter som egentlig skulle hatt institusjonsplass kan bo hjemme.	Avlastningsopphold i institusjon er av stor betydning for pårørende.	Familien	Nei	HSY er en nyttig og samfunnsøkonomisk tjeneste, men må organiseres bedre?	Økt samarbeid mellom leger og sykepleiere?
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Otterstad, H K. & Fuglaas, E. (1985)	Assisterende fylkeslege Hans Knut Otterstad	Undersøkelsen av forekomst av terminal pleie i Østfold, hvor den	Muligheten for å ha terminal pleie i hjemmet er helt	Terminal pleie i hjemmet kan være en stor	Ekte felle Barn	Kvinner er de som hjelper mest i	Det er best for	Ressurser for

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Fra hjemmesykepleien i Østfold. Terminal pleie i hjemmet. <i>Sykepleien</i>. Årgang 72 (6)s. 18-22.</p>	<p>og assisterende fylkeshelsesøster Elsa Fuglaas. Alt tyder på at i Østfold var de tidlig ute med iverksetting og forskning og faglig utvikling av hjemmesykepleien. Ref. Bølstad og andre.</p>	<p>finner sted og for hvem. Fordeling mellom langtidsinstitusjon, hjemmet og sykehus, kjønn, alder og sykdom. De undersøkte forekomsten av terminal pleie i hjemmesykepleien, hvilke ressurser det krevde; økonomisk, sosialt og personal/administrativt. Konkluderer med at det bør være et tilbud om terminal pleie i HSY, det er faglig utviklende og inspirerende, men det er krevende økonomisk og administrativt. Uansett er det et tilbud døende og pårørende bør få. Stiller spørsmålstegn ved om det er best å dø på institusjon.</p>	<p>avhengig av det sosiale nettverket. Hjemmesykepleien kommer inn med pleie og lindring, men kan ikke gi døgnkontinuerlig tilsyn/pleie. "De største byrdene vil imidlertid falle på familien. Resultatene fra Østfold viser at det gjennomsnittlige antall pleietimer per pasient per dag var ca 2 timer. Om pasientene krever helkontinuerlig omsorg, vil familien derfor måtte dekke det meste av døgnet.</p>	<p>belastning for pårørende. Det kan i noen tilfeller bli så mye at løsningen må revurderes og pleie må finne sted i institusjon.</p>	<p>Barn ebar n Slekt ning er nab oer</p>	<p>forbindelse med terminal pleie. Ektefeller og døtre. Men sønner var med i enkelte tilfeller. Kvinner er ofte yngre enn sine ektemenn og "hjelperrollen er tradisjonelt mer utviklet hos kvinner"(s,22). Kvinnene som fikk terminal pleie var ofte enker eller ugift, men her spilte barn, slektning eller nabo en stor rolle.</p>	<p>pasie nten å dø hjem me</p>	<p>termi nal pleie i hjem met? Mer avlas tning for instit usjon ene?</p>
<p><b>Referanse</b></p>	<p><b>agenten(e) – posisjon, disposisjon</b></p>	<p><b>Hva forstås som problemet?</b></p>	<p><b>Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?</b></p>	<p><b>Hva skal pårørende IKKE gjøre?</b></p>	<p><b>Hvem er pårørende?</b></p>	<p><b>Kjønn? Doxa? Kamp?</b></p>		

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Fuglaas &amp; Otterstad (1986) Fra en undersøkelse i Østfold: Avlastning for pasienter i hjemmesykepleien. <i>Sykepleien</i>. Årgang 73 (6)s. 16-17+39.</p>	<p>Se over</p>	<p>Undersøkelse av omfanget av avlastningsopphold på sykehjem/sykehus, pasientens utgifter og lignende. Relevant fordi den blant annet viser at noen (9,8%) av pasienten er så pleietrengende at de etter avlastningsoppholdet blir overført til langtids plass. Sier noe om omfanget av den private omsorgen sammen med HSY. Over halvparten av kvinnene bodde alene.</p>	<p>Pårørende må få avlastning derfor må man satse på et avlastningstilbud i alle kommuner.</p>			
<p><b>Gran, Marit (sykepleiesjef) &amp; Otterstad, Hans Knut (helsesjef i Tønsberg) (1988) Åpen omsorg. Betydningen av døgnkontinuerlig hjemmesykepleie i en kommune. <i>Sykepleien</i>. Årgang 76 (8) s. 32-34.</b> Presenterer hvordan de har organisert døgnkontinuerlig hjemmebasert omsorg. Kommunen hadde en høy andel enslig og eldre slik at de måtte ta konsekvensene av eldrebølgen litt tidligere enn andre. Pårørende blir ikke nevnt, men tar det med at det er flere som argumenterer for døgntjeneste.</p>						
<p>”Ideologien i eldreomsorgen bør etter vår mening bygge på LEON-prinsippet, dvs. Laveste Effektive OmsorgsNivå. Dette vil ta hensyn til de eldres ønske om å kunne fungere lengst mulig i eget hjem og utnytte siden egne ressurser optimalt, dvs. omsorgssystemet bør bygges opp rundt pasientens evne til egenomsorg. Leon-prinsippet vil dessuten være økonomisk gunstig for kommunene fordi pasienter som behandles på lavere nivåer får den beste anledning til å utnytte sine egne ressurser. Dette står i klar motsetning til den relativt lave handlingsfriheten til de institusjonaliserte pasienter som i sterk grad må tilpasse seg institusjonens rutiner” (s.58-59). <b>Hestnes, G. H. &amp; Otterstad, H. K. (1998) Leon-prinsippet tjener både brukere og kommune. <i>Sykepleien</i>. Årgang 86 (12) s.58-60.</b> Grete Ebbel H. Er PLO-sjef i Våle kommune. Hans Knut O. Er på dette tidspunkt tidligere assisterende fylkeslege i Vestfold. Uvisst hva han gjør nå. Men han har virkelig utnyttet seg av det datamaterialet han har fått tilgang til gjennom jobbene sine.</p>						

**KAP 3.3.4.3:**

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Storum, H. K. (1985) Heimesjukepleia og dei pårørende. <i>Sykepleien</i> . Årgang 72 (12)s. 9-12.	Hilde Karin Storum, sykepleier. Uvisst om hun har tatt noe videreutdanning, men hun driver i det minste med forskning.	Undersøking i to hjemmesykepleiedistrikt i Bergen der hun har sett på pårørendes situasjon, hvilke ressurser de har og hva de sliter med. Spørreskjema og intervju av pårørende som har ansvar for sterkt pleietrengende. Hovedfokuset er at pårørende trenger støtte og avlastning fra jobben de gjør, som krever 24 timers tilstedeværelse. Hjemmesykepleien og politikere må være bevisst på belastningen et slikt ansvar har og inkludere dem i pleien/tjenesten/retningslinjene. Forfatteren problematiserer forventningen (internt	De pårørende som deltok i undersøkelsen mente det var helt naturlig at de skulle ta ansvar for omsorgen. I følge forfatter kjennes det ut som en plikt og blir sett på som selvsagt, men er det rimelig å forvente? Pårørende er ambivalent til å ta i mot hjelp, da det føles som helt og holdent deres ansvar og i tillegg kan det oppleves som et nederlag og de kan få dårlig samvittighet over for den pleietrengende. Bare tre av informantene mente at det	Pårørende er risikogruppe da ansvaret og byrden de bærer kan være fysisk, sosialt og psykisk nedbrytende. Dette bør forebygges ved veiledning, støtte/samtale/ross og avlastning før det går for langt. De var sosialt isolert pga døgnkontinuerlig tilsyn. Søvnvansker og sammenbrudd. De var enig i at HSY burde ta hensyn til deres situasjon. HSY må tilrettelegge for at pårørende	Ektefelle, døtre, svigerdøtre	Alle (utenom om to som ikke svarte ang. kjønn) omsorgsgivere var kvinner, 39 % ektefeller og trolig over 80 år. Forklarer at kvinner tar mest ansvar pga levealder mellom kjønnene, menn tjener mer enn kvinner derfor er det naturlig at kvinnen går ned i stilling. Skriver at omsorgsarbeid alltid har vært og fremdeles er kvinnearbeid	Å være pårørende er slitsoem og utmatende.	Pårørende skal på den politiske og faglige agenda.

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		og eksternt) om at pårørende skal ta hovedansvaret for sterkt pleietrengende – ”er det egentleg forsvarleg at ei kone på 80 år med alderdomssvikter vert pålagt å ha ansvar for sin sjuke og pleietrengande mann? Eller at ei dotter med ansvar for eigen heim og små barn i tillegg skal ha full omsorg for ei pleietrengande mor?”s.11.	offentlige burde hatt hovedansvaret.	inkluderes i tjenesten. Pasienten er også de pårørende. De trenger hjelp, støtte – fysisk og psykisk. Og de trenger avlastning for å unngå sosial isolering og ensomhet.		og det forklarer hvorfor det er ulønnet. Før var dette enklere når man hadde storfamilien og flere hender, men med kjernefamilien blir dette vanskelig. Strukturene har endret seg, men fortsatt blir ansvaret lagt på familien.		
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Munz, Tone Simonsen & Høyersten, Jan (1993) Rosenborgprosjektet: Hjemmeboende med	Sykepleier tone og psykolog jan. Fra det tverrfaglige teamet i Rosenborgprosjektet ved	En del av sosialdepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. En del av prosjektet har vært å vurdere det sosiale kontaktnettverket til pasienten. For å forstå og for å hjelpe de som yter omsorgen. I artikkelen argumenterer de for bruk av <i>systemteori</i> utviklet av en von Betalanffy. Jeg bruker ikke tid på å sette meg så veldig inn i dette, men tar det med fordi dette er et eksempel på at familien spiller en sentral rolle for de gamle og at det blir en del av det sykepleiefaglige å ”behandle” familien også. I dette eksempelet						



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

alderdemens – Behandlingsmetoder i familiearbeid. <i>Sykepleien Fagtidsskrift et.</i> Årgang 81 (5) s. 36-39.	Menighetssøster hjemmet i Oslo. En utredningsenhet for hjemmeboende eldre med demens og demenslignende tilstander.	er det viktig å ikke innta ekspertrolle, men å utforske hva de pårørende sier og hjelpe de med å komme frem til en løsning på problemet selv.							
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?			
Antonsen, Vigdis Lysne (1993) Pårørende – ein ressurs i heimesjukepleien. <i>Sykepleien Fagtidsskrift et.</i> Årgang 81 (1) s. 27-30.	Sykepleier, utdannet i Førde. Arbeider ved generell kirurgisk avd. Ved sentralsjukehuset i sogn og fjordane. Artikkelen tar utgangspunkt i temaoppgaven hun hadde på sjukepleierhøgskulen.	Omsorg for pasienters pårørende er en sentral del av sykepleien i alle deler av helsevesenet, men det får en annen dimensjon i HSY. Da er pårørende en viktig samarbeidspartner som ofte har et stort omsorgsansvar for pasienten. Hjemmesykepleien må støtte de pårørende og tilrettelegge for at den pårørende kan kombinere	Pårørende tar på seg ansvaret for de eldre, selv om de ikke har en lovfestet plikt. ”tek altså på seg eit arbeid på samfunnets vegne, og sparer på den måten det offentlege for store utgifter”s.28. ”den pårørende er ikkje vår pasient, men ho er eit menneske som har bruk for vår	Forsvarer pårørende rett og behov for avlastning. Problematiserer at det er vanskelig å kombinere med fulltidsarbeid og at det gir liten grad av personlig frihet. Plages av krysspress fra barn, ektemann og foreldre. Lite	Foreldre, barn, andre slektninger, ektefelle/samboer, nabo, venner. De som står pasienten nær.	Påpeker at det er kjønnsroller knyttet til omsorgsarbeidet og at det oftest er kvinnen som tar hoveda	De eldre har lyst til å bo lengst mulig i eget hjem. Pårørende er nødvendig for å få		

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		omsorgsarbeidet med en tilfredsstillende livsførsel. Faste avtaler for forutsigbarhet, hjelp til å mobilisere andre i nettverket, informasjon om offentlige støtteordninger, faglig og emosjonell støtte.	kunnskap og vår støtte i kvardagen.” s. 30	tid til egne behov.		nsvaret . Bruker ”ho” når hun skriver om pårørende.	dette til.	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Krystad, M., Lindechrona, C. & Sæther, M. (1996) Pårørendes omsorg for hjemmeboende eldre – en skjult virksomhet? <i>Sykepleien</i> . Årgang 84 (7) s.55-58.	Marit K. er avdelingsleder ved Helsefaghøgskolen i Hammerfest og har skrevet hovedfagsoppgaven i sykepleievitenskap: ”Pårørende til hjemmeboende eldre – en studie av sykepleiefaglige tidsskrift og intervju med pårørende og	Artikkelen er basert på nevnte hovedfagsoppgave. God artikkel som viser hvor omfattende og altopplukende omsorgsarbeidet for pårørende er. Hovedargumentet deres er at arbeidet de pårørende gjør må synliggjøres og gis status og anerkjennelse. Både gjennom omsorgslønn og sosial og verbal anerkjennelse. Foreslår ikke at det offentlige	Spørsmålene mine passer ikke så godt her da dette er en ”objektiv” fremstilling av hva de gjør og hvordan det påvirker dem. De trekker frem fem hovedtendenser i resultatene. (1) De hadde konkrete <b>forventninger</b> rette mot seg om tilstedeværelse og grad av ansvar. (2) De eldre fikk ofte <b>vanskelige atferdstrekk</b> som gjorde det vanskelig for den pårørende, både ved å være for/for lite krevende. (3) de har tvetydige holdninger om det å stille opp vs. det å gi fra seg ansvaret, de vil få dårlig samvittighet hvis de gir slipp og tilpasser seg ved å si at situasjonen er til det beste når det for eksempel ikke blir tildelt sykehjemsplass eller blir det.		Kone, svigerdatter, sønn, datter.	Ja, skriver om at det er ulike oppgaver knyttet til ulike kjønn. At kvinner gjerne har tyngre oppgaver og at de	Pårørende gjør en omfattende jobb som er underordnet og skjult. De trenger å bli verds	En oppvurdert av kvindomenet ”privat omsorg”? Politikere og profesjonelle har et

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

	sykepleiere i en kystkommune” ved UIT. Catharina L. er lektor ved Vårdhögskolan i Venersborg og Margrete S. Er amanuensis ved UIT.	skal mer inn i bildet, men at den offentlige omsorgen må tilpasse seg og jobbe mer på de pårørendes premisser.	(4) Ingen av de fikk <b>økonomisk kompensasjon</b> selv om noen av de hadde søkt om det. (5)omsorgsoppgavene (altså kvinnearbeid) ble i følge informantene lite verdsett av politikere – bla i form av minstepensjon til husmødre. En av de mannlige informantene hadde svært høy terskel for å ta på seg mer omfattende omsorgs/pleieoppgaver. Det kunne han ikke se for seg.		anser for eksempel trivsel som sitt domene. I tillegg slites de av at forventningene til dem overskrider ressursene.	ett og anerkjent av samfunnet.	ansvar .
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
Berland, A. (1999) Det kan røyne på mange ganger.	Astrid B. Høyskolelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund.	Intervju med eldre kvinnelige pårørende til eldre menn med HSY. Deskriptiv og beskriver hvordan de opplever situasjonen sin.	Forfatteren mener at det er viktig at helsepersonell får kunnskap om hvordan pårørende opplever sin situasjon sånn at de kan bedre møte dem og gi rett type støtte og avlastning og informasjon.			Uformell omsorg er fysisk og psykisk	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p><i>Sykepleien.</i> Årgang 87 (7) s.56-58.</p>		<p>Sliter med bekymringer, dårlig samvittighet, sosial isolasjon, bundethet, plikt. De ga mening til situasjonen ved å peke på at det var deres plikt som ektefelle og god kristen.</p>			<p>k utmatende og kvinner står for meste parten.</p>	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?
<p>Brenden, A-K. &amp; Sørbye, L. W. (2000) Kan forsterket hjemmetjeneste hindre innleggelse i sykehjem? <i>Tidsskriftet Sykepleien.</i> Årgang 88 (3) s. 48-52</p>	<p>Ann-Kristin er sykepleier ved hjemmetjenesten i Ullern bydel. Liv Wergeland er 1. Amanuensis ved diakonhjemmets høgskolesenter.</p>	<p>Prosjektet <i>Hjemmetjenesten – et reelt alternativ til sykehjem</i> tok sikte på at det å styrke kapasiteten i hjemmetjenesten vill føre til at eldre pleietrengende kunne unngå institusjonsinnleggelse. ”Oppsummerende kan man si at prosjektet førte til at sterkt pleietrengende kunne bli boende hjemme i stedet for å bli innlagt i institusjon. Brukerne</p>	<p>De avdekker gjennom spørreskjema ulike vurderinger av hjemmesituasjonen fra brukeren og fra pårørende. Brukeren mener at tilværelsen er trygg og at ”hjemme er best”, mens pårørende kjente på utrygghet og hadde større ønsker om at institusjonsplasser skulle være lettere tilgjengelig både som avlastning og fast plass. Det som blir trukket frem som ønsker fra pårørende er at de ønsker at brukeren skal få mer hjelp til personlig hygiene og at tjenesten bruker mer tid hos pasienten. Pleierne følte også at de var presset på tid og at det ble minst tid til psykisk støtte, tekniske og</p>	<p>Blir ikke nevnt spesifikt, de står som <i>pårørende</i></p>	<p>nei</p>	<p>”hjemme best”</p>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		var tilfredse, mens de pårørende følte på et tungt ansvar som de kunne lagt fra seg hvis det pleietrengende familiemedlemmet hadde kommet på sykehjem” s. 52.	målbare ting ble prioritert. Det virker også som om pleierne syntes at institusjonsplass var nødvendig i flere av tilfellene, ofte pga at pårørende var slitne, brukeren trengte 24 t-tilsyn, hyppige tilsyn/hjelp. Hvis brukeren trengte hjelp mer enn tre ganger daglig mente pleierne at institusjonsplass var nødvendig. Brukerne var preget av ensomhet og angst og dette mente i alle fall en av pleierne at kom av kommunens prioriteringer.				
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
Aasgaard, L., Mogensen, T., & Grov, E. (2007). Familiebasert omsorg på godt og vondt ; - menn og kvinners	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Live Aasgaard</b> Spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg</li> <li><b>Torun M. Mogensen</b> Spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg</li> <li><b>Ellen Karine Grov</b> sykepleier og dr.polit</li> </ul>	En studie basert på spørreskjema med avkrysning og åpne felt for mer utfyllende svar. Tildelt pårørende til hjemmeboende med demens i Drammen kommune. Viser at kvinner og menn opplever omsorgssituasjonen forskjellig. Menn er mer preget av mestring, mens kvinnene blir utbrent. Kvinner påtar	Forklarer nokså enkelt hvorfor det kan være at man ser biologiske forskjeller i opplevelsene. Skylder blant annet på tradisjonelle mønstre i menn og kvinners roller. De belyser dette fordi <b>St.meld. nr.50 (1996-97)</b> . Handlingsplan for eldreomsorgen uttrykker klart at tjenesten er avhengig av pårørende og den jobben de gjør.	Kone, ektemann, barn – døtre og sønner, nevøer	ja	Sykepleieren er de svakes advokat?	Tilsyn elaten de en kamp for «de svake», altså de pårørende.

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

beskrivelse av pleie- og omsorgssituasjonen overfor hjemmeboende personer med demens. <i>Sykepleien Forskning, (3), 186-192.</i>		seg hele ansvaret, mens menn delegerer og lar det i mindre grad gå utover jobb og fritid. Dette bør helsepersonell ta med i betraktningen når hjelp fra tjenesten skal planlegges og utføres.					
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
Kristensen, D. V., Klemetsen, R., Beiermann,	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykepleier, cand. Dan. Høgskolelektor.</li> <li>Avd.leder ergotera</li> </ul>	Artikkel om erfaringer, evalueringer av et pilotprosjekt som var utviklet på bakgrunn av erfaring, forskning og faglitteratur. Målet var pårørendeskole for ektefeller til eldre	For pårørende var det godt å ha en arena der de kunne treffe andre i samme situasjon. Nyttige tema var for deltakerne oversikt over det offentlige	Virker som målet var å fremme mestring hos de pårørende.	ektefeller	nei	Studien viser behov for tverrfaglig/ sektor

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>C. &amp; Eilertsen, G. (2013) Lærer opp pårørende til slagrammet e. Sykepleien 2013 101(1)(48-50)DOI: <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0163">https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0163</a></p>	<p>pitjenest e</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleier</li> <li>• Sykepleier, dr.polit, førsteamanuensis.</li> </ul>	<p>slagrammede. I tillegg var det en del av prosjektet å ha sykepleierstudenter som «vakt» for de slagrammede mens pårørende var på kurs.</p>	<p>støtteapparatet (hvem skulle de kontakte for hva), bearbeiding av sorgprosessen, samtaler om ting som ikke kan snakkes om med den slagrammede til stede.</p>				<p>ielt arbeid for å støtte de pårørende.</p>	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
<p>Hernæs, N. (2014, 24. september) Løfter frem pasientens stemme. <i>Sykepleien</i>.</p>	<p>Reportasje om Frøydis Kristine Bruvik sin doktorgrad som blant annet er en randomisert kontrollert studie av over 200 demente og pårørende der man så på effekt av ulike psykososiale tiltak. Effekten var ikke statistisk signifikant, men av intervju med pårørende kom det frem at</p>		<p>Bruvik fant at pårørende/familien opplever en stor belastning. Jo yngre dement, jo større belastning.</p>	<p>Den pårørendes opplevelse av kontroll har det stor betydning for graden av belastning</p>	<p>pårørende</p>	<p>Belastningen var større hos kvinner</p>	<p>Det er hardt å være pårørende, interv</p>	<p>Gyldig forskningsmetode?</p>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2014/09/10/fter-frem-pasientens-stemme">https://sykepleien.no/2014/09/10/fter-frem-pasientens-stemme</a>	tiltakene hadde effekt. Hun har også forsket på de dementes livskvalitet.				enn hos menn	ensjon må til for å øke deres mestring.		
Blindheim, K., Thorsnes, S. L. & Brataas, H. V. (2016) Pårørende trenger støtte. Sykepleien 2016 104(1)(42-45)DOI: <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56188">https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56188</a> Studie som har testet effekten av å delta på pårørendekurs for pårørende til kreftpasienter. En komparativ tverrsnittstudie der effekten ble målt i «Opplevelse av sammenheng» og «livskvalitet». Studien fant ikke overbevisende bevis for at et slikt kurs hadde effekt, men de oppsummerer med at pårørende utgjør en risikogruppe, de er utsatt for store belastninger. Kurset kan bidra til at de møter mennesker som er i samme båt, de kan lære å håndtere situasjonene og oppleve økt mestring og livskvalitet. (Jeg begynner nå å tenke at vi nå ser at pårørende blir et objekt for sykepleiefaget. Altså de blir et arbeidsområde. Vi skal være støttespillere for pårørende, vi skal være samarbeidspartnere og de (som pasientene) trenger sykepleiefaglig intervensjon og de kan forskes på.								
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Andersen, K. L., Strøm, A., Korneliussen, K. & Fagermoen, M. S. (2016) Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Kirsti Lauvli Andersen</b> Førstelektor Høgskolen i Østfold</li> <li><b>Anita Strøm</b> Ph.d. i sykepleievitenskap og førsteamanuensis Lovisenberg diakonale høgskole</li> <li><b>Kari Korneliussen</b> Kardiologisk sykepleier</li> </ul>	En studie som avdekker pårørendes erfaringer med å være pårørende til en hjertesvikt-pasient. De involverte seg i sykdommen ved at de tok ansvar og ønsket informasjon/kunnskap. De erfarte uklare ansvarsforhold og lite informasjon mellom tjenestene. De fikk stort utbytte av å ha	Pårørende ønsker og de skal være en ressurs for pasienten. Derfor må de få informasjon og de må involveres. De er sentrale samarbeidspartnere for sykepleieren.	Pårørende trenger medisinsk informasjon/kunnskap for å føle mestring og få å kunne bli den aktøren som staten forventer.	pårørende	nei	Pårørende skal inkluderes. Deres rolle er mer sentral enn tidligere	Kommunehelsestjenesten må satse på samhandling og kompetanse



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

tjenesteterr eng. Sykepleien Forskning 2016 11(2)(158-165)DOI: <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57818">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57818</a>	Sykehuset i Vestfold <b>May Solveig Fagermoen</b> Sykepleier, ph.d., seniorforsker og førsteamanuensis II Universitetet i Oslo	tilgjengelige og kompetente «støttespillere» i tjenesten. Sykepleiere som var kompetente og kunne nøste opp i alt rotet av informasjon og behandlingsregimer var høyt verdsatt.					(pga st.meld) Det har betydning for sykepleien.	utvikling. «pårvolving»
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Sørli, V. & Nordhagen, V. K. L. (2016, 31.august) Demens og hjemmetjenester. Pårørende er en ressurs som trenger støtte. <i>Sykepleien</i> . Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2016/08/parendes-erfaringer-">https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2016/08/parendes-erfaringer-</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Av: Venke Sørli</b> RNT, MNSc, PhD, professor, Senter for klinisk sykepleieforskning, Lovisenberg Diakonale Høgskole, Oslo <b>Av: Vera kristin Lumkjær Nordhagen</b> RNT, GNP, MNSc, demenskoordinator, Trysil kommune</li> </ul>	Pårørende er en viktig ressurs for helsevesenet, men de trenger støtte. Studien undersøkte pårørendes erfaringer med hjemmesykepleie som pårørende til en dement. Pårørende følte ofte at de ikke ble hørt, og/eller at de ble hørt, men de ble ikke tatt på alvor da det aldri fikk konsekvenser.	Pårørende var glad for at det var et offentlig tilbud til dere kjære og tenkte at de ville klatre videre oppover LEON-trappen når det ble behov for det. De hadde stor tillit til pleierne i hjemmetjenesten som var åpne og lyttet og gikk i dialog	Det var vanskelig for dem å ha oversikt i omsorgstjeneste systemet. Dette gjorde dem usikker. I tillegg var både pleien og pleierne usynlig for dem. De var usikre på hvem som hadde vært hos deres mor/far og hva som var blitt gjort og	Barn til demente foreldre	Nei	Pårørende er en ressurs for pasienten og tjenesten. De trenger støtte og å bli hørt.	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<a href="#">med-kommunal-hjemmetjeneste-til-personer-med-demen-0</a>				hvor kjent de var.				
--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--

**KAP 3.3.4.4**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn ?	Doxa? Kamp?
Hagen, K. (2012, 24. september) <i>Sykepleien</i> . Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2012/09/bedokelsestid-sykepleiefaaget">https://sykepleien.no/2012/09/bedokelsestid-sykepleiefaaget</a>	Kåre Hagen, senterleder for velferds- og arbeidslivsforskning. Har publisert en del vitenskapelig artikler/bøker om velferdsteknologi og velferdsstaten.	«Det er ikke lurt å beskrive fremtiden i detalj. Men det er mulig å angi en klok retning for hvor vi bør gå. Det første utgangspunktet er å legge til grunn hva personer med nedsatt funksjonsevne og helseproblemer selv ønsker. Og folk taler med én stemme: Vi ønsker alle å	Sykepleien må endre seg som fag og profesjon og ta innover seg hvordan samfunnet kommer til å endre seg og derfor endre eldreomsorgen. Må ha fokus på velferdsteknologi og andre sektorer og grupper i samfunnet som kan bidra til arbeidet med eldreomsorgen. Det er urealistisk å tro at man kan rekruttere nok til fremtidens omsorgsbehov.	Sykepleiefaget må produsere systematisk kunnskap om hvordan pårørende kan bidra i eldreomsorgen og må være klar på hvilken rolle de pårørende skal ha. Nærsamfunnet må dras inn i omsorgen.	Pårørende, frivillige, nærmiljøet	Nei.	Sykepleiefaget må utvikles.

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		være mest mulig selvhjulpne, på egne vilkår, i egen bolig så lenge som mulig. Selvhjulpener grunnmuren for verdighet og livskvalitet. Gode tjenester bidrar til selvhjelp.»						
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Dolonen, K. A. (2014, 05. desember) Pårørende kan ikke løse alt. <i>Sykepleien</i> . Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2014/12/parorende-">https://sykepleien.no/2014/12/parorende-</a>	Reportasje om NSF's workshop om oppgavedelingen i morgendagens helsetjeneste. De som uttalte seg var forbundsleder Eli Gunhild By, en pårørende (sykepleier, datter av demensmor), en tidligere mannlig kreftpasient (bankansatt), og nestleder av Mental Helse (psykiatrisk pasient)	Pårørende skal være en ressurs slik som de er i dag, man klarer sannsynlig ikke å få mer ut av dem. Pårørende har en frivillig rolle, det må helsepersonell huske på. Ansvarsforholdet mellom pårørende og tjenesten må være avklart. Pårørende må	Pårørende skal ikke være løsningen på rekrutteringsproblemer i helsevesenet. Pårørende skal ikke få ansvar til å utføre oppgaver som de ikke har ressurser til å utføre, helsepersonell står ansvarlig for at pleien blir utført på en	Datter / familien	Nei	Pårørende- og pasienttemen er viktige i utforming	Kje mpe s om å bli hørt i et byråkratsk system?	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<a href="#">kan-ikke-lose- alt</a>			bli hørt og kan sitte på verdifull og livsviktig informasjon om pasienten (innskudd fra jurist der).	faglig forsvarlig måte (juristen).			en av fremtidens helsesvesen	
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
Dolonen, K. A. (2015, 12. august) Tror eldreomsorgen blir dårligere. <i>Sykepleien</i> . Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2015/08/tror-kvaliteten-blir-darligere">https://sykepleien.no/2015/08/tror-kvaliteten-blir-darligere</a>	Agentene i undersøkelsen er sykepleiere .	Spørreundersøkelse utsendt av NSF til kommunalt ansatte sykepleiere på sykehjem og HSY. Ønsket deres tanker om den fremtidige eldreomsorgen, hvordan den ville bli og hvilke forventninger de hadde.	Bare seks prosent mente at familieomsorgen skulle kompensere for den fremtidige sykepleiemangelen.	De forventet ikke at familieomsorgen skulle overta oppgavene deres. Det mener også forskningsleder ved SSB (Erling Holmøy). Men han skylder bl.a. på at flere er enslige. Samtidig peker han på at trang kommune økonomi kan føre til økt familieomsorg da tilbudet blir marginalisert.	Familien	nei	Sykepleierne er en viktig arbeidsgruppe, spesielt i fremtiden.	Legitimering av profesjonen.
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Helmers, A-K. B. (2017, 31. mars) Mange pårørende gjør sykepleieroppgaver. <i>Sykepleien</i>. Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2017/03/mange-paroerende-gjor-sykepleieroppgaver">https://sykepleien.no/2017/03/mange-paroerende-gjor-sykepleieroppgaver</a></p>	<p>Pårørende alliansen Helseminister Bent Høie Helsebyrådene Inga Marthe Thorkildsen NSF-leder Eli By</p>	<p>Reportasje om en undersøkelse utført av Pårørendealliansen der det kommer frem at 1 av fire yter omsorg i 30 timer eller mer i uken. De utfører medisinsk tekniske prosedyrer og kjenner på mye utrygghet og uro. NSF: sykepleierens ansvar er å vurdere hvor stort og utfordrende ansvar hver enkelt (pasient og ) pårørende kan ta.</p>	<p>Pårørende gir medisiner, tar målinger, sårskift, skift/stell av sonde, stomi, kateter o.l. I tillegg praktiske ting som matlaging, handling, vask og legetimer og personlig pleie. Pårørendealliansen mener det trengs koordinerte og tilrettelagte tjenester og de må inkludere pårørende som en likeverdig part.</p>	<p>Pårørende får ikke nok hjelp, de er i alarmberedskap og det går utover deres egen helse. Høie mener at de må få anerkjennelse og bli sett. De må få bedre hjelp, avlastning, støtte og kunnskap. NSF mener det er vanskelig å si hvor grensen går for hvilke oppgaver pårørende kan ta på seg, men ønsker at man er obs på at ikke for omfattende eller kompliserte oppgaver overlates til pårørende.</p>	<p>NSF ønsker å styrke samarbeidet mellom fagpersonell og pårørende. Engasjerer seg også i kommunens ansvar for å støtte de pårørende</p>	<p>92 % av de som svarte var kvinner. Thorkildsen mener at dette bør tas tak i på strukturelt nivå</p>		
---	---	--	---	--	---	--	--	--

**KAP 3.3.4.5:**

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?		Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
Sykepleien (1984)	Forbundsleder	Forteller hvilke prioritering NSF (deres arbeidsprogram) vil	Sier ingenting om hva pårørende bør eller skal	Tilsynelatende	JA: Det vil bli en	Helsevesen	Sykepleiekomptanse skal være sentral

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

<p>Prioriteringer i 1984. Forbundsleder Aud Blankholm intervjuet av Bjørn Arild Østby. <i>Sykepleien</i>. Årgang 71 (2)s. 4-5 + 22.</p>		<p>ha i året som kommer, blant annet eldreomsorgen. Eldrebølgen skaper press på den offentlige omsorgen og den må økes og utbedres. De vil fokusere spesielt på forholdene i sykehjemmene, men også hjemmesykepleien.</p>	<p>gjøre eller hvilket ansvar de synes å ha, men det blir sagt at de må fokusere på eldreomsorgen fordi den uformelle omsorgen er i ferd med å minske (nesten halvert mellom 1960-1990) og at det sannsynligvis vil fortsette slik.</p>	<p>middelaldrene kvinner.</p>	<p>nedgang i antall kvinner i alderen 45-59 år og dette vil øke belastningen på samfunnets omsorgsoppgaver.</p>	<p>et treng er faglært personell for å gi kvalitet i tjenesten.</p>	<p>innen eldreomsorgen, psykiatrien og kronisk syke og funksjonshemmede. Statusen til dette arbeidet må økes. "sykepleiefagets egenart er uavhengig av den medisinske spesialisering(s.5)"</p>
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor?	Hva skal pårørende IKKE gjøre?	Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
<p>Eitungjerde, Å. (1987) Eldrepolitikk for framtida. <i>Sykepleien</i>. Årgang 74 (2)s. 25-28.</p>	<p>Åge E. Er sykepleier lærer. Fra Førde.</p>	<p>Kritikk av eldrepolitikken. Nevner en rapport fra Helsedirektoratet der kritikkverdige forhold ved landets sykehjem blir avdekket. I rapporten blir fylkeskommunene kritisert for manglende prioriteringer og ressursbruk. Forfatteren påpeker fylkeskommunenes dårlige økonomi som årsak. Mener fokuset bør flyttes fra løsninger innenfor institusjoner til bedring av</p>	<p>"På tross av at omsorgsansvaret for eldre framleis blir pålagt familie, blir samfunnet meir og meir oppsplitta i generasjons"ghettoar". S.26. Eldre blir isolerte frå yngre og i større grad prisgitt det offentlige hjelpetilbodet." Mener at dette bomønsteret må</p>	<p>"(..)slik at eldre folk får eit reelt høve til å bu heime lengst muleg, utan å vera avhengig av – og føle seg til byrde for familie"s.27  Oppfordrer til pressgrupper av pårørende og fagfolk for å</p>	<p>"I dag er det slik at kvinnelege familiemedlemer må stå for hovedtyngda av omsorgsarbeidet overfor eldre. Samfunnet tar berre ca. 15 % av dette arbeidet. Dette påfører kvinnene eit urimeleg slit i tillegg til vanleg jobb. Her må menn gå inn og ta sin del av arbeidet og stå saman med kvinnene i kampen for vidare offentleg</p>	<p>Eldrepolitikk er uoverdig og må løses politisk.</p>	<p>De eldre kår og leveforhold. Hva vil han vinne? Politisk prioritering av et område av</p>

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

		eldres generelle kår i samfunnet – arbeid (i favør av mer uproduktive arbeidsformer/mer langsom/deltid/fleksible pensjonsordninger) – den sosiale rollen som de eldre hadde i storfamilien er borte og de blir nå isolerte og umyndiggjort.	brytes sånn at de eldre integreres i andre boligfelt med yngre genereasjoner, men det offentlige skal fortsatt ta ansvar for pleie- og hjelpebehov gjennom for eksempel hsy.	få i gang endringer på politisk hold. Det må kjempes.	utbygging. Det er ikke meir enn rett og rimeleg at det omsorgsarbeidet som samfunnet ikke tar ansvar for, blir delt mellom menn og kvinner” s. 27.		helseve senet som han har investert tid og energi og faglig interesse i.
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?		Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
Fonn, M. (1990) Med praktisk sans og skoene på. <i>Sykepleien Journalen</i> . Årgang 78 (6) s. 20-21.	Intervju med Ruth Torbjørnsen. ”hjemmesykepleiens mor”. På dette tidspunkt et pensjonist og 72 år.	Dansk, bodd i Norge i nesten 40 år. Lagde modellen for hjemmesykepleie i Norge, jobbet som sykepleier. Sjefssykepleier i 20 år på Vestfold sentralsykehus. I intervjuet snakker de om eldreomsorgen og hvordan hun tidlig spådde at ”eldrekrisen” ville kreve sitt. ”Jeg sa den gangen at 70-årene ville bli vanskelige og 80-årene katastrofale.”s..21.	Legger ikke noe spesielt ansvar på pårørende, men snakker om frivilligheten og moralen i samfunnet. Foreslår sosial verneplikt ved at de utfører omsorgsarbeid (både gutter og jenter) og det vil ha en oppdragende funksjon. Det å være menneske er et stort ansvar og solidaritet må prege samfunnet. Er opprørt over at eldreomsorgen handler om penger og at sykehjem legges ned. Hun nevner også at mange sliter med pleiepasienter hjemme og at de trenger avlastning. Alle vil vel bli i sitt hjem så lenge som mulig, men innenfor rimelighetens grenser.			Mødre må få mulighet til å jobbe, de skal ikke tilbake til kjøkkenbenken . Både menn og kvinner må bære byrdene i fremtiden. ”Tidligere generasjoners kvinner har utført et enormt omsorgsarbeid . Nå skal dette	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

					arbeidet erstattes, og det koster.”s.21.		
Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?		Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?	
Bergsagel, I. (2015, 12. august) Pårørendes innsats blir viktigere. <i>Sykepleien</i> . Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2015/08/paarendes-innsats-blir-viktigere">https://sykepleien.no/2015/08/paarendes-innsats-blir-viktigere</a>	Intervju/rapportasje med Svein Olav Daatland	Daatland etterlyser en tydeligere rollefordeling mellom velferdsstat og familie. Det mener han vil gi mer kvalitet på eldreomsorgen fordi man unngår at man mottar det knappeste av tilbud/overskudd fra både det offentlige og det private (familien)	I følge Daatland har holdningene til ansvar for omsorg i familien vært stabile, men kva de faktisk gjør avhenger av kva det offentlige tilbyr. Familien får på en måte en slags administrativ rolle (trekker i trådene) i stedet for at de utfører pleieoppgaver. Det pekes også på at politikken legger til rette for at familien skal bidra mer, f.eks. aldersinstitusjoner blir erstattet med omsorgsboliger.	Private aktører innen helsetjenesten merker en økning i henvendelser fra pårørende som er villig til å betale for områder som de mener det offentlige ikke tar seg av. I følge en SSB-rapport er det urealistisk at den uformelle omsorgen vil øke i takt med behovet i eldreomsorgen	Ektefeller Barn <u>Kjønn:</u> Kvinner jobber fulltid og blir på arbeidsmarkedet derfor utgjør de ikke lengre en omsorgsreserve/ressurs. Levealderen begynner å jevne seg ut mellom kjønnene. På den måten kan mannlige ektefeller bli en omsorgsressurs.	Det er press på pårørendes rolle i eldreomsorgen?	



VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?		Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		
<p>Fonn, M. (2015, 12. august) Familien yter halve omsorgen. <i>Sykepleien</i>. Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2015/08/familien-yter-halve-omsorgen">https://sykepleien.no/2015/08/familien-yter-halve-omsorgen</a></p>	<p>Intervju med Heidi Gautun, forskning sleder ved NOVA</p>	<p>Det handler om familieomsorg. Den har vært stabil siden 1970-tallet. Gautun mener man må tilrettelegge for at familien kan hjelpe sine eldre og sidestiller det med omsorg for barn. Man bør ha mulighet til å følge mor til legen uten å måtte ta avspasering eller feriedag. «– Vi er glad i familien, og generasjonsbåndene er gode. Velferdsstaten vil avlaste med økonomi og tjenester. Pårørende vil nok hjelpe så godt de kan, og strukturer vil bli opprettholdt.»</p>	<p>Familien yter litt pleie, praktisk og emosjonell hjelp/støtte. St.meld «morgendagens omsorg» gir klare signaler om at det offentlige ønsker at familien skal opprettholde det ansvaret de tar for omsorg nå. I Norge har vi problemer med å rekruttere personell til helsesektoren derfor blir pårørende presset.</p>	<p>Det offentlige skal yte helsetjenester og tung pleie, ansvaret for eldre over 67 år er lovpålagt. De som yter omsorg jobber som oftest deltid. Det blir vanskelig å nå målet om flest mulig i fulltidsarbeid og omsorgsarbeid for eldre foreldre.</p>	<p>Sønn og datter</p>	<p>Viser til svensk forskning som sier at når dette skjedde i Sverige så man tydelige kjønns-og klasseforskjeller. Kvinner med lav inntekt er spesielt utsatt</p>	<p>Eldreomsorgen er et samspill mellom familie og velferdsstat. En innskrenket VS vil være uheldig for utsatte</p>	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

Referanse	agenten(e) – posisjon, disposisjon	Hva forstås som problemet?	Hva skal pårørende gjøre og hvorfor? Hva skal pårørende IKKE gjøre?		Hvem er pårørende?	Kjønn? Doxa? Kamp?		grup per.
Fonn, Marit (2015, 12. august) Pårørende. Døtrene som hjelper mor. <i>Sykepleien</i> . Hentet fra <a href="https://sykepleien.no/2015/08/dotrene-som-hjelper-mor">https://sykepleien.no/2015/08/dotrene-som-hjelper-mor</a>	Sykepleiere  Begge fra kommune helsetjenesten	Intervju med to kvinnelige sykepleiere som på hver sin kant har et omfattende omsorgsansvar for sin mor. Reportasjen fremstiller hvor omfattende det er og de får fortalt hvorfor de tar ansvar.	Den ene sier at hun ønsker å gi moren best mulig livskvalitet, derfor har de henne hjemme så lenge som mulig. Det sliter psykisk på datteren fordi hun føler seg alene om ansvaret og til tider usikker om det de gjør er til det beste for moren. Den andre sier det er til tider slitsomt, spesielt fordi moren er «mett av dage», men meget aktiv og har det best hjemme selv om situasjonen ikke fungerer optimalt.	Folk sier at hun ikke bør ta på seg så mye, men det klarer hun ikke å la være, men innrømmer at hun kunne trengt litt avlastning. Hun blir sykemeldt etter reporteren har vært der. Avlastning har blitt vurdert, men hun mener det ikke blir riktig og ikke godt for sin mor. Mener at man bør ofre så pass av egen frihet for at moren skal ha det bra. Er til en viss grad fordømmende over andre sine	Døtre	Ja, en av de sier at de har hatt en tradisjonell oppvekst og sikter til at hun tar mer tak i ting hos moren enn det broren gjør. Han setter seg ned og drikker kaffe.	Det at den eldre skal bo hjemme krever mye av pårørende, men det er det de pårørende og	

VEDLEGG NR. 3 – DATA FRA REGISTRANTANALYSEN SOM ER INKLUDERT I ANALYSE KAP.3.0-4-0

				behov for avlastning.			den eldr e ønsk er.	
--	--	--	--	--------------------------	--	--	---------------------------------	--

VEDLEGG NR.4 – DEN BETALTE HJELPERS INSTITUSJONELLE HABITUSKONSTRUKSJON

DEN BETALTE HJELPERENS INSTITUSJONELLE HABITUSKONSTRUKSJON					
POSISJON	DISPOSISJON	KULTURELL KAPITAL	ØKONOMISK KAPITAL	SOSIAL KAPITAL	POSISJONERINGER <sup>1</sup>
Helsefaglig yrke med stor overvekt av kvinner. Har et fagpolitisk forbund som med varierende hell har fått gjennomslag for sine fagpolitiske mål.	I sin opprinnelse, både i den verdslig og den sekulære, dominert av posisjoner som vanligvis inntas av menn. Deres samfunnsrolle og oppgaver har vært preget av at de har vært vanskelig å definere, men de fikk likevel en stor rolle som arbeidskraft i velferdsstaten	Utdanningen er treårig på høgskolenivå og blir nå definert som en profesjon, av noen som en semi-profesjon. Krav til utdanning har vært kampsaken til forbundet fra dets opprettelse. Utdanningen gir muligheter for avansement og lønnsforhøyelse innenfor medisinske spesialiteter og innenfor sykepleievitenskap. Muligheter for ph.d. og videre. Altruisme og kallstanken har gitt en viss kulturell status, men arbeidet med de «lave» klasser har ikke gitt høy sosial eller Kulturell kapital	Yrket har stort sett vært lønnet lavt. Mye deltidsstillinger, noe som har langsiktige økonomiske ulemper. Dagens lønn er forholdsvis lav, men kan sies å være nedre middelklasse. Grunnlønnen er fra 400 000 med en topp på 525 000.	Mulighetene for å kombinere jobben med familieliv har til tider vært en utfordring for kvinnelige betalte hjelpere. Målet ved opprettelsen av forbundet var at standen av betalte hjelpere skulle komme fra borgerklassen. Flere forsøk har blitt gjort for å komme sosialt nærmere legen fremfor hjelpepleieren.	-DE UBETALTE HJELPERNE TAR IKKE ANSVAR FOR SINE ELDRE -DE UBETALTE HJELPERNE SKAL PLEIE DE ELDRE I EGET HJEM -DE BETALTE HJELPERNE SKAL BEHANDLE DE SYKE SOM KAN BLIR FRISKE I SYKEHUSET -DE BETALTE HJELPERNE KAN BEHANDLE DE SYKE SOM KAN BLI FRISKE OG PLEIE DE UHELBBREDELIGE I HJEMMET FOR Å AVLASTE SYKEHUSET -DE UBETALTE HJELPERNE KAN FÅ JOBB SOM HJEMMEHJELP NÅR DE ER FERDIG MED SMÅBARNSTELLET -DEN UBETALTE HJELPEREN ER EN RESSURS OG TRENGER STØTTE, AVLASTNING OG OMSORG FOR Å OPPRETTHOLDE RESSURSNIVÅET -DEN UBETALTE HJELPER KAN FÅ UTFØRE NOEN AV OPPGAVENE TIL DEN BETALTE HJELPER

<sup>1</sup> Posisjoneringene er satt opp i kronologisk rekkefølge

## VEDLEGG NR.4 – DEN BETALTE HJELPERS INSTITUSJONELLE HABITUSKONSTRUKSJON

VEDLEGG NR. 5 – POSISJON, POSISJONERING OG DOXA 1945 – 1980 – DELANALYSE I

POSIJON	POSIJONERING	DOXA
Det politiske felt dominert av sosialdemokratisk politikk	Det juridiske ansvaret for de eldre tilhører familien (doxa)	1945-1964: De eldre skal pleies i eget hjem av ubetalte hjelpere og om nødvendig <i>behandles</i> av betalte hjelpere i institusjon
Lege (behandler)	De eldre står i veien for sykehusets funksjon som behandlingsinstitusjon (ortodoksa)	
Norsk sykepleierforbund	De eldre kan pleies i hjemmet av betalte og ubetalte hjelpere. Vi må avlaste sykehuset slik at behandleren og behandlingsassistenten får utfylle sin funksjon (ortodoksa)	
Privat betalt hjelper (privatsykepleiersken)	Ubetalte hjelpere med høy økonomisk kapital fortjener respekt og sympati	
Betalt hjelper i tidsskrift (sykepleier)	De eldre sviktes av sine ubetalte hjelpere, vi må tilbake til en tid der de gamle ble ivaretatt av sine egne (ortodoksa)	
Den ubetalte hjelper med høy økonomisk kapital	Ingen uttalellesrett	
Den ubetalte hjelper med lav økonomisk kapital	Ingen uttalellesrett	

Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid.

Sosialomsorgsloven i 1964 påtar seg ansvaret for alle som er hjelpetrengende (jf. Kap.3.1.3)		
<b>Politiker i posisjon (konservativ)</b>	De betalte hjelperne kan aldri overta alt ansvaret tradisjonelt har tilhørt de ubetalte (ortodoksa og heterodoksa)	<u>1964-1980:</u>  De eldre skal pleies og behandles i eget hjem eller på institusjon av betalte hjelpere
<b>Lege (behandler)</b>	De eldre bør få hjelp til selvhjelp (doxa)	
<b>Arkitekt (en av velferdsstatens eksperter)</b>	Generasjonene må integreres for å bedre de eldre sin livskvalitet og de tradisjonelle familiebandene bør opprettholdes (ortodoksa)	
<b>Norsk Sykepleierforbund</b>	Vi må med hjemmesykepleien avlaste sykehuset slik at behandleren og behandlingsassistenten får utfylle sin funksjon, men det må være faglig forsvarlig. Behandleren avgjør den faglige forsvarligheten, den betalte hjelperen er den som kan utføre den forsvarlige hjelpen (ortodoksa). Den betalte hjelperen skal hjelpe til selvhjelp	
<b>Betalt hjelper med byråkratisk stilling (sykepleiesjef)</b>	De betalte hjelperne kan aldri overta alt ansvaret tradisjonelt har tilhørt de ubetalte (ortodoksa og heterodoksa)	
<b>Betalt hjelper i lærebok (sykepleielærer)</b>	De ubetalte hjelperne skal få kunnskap som kan hjelpe dem med utførelsen av pleien i hjemmet (ortodoksa). Den betalte hjelperen skal hjelpe til selvhjelp	

Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid.

VEDLEGG NR. 5 – POSISJON, POSISJONERING OG DOXA 1945 – 1980 – DELANALYSE I

Den ubetalte hjelper	Ingen uttalelsesrett	
----------------------	----------------------	--

Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid.



POSISJON	POSISJONERING	DOXA
<p><b>Det politiske felt dominert av sosialdemokratisk politikk med nyliberale innslag</b></p>	<p>Velferdsstaten må opprettholdes, men den må effektiviseres</p>	<p><b>De eldre skal pleies og behandles i eget hjem eller på institusjon av betalte hjelpere (velferd er en sosial investering)</b></p>
<p><b>Lege (behandler)</b>                      Har på dette tidspunktet liten interesse i å posisjonere seg, dvs. han har ingen ting å tape og er derfor ikke interessert i å delta (derfor kun én lege som uttaler seg om tematikken i denne perioden<sup>1</sup>)</p>	<p>Økt bruk av hjemmetjenester i stedet for institusjoner vil spare samfunnet for utgifter og vil være til det beste for pasienten</p>	
<p><b>Velferdsforsker</b></p>	<p>De eldre ubetalte hjelperne driver aktivt omsorgsarbeid som er en uoppdaget ressurs (1980)</p>	
<p><b>Betalt hjelper og forsker</b></p>	<p>Forskningens formål er å samle inn data om hvordan de ubetalte hjelperen opplever situasjonen sin og gi betalt hjelp med det som grunnlag</p>	

<sup>1</sup> Med unntak av palliasjon i hjemmet. Enkelte leger argumenterer for å legge til rette for hjemmedød, men har valgt å ikke inkludere dette temaet. Skjemaet viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid. Bruddet i doxa skjer gradvis og er ikke på grunn av en juridisk endring og derfor vanskelig å datere.

VEDLEGG NR. 6 – POSISJON, POSISJONERING OG DOXA 1980 – 2017 – DELANALYSE II

	<p>Forskningens mål er å teste effekten av tiltak rettet mot de ubetalte hjelperne</p> <p>De ubetalte hjelperne får ansvar som de ikke har ressurser til å mestre</p> <p>De ubetalte hjelperne er samarbeidspartnere og det må gis betalt hjelp som er tilpasset samarbeidspartneren</p>	
<p><b>Betalt hjelper og behandlingsassistent</b></p>	<p>De ubetalte hjelperne er en ressurs, men de er også utsatt for å bli utbrent og bli pleietrengende – derfor må de få avlastning (1985, 86, 1996, 2011, 2016).</p> <p>Den ubetalte hjelperen skal ikke være en <i>handler</i> og skal ikke utføre oppgaver som den betalte hjelperen er faglig ansvarlig for, den ubetalte hjelper skal supplere den betalte (1996, 2016)</p> <p>Den ubetalte hjelperen kan få økonomisk kompensasjon i form av omsorgslønn for hjelpen de utfører (1996, 2011)</p> <p>Betalte hjelpere legger i noen tilfeller et uheldig press på de ubetalte hjelperne (1985, 2011)</p>	
<p><b>Det politiske felt dominert av nyliberal politikk</b></p>	<p>Ubetalte hjelpere skal få rettigheter for å opprettholde sin innsats. Mennesker er rasjonelle aktører som tar fornuftige valg</p> <p>Velferdssamfunnet</p>	

Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid. Bruddet i doxa skjer gradvis og er ikke på grunn av en juridisk endring og derfor vanskelig å datere.

		De eldre skal pleies i eget hjem av trioen betalt hjelper, velferdsteknologi og ubetalt hjelper (velferd er en økonomisk utgift)
<b>Politiker fra høyresiden</b>	De ubetalte hjelperne må anerkjennes for det de gjør  De ubetalte hjelperne må få mer hjelp, avlastning, støtte og kunnskap	
<b>Jurist</b>	Den betalte hjelper er faglig ansvarlig for de oppgavene som utføres – uavhengig av hvem som utfører dem	
<b>Velferdsforsker</b>	De betalte hjelperne må forske på hvordan de best mulig kan inkludere de ubetalte hjelperne for å møte den kommende eldrebølgen  Selvhjulpenhet er verdighet og livskvalitet  De ubetalte hjelperne gjør det som de betalte hjelperne ikke gjør  Omsorgen for de eldre må sidestilles med omsorgen for barn	
<b>NSF</b>	Den ubetalte hjelperen er en ressurs som man ikke kan kreve mer av enn det man gjør i dag  Den ubetalte hjelperen kan utføre oppgaver som ikke er for omfattende og/eller komplisert, men det fins dog unntak	

Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid. Bruddet i doxa skjer gradvis og er ikke på grunn av en juridisk endring og derfor vanskelig å datere.

<p><b>Betalt hjelper med human- og samfunnsvitenskapelig utdanning</b></p>	<p>Vedlikeholds- og tilbakegangssorg (lav kapitalmengde i det medisinske felt/høy kapitalmengde i det sakrale felt) er like viktig som vekstomsorg (høy kapitalmengde i det medisinske felt)</p> <p>Hjemme best – ideologien er et skalkeskjul for økonomiske innstramminger og dette går utover den ubetalte hjelperen</p> <p>Idealiseringen av selvhjelpenhet fører til en nedvurdering av det å være hjelpetrengende og avhengig og derved omsorgsarbeidet</p>	<p>Den ubetalte hjelperen er en samarbeidspartner, en del av velferdsstatens juridiske rammeverk, og de har derfor rettigheter (men også indirekte plikter) som omsorgslønn og avlastning.</p>
<p><b>Betalt hjelper med økonomisk ansvar for tjenesten i hjemmet</b></p>	<p>Tjenesten til de eldre bør bestå av en kombinasjon av institusjoner og hjemmetjenester, men institusjonsplass innvilges ikke før man har forsøkt med rehabilitering og hjelp til selvhjelp</p> <p>Betalte hjelpere må samarbeide med de ubetalte hjelperne for å opprettholde deres innsats</p> <p>De ubetalte hjelperne kan representere et udekket behov – men behovet kan ikke dekkes før et byråkratisk vedtak på hjelpebehovet foreligger (1986).</p> <p>De ubetalte hjelperne kan få eksklusiv faglig innsikt (pårørendekurs) som setter dem i stand til å opprettholde sin ubetalte hjelp (1986, 2011)</p>	

Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid. Bruddet i doxa skjer gradvis og er ikke på grunn av en juridisk endring og derfor vanskelig å datere.

VEDLEGG NR. 6 – POSISJON, POSISJONERING OG DOXA 1980 – 2017 – DELANALYSE II

	<p>Den ubetalte hjelperen muliggjør at enkelte kan bo hjemme i stedet for institusjon, det sparer samfunnet for utgifter (1985, 2011)</p> <p>Segregering er uverdigg (moralsk logikk for å legitimere avinstitusjonalisering av demente)</p> <p>Alle har ansvar for sitt eget liv</p> <p>Omsorg er hjelp til selvhjelp</p>	
<b>Betalt hjelper og rehabiliterer (tidsskrift)</b>	<p>Rehabilitering vil gjøre eldreomsorgen mer spennende for den betalte hjelperen</p> <p>Hverdagsrehabilitering bør bli en del av virket til den betalte og den ubetalte hjelperen</p> <p>Ubetalte hjelpere kommer ikke til å overta oppgavene til de betalte hjelperne i fremtiden</p>	
<b>Organisasjon for ubetalte hjelpere</b>	<p>Ubetalte hjelpere utfører oppgaver som egentlig er betalte hjelpere sine oppgaver</p>	
<b>Ubetalt hjelp (er også betalte hjelpere)</b>	<p>Posisjonen som ubetalt hjelper er frivillig og skal ikke presses av de betalte hjelperne – ansvarsavklaring må til</p> <p>For at min mors livskvalitet skal opprettholdes må hun bo hjemme med hjelp fra meg og betalte hjelpere</p>	

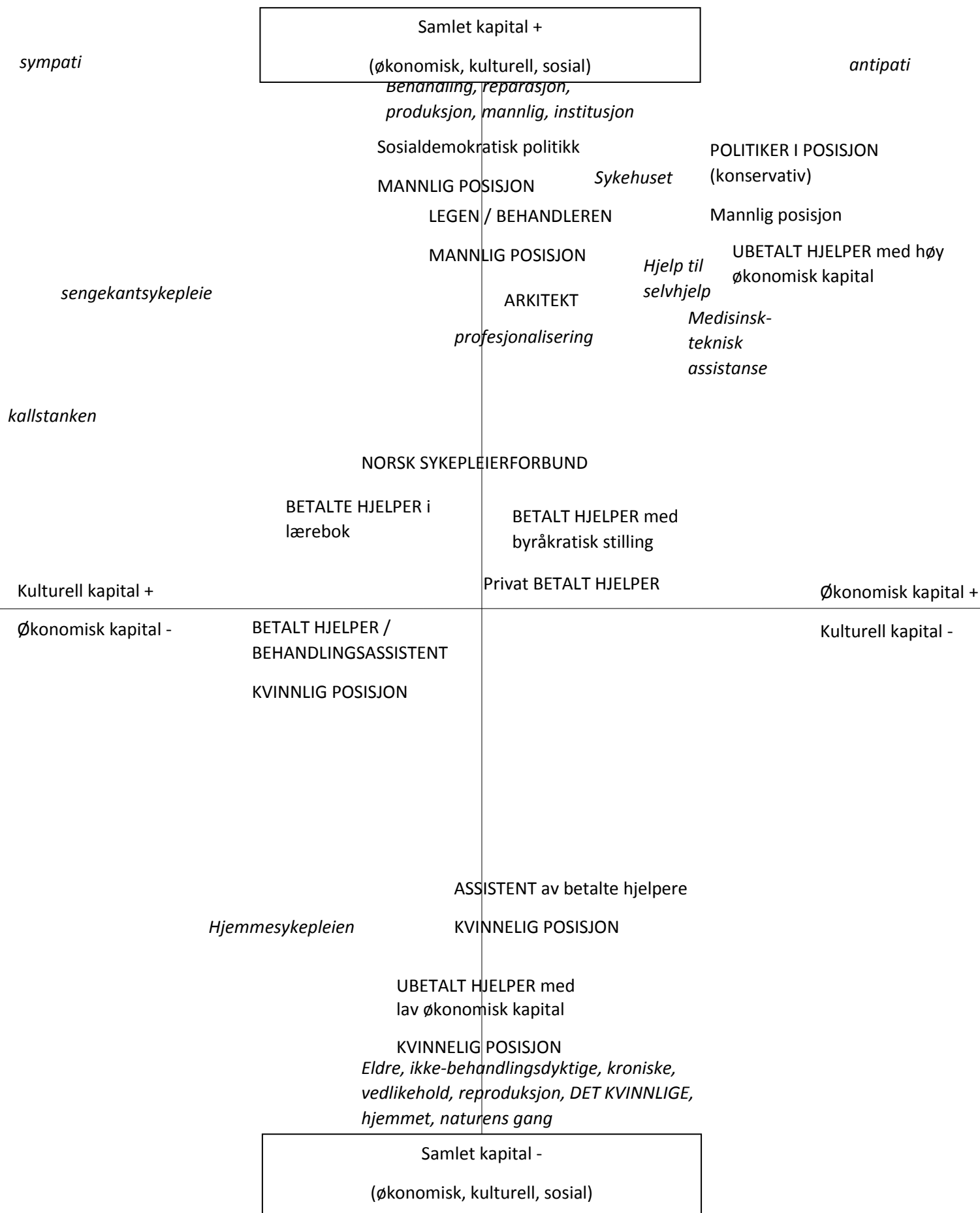
Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid. Bruddet i doxa skjer gradvis og er ikke på grunn av en juridisk endring og derfor vanskelig å datere.

VEDLEGG NR. 6 – POSISJON, POSISJONERING OG DOXA 1980 – 2017 – DELANALYSE II

	Man må ofre seg for sine foreldre	
--	-----------------------------------	--

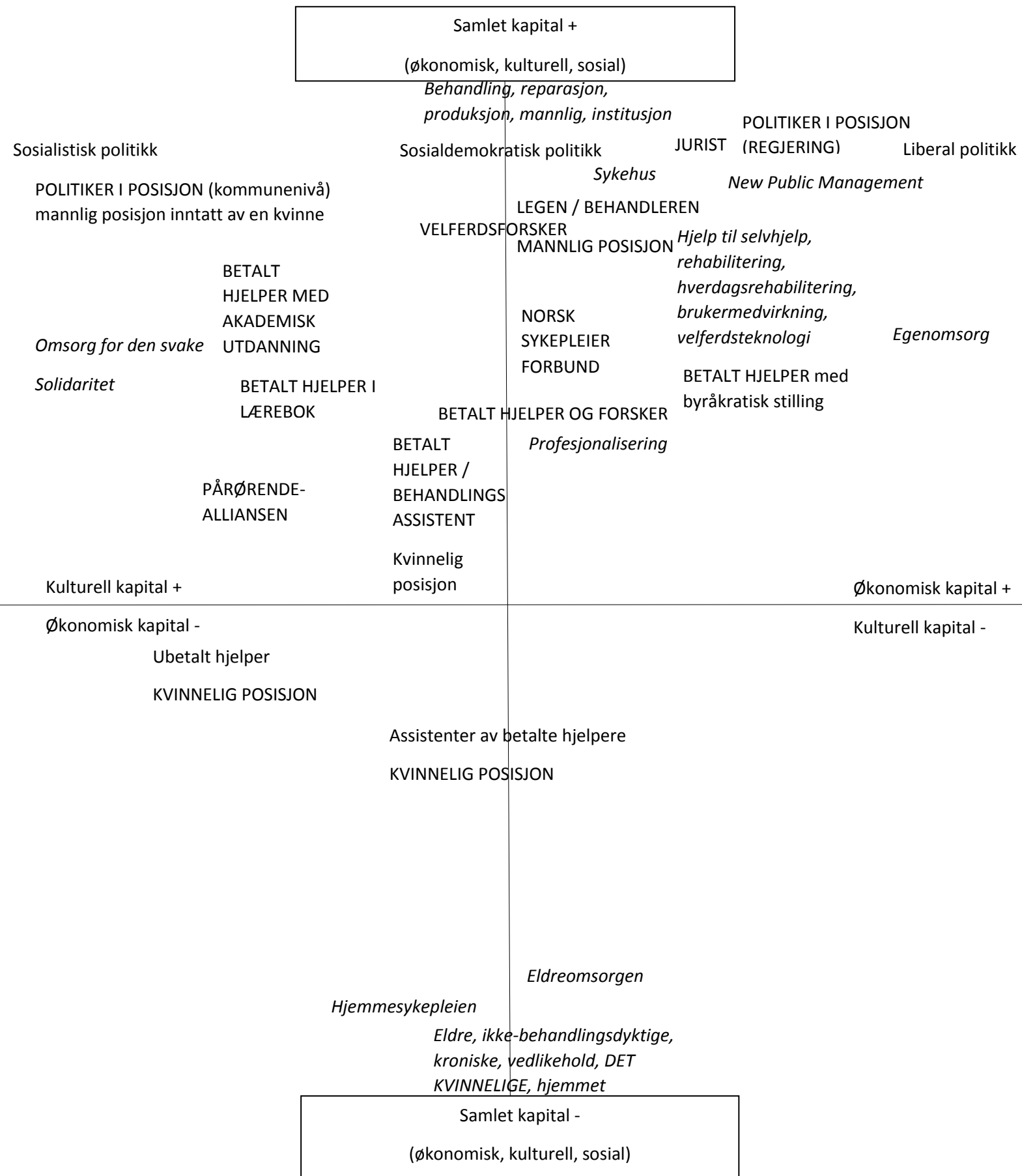
Skjemaet er viser en tidsmessig utvikling. Doxa i den øverste delen er i begynnelsen av tidsperioden, det vil si at lenger ned i dokumentet er lenger fremover i tid. Bruddet i doxa skjer gradvis og er ikke på grunn av en juridisk endring og derfor vanskelig å datere.

VEDLEGG NR 7 – EN STIPULERT SKISSE AV ET SOSIALT ROM I ET SUBFELT AV DET MEDISINSKE FELT –  
 DELANALYSE I



Betegnelsene betalt hjelper, ubetalt hjelper, assistent av betalte hjelpere viser til det som vi forstår som henholdsvis sykepleier, pårørende og hjelpepleier. Se kapittel 3.0

VEDLEGG NR 8 – EN STIPULERT SKISSE AV ET SOSIALT ROM I ET SUBFELT AV DET MEDISINSKE FELT –  
 DELANALYSE II



Betegnelsene betalt hjelper, ubetalt hjelper, assistent av betalte hjelpere viser til det som vi forstår som henholdsvis sykepleier, pårørende og hjelpepleier. Se kapittel 3.0